

Instituto de Ciencias de la Educación

El pensamiento de suicidio en la adolescencia

Lourdes Villardón Gallego



Universidad de Deusto

• • • • •

El Pensamiento
de Suicidio
en la Adolescencia

Lourdes Villardón Gallego

El Pensamiento de Suicidio en la Adolescencia

Universidad de Deusto
Bilbao

Portada: Fotografía de Agustín Sagasti

© Universidad de Deusto - Apartado 1 - 48080 Bilbao

I.S.B.N.: 978-84-9830-846-4

A Oscar

INDICE

| | |
|--|----|
| PRESENTACION..... | 15 |
| AGRADECIMIENTOS | 19 |
| INTRODUCCION | 21 |
| I. EL SUICIDIO. APROXIMACIONES TEORICAS..... | 29 |
| I.1. Concepciones en torno al suicidio | 29 |
| I.2. Cuestiones metodológicas en torno al estudio del suicidio | 33 |
| I.2.1. Dificultades metodológicas en la investigación..... | 33 |
| I.2.2. Dificultades metodológicas en la práctica clínica..... | 38 |
| I.3. Teorías explicativas del suicidio..... | 39 |
| I.3.1. El suicidio desde el ámbito sociológico..... | 39 |
| I.3.2. El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica | 43 |
| I.3.3. Explicaciones psicológicas del suicidio..... | 48 |
| II. EL SUICIDIO. UN CONCEPTO MULTIDIMENSIONAL | 55 |
| II.1. Avances en el estudio interdisciplinar de la conducta suicida..... | 55 |
| II.1.1. Modelos de vulnerabilidad biológica..... | 56 |
| II.1.2. Modelos de vulnerabilidad psicológica | 56 |
| II.1.3. Modelos de vulnerabilidad psicosocial..... | 57 |
| II.1.4. Modelos de vulnerabilidad biopsicosocial..... | 58 |
| II.2. Hacia un modelo socioindividual de la conducta suicida | 59 |
| II.2.1. Contexto socioindividual | 61 |
| II.2.2. Estado mental suicida | 67 |
| II.2.3. Proceso dinámico de la conducta suicida..... | 68 |
| II.3. Aplicación práctica del modelo socioindividual de la conducta suicida. | 71 |

| | |
|---|-----|
| III. EL ESTRÉS Y EL AFRONTAMIENTO. ASPECTOS DEL CONTEXTO SOCIOINDIVIDUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA | 75 |
| III.1. El estrés. Aproximación teórica y relaciones con el suicidio | 75 |
| III.1.1. Modelos teóricos del estrés | 75 |
| III.1.2. Estrés y conducta suicida | 80 |
| III.2. El afrontamiento al estrés. Incidencia en la conducta suicida | 87 |
| III.2.1. Planteamientos teóricos | 88 |
| III.2.2. Delimitación conceptual y medición | 91 |
| III.2.3. Relaciones entre afrontamiento y suicidio | 94 |
| IV. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL «ESTADO MENTAL SUICIDA» | 103 |
| IV.1. La soledad y el apoyo social como aspectos asociados a la conducta suicida | 103 |
| IV.1.1. Aproximaciones teóricas | 104 |
| IV.1.2. Apoyo social y soledad. Relaciones con el suicidio | 116 |
| IV.2. Autoconcepto y conducta suicida | 125 |
| IV.2.1. Aspectos teóricos del autoconcepto | 126 |
| IV.2.2. El autoconcepto en la adolescencia | 129 |
| IV.2.3. Relaciones entre autoconcepto y conducta suicida | 131 |
| IV.3. Depresión y suicidio | 134 |
| IV.3.1. En torno a la depresión | 134 |
| IV.3.2. Relación entre depresión y conducta suicida | 154 |
| V. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO SOCIOINDIVIDUAL | 169 |
| V.1. Hipótesis | 169 |
| V.1.1. El estado mental suicida según el nivel del estrés y afrontamiento | 169 |
| V.1.2. El pensamiento de suicidio en relación al nivel de estrés y afrontamiento | 171 |
| V.1.3. Explicación y predicción del pensamiento de suicidio | 172 |
| V.2. Muestra | 172 |
| V.2.1. Diseño muestral | 172 |
| V.2.2. Descripción de la muestra | 174 |
| V.3. Procedimiento | 175 |
| V.4. Indicadores e instrumentos utilizados | 175 |
| V.4.1. Cuestiones de identificación y académicas | 175 |

| | |
|---|-----|
| V.4.2. Estrés | 176 |
| V.4.3. Utilización de afrontamiento | 178 |
| V.4.4. Soledad | 184 |
| V.4.5. Depresión | 187 |
| V.4.6. Desesperanza | 189 |
| V.4.7. Razones para vivir | 192 |
| V.4.8. Autoconcepto | 196 |
| V.4.9. Pensamiento de suicidio | 199 |
| V.5. Técnicas estadísticas utilizadas | 202 |
| VI. RESULTADOS Y DISCUSION | 205 |
| VI.1. Descripción de la situación | 205 |
| VI.1.1. Preparación y tratamiento de los datos | 206 |
| VI.1.2. Problemática y características psicológicas del adolescente . | 206 |
| VI.1.3. Indicencia del pensamiento de suicidio | 226 |
| VI.1.4. Conclusiones | 237 |
| VI.2. Influencia del estrés y el afrontamiento en el «estado mental suicida».. | 238 |
| VI.2.1. Preparación y tratamiento de los datos | 238 |
| VI.2.2. Diferencias en el «estado mental suicida» en función del estrés y el afrontamiento general | 239 |
| VI.2.3. Diferencias en el «estado mental suicida» en función del estrés y del afrontamiento adaptativo y maladaptativo..... | 241 |
| VI.2.4. Conclusiones | 246 |
| VI.3. Influencia del estrés y el afrontamiento en el pensamiento de suicidio . | 249 |
| VI.3.1. Preparación y tratamiento de los datos | 249 |
| VI.3.2. Diferencias en el pensamiento de suicidio según el nivel de estrés y el afrontamiento general | 250 |
| VI.3.3. Diferencias en el pensamiento de suicidio en función del estrés y el afrontamiento adaptativo y maladaptativo..... | 253 |
| VI.3.4. Conclusiones | 257 |
| VI.4. Explicación y predicción del pensamiento de suicidio a través de aspectos psicosociales | 259 |
| VI.4.1. Preparación y tratamiento de los datos | 259 |
| VI.4.2. Predicción del grado de pensamiento de suicidio a través de aspectos psicosociales | 260 |
| VI.4.3. Explicación del pensamiento de suicidio a través de aspectos psicosociales | 268 |
| VI.4.4. Conclusiones | 270 |
| VII. CONCLUSIONES GENERALES | 273 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 283 |

INDICE DE GRAFICOS

| | |
|---|---|
| II.1. Modelo socioindividual de la conducta suicida..... | 0 |
| II.2. Proceso dinámico de la conducta suicida del modelo socioindividual..... | 0 |
| II.3. Aplicación práctica del modelo socioindividual..... | 0 |

INDICE DE TABLAS

| | | |
|--------|---|-----|
| V.1. | Número de alumnos de Bizkaia por comarcas y tipo de estudios (Enseñanzas Medias 1989-90)..... | 173 |
| V.2. | Muestra de alumnos de Bizkaia por comarcas y tipo de estudios (Enseñanzas Medias 1989-90)..... | 174 |
| V.3. | Resultados del análisis factorial de la escala de «Afrontamiento» | 181 |
| V.4. | Resultados del análisis factorial de la escala de «Soledad» | 186 |
| V.5. | Resultados del análisis factorial de la escala de «Depresión» | 189 |
| V.6. | Resultados del análisis factorial de la escala de «Desesperanza» | 191 |
| V.7. | Resultados del análisis factorial de la escala de «Razones para vivir» ... | 194 |
| V.8. | Resultados del análisis factorial de la escala de «Autoconcepto» | 198 |
| V.9. | Resultados del análisis factorial de la escala de «Pensamiento de suicidio» | 202 |
| VI.1. | Medias y desviaciones típicas de Estrés y Afrontamiento según características estructurales | 208 |
| VI.2. | Medias y desviaciones típicas de Estrés y Afrontamiento según aspectos académicos | 210 |
| VI.3. | Medias y desviaciones típicas del «Estado Mental Suicida» según características estructurales | 215 |
| VI.4. | Medias y desviaciones típicas del «Estado Mental Suicida» según aspectos académicos..... | 217 |
| VI.5. | Medias y desviaciones típicas de Razones para vivir y Pensamiento de suicidio según características estructurales | 221 |
| VI.6. | Medias y desviaciones típicas de Razones para vivir y Pensamiento de suicidio según aspectos académicos..... | 222 |
| VI.7. | Porcentajes verticales de respuesta sobre Pensamiento de suicidio según características estructurales | 228 |
| VI.8. | Porcentajes verticales de respuesta sobre Pensamiento de suicidio según aspectos académicos..... | 230 |
| VI.9. | Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida» según nivel de Estrés | 240 |
| VI.10. | Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida» según utilización de Afrontamiento general..... | 241 |

| | |
|---|-----|
| VI.11. Puntuación media de Autoconcepto según nivel de Estrés y utilización de Afrontamiento adaptativo y maladaptativo | 242 |
| VI.12. Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida» según nivel de Estrés y utilización de Afrontamiento maladaptativo | 243 |
| VI.13. Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida» según utilización de Afrontamiento adaptativo..... | 245 |
| VI.14. Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida» según utilización de Afrontamiento maladaptativo..... | 245 |
| VI.15. Puntuación media de Pensamiento de suicidio según nivel de Estrés..... | 251 |
| VI.16. Puntuación media de Pensamiento de suicidio según utilización de Afrontamiento general | 252 |
| VI.17. Puntuación media de Pensamiento de suicidio según utilización de Afrontamiento adaptativo | 254 |
| VI.18. Puntuación media de Pensamiento de suicidio según utilización de Afrontamiento maladaptativo | 255 |
| VI.19. Variables elegidas después del paso 7 (ordenadas según la «F de salida») en el análisis discriminante con puntuaciones totales | 261 |
| VI.20. Coeficientes estandarizados y estructurales de las variables explicativas en la función discriminante del análisis con puntuaciones totales | 262 |
| VI.21. Resultados globales de la clasificación del análisis discriminante con puntuaciones totales | 263 |
| VI.22. Variables elegidas después del paso 10 (ordenadas según la «F de salida») en el análisis discriminante con puntuaciones totales y factores | 264 |
| VI.23. Coeficientes estandarizados y estructurales de las variables explicativas en la función discriminante del análisis con puntuaciones totales y factores | 265 |
| VI.24. Resultados globales de la clasificación del análisis discriminante con puntuaciones totales y factores..... | 266 |
| VI.25. Resultados globales del análisis de regresión múltiple realizado con puntuaciones totales | 269 |
| VI.26. Resultados globales del análisis de regresión múltiple realizado con puntuaciones totales y factores..... | 269 |

INDICE DE GRAFICOS

| | |
|---|----|
| II.1. Modelo socioindividual de la conducta suicida | 61 |
| II.2. Proceso dinámico de la conducta suicida en el modelo socioindividual. | 69 |
| II.3. Aplicación práctica del modelo socioindividual | 72 |

Presentación

Es bien patente que el tema del suicidio no es algo novedoso. Suicidas han existido en todas las épocas y el fenómeno ha sido considerado desde múltiples vertientes culturales y sociales.

En la India, el suicidio desde tiempos muy remotos se realizaba en celebraciones religiosas, ya que estaba muy ligado a la influencia religiosa, aunque también existían otras influencias variadas tanto culturales como sociales y filosóficas tal como indica el Dr. Vijayakumar.

En la Grecia clásica el suicidio fue un fenómeno difundido y tuvo como mayores exponentes del mismo a importantes filósofos como Anaxágoras, Sócrates, Diodoro, y muchos otros.

Los filósofos pitagóricos, así como el propio Aristóteles se muestran contrarios a la aceptación del suicidio por considerar este acto como una ofensa a Dios y al Estado.

El epicureísmo y el estoicismo lo entienden como una respuesta aceptable a situaciones vitales intolerables.

En Roma era común que los esclavos se suicidasen, aunque estaba prohibido y se castigaba duramente a aquellos que no habían logrado consumar el acto suicida.

A lo largo de la historia de la humanidad puede observarse la difusión del fenómeno del suicidio. Este es realizado por hombres y mujeres sin distinción de clase social, provenientes de ámbitos tan dispares como el artístico, musical, político, empresarial, etc. Baste recordar nombres tan famosos como Van Gogh, Argenta, Larra, Hemingway, Fassbinder, Pavese, etc.

El suicidio ha sido igualmente un tema escogido por muchos autores de diversas épocas, dando lugar a obras maestras de la literatura univer-

sal. Recuérdense el suicidio por amor de Julieta (Romeo y Julieta) o de Melibea (Calixto y Melibea). Quizás una de las obras que más repercusión social tuvo fue «Los sufrimientos del joven Werther» de Goethe. La difusión de esta obra produjo un fortísimo impacto en su sociedad y, así, el tipo de vestimenta del malogrado Werther fue la inspiración de la moda durante años.

El suicidio tampoco es exclusivo de una determinada edad. Vemos desgraciadamente que estos hechos ocurren en niños de 8 a 12 años, en adolescentes y jóvenes y más frecuentemente en la actualidad en personas mayores. Los ancianos son más proclives al suicidio, dependiendo, como es lógico, de determinados factores y situaciones.

La literatura refleja magníficamente esta situación; véase, por ejemplo, el anciano Villamil, de la obra de Pérez Galdós «Miau», en la que se describe muy acertadamente la evolución del pensamiento del personaje hasta sus últimas consecuencias.

El suicidio es realmente un fenómeno multidimensional y muy complejo. Se ha intentado explicar desde el análisis de la conducta individual. La metodología de estudios de vida ha sido desarrollada por numerosos psicólogos, sociólogos o psiquiatras. Algunas historias de vida suicida famosas son Sigmund Freud, por Gay, Hemingway, por Meyers, Cesare Pavese, por Lajolo, Vincent Van Gogh, por Honour, por citar sólo algunos de los personajes conocidos por todos.

Una obra interesante que nos permite adentrarnos en la cultura oriental es «Mishima o el placer de morir» de Vallejo-Nájera. El suicidio en Japón tiene unas características muy específicas y definitorias que son claramente muy distintas de las occidentales. Con su ágil pluma y aguda observación, Vallejo-Nájera nos transporta al mundo oriental y nos ayuda a entender de un modo más comprensible el fenómeno del suicidio. El autor analiza el suicidio del famoso escritor japonés Mishima, adentrándose en el estudio de su personalidad para descubrir los motivos y actitudes más ocultas que nos ayuden a entender su conducta suicida.

A través de la revisión de la historia se puede recordar el suicidio colectivo antes de Cristo de los Numantinos que prefirieron morir antes de entregarse al enemigo y de los habitantes de Sagunto que siguieron la misma senda para evitar ser apresados por Aníbal. Existen muchos otros ejemplos históricos, pero sin retrotraernos tan lejos, podemos recordar los suicidios colectivos llevados a cabo hace unos años por el grupo de seguidores de Smith en Guayana y recientemente por los de David Kores en USA.

Tanto el suicidio colectivo como el suicidio que podíamos denominar «encadenado», ha sido estudiado desde una perspectiva sociológica y concebido como un «suicidio por contagio». La muerte por suicidio

de varios jóvenes en Oñate ha sido investigado por el Dr. Ruiz Olabuenaga.

Algunos autores como Farberow y Boldt han detectado un cambio en las actitudes hacia el suicidio en la sociedad actual. Existe, en términos generales, una mayor tolerancia hacia el suicidio. Parece que la sociedad se ha vuelto más «comprensiva» hacia los suicidios y las razones que explican el suicidio. Boldt señala que nos estamos moviendo de concepciones predominantemente negativas del suicidio hacia un consenso sobre el hecho de que existe un momento y una situación en la que el suicidio no sólo es aceptable sino también apropiado.

Estos movimientos y filosofías que consideran el suicidio como el acto supremo humano, que aboga por el «derecho» a suicidarse están suministrando un lenguaje significativo y una perspectiva que ayuda a «justificar» una acción y da un mayor sentido a las racionalizaciones de los adolescentes y jóvenes.

La falta de valores o, mejor, la ambigüedad de valores entre las principales instancias socializadas como la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, etc, favorece y produce una confusión normativa. La responsabilidad de los medios de comunicación a la hora del tratamiento e información de los actos suicidas es un tema muy tratado en la literatura y en la investigación. En ocasiones los medios de comunicación social presentan los suicidios con informaciones sensacionalistas, en lugar de ofrecer información para la reflexión sobre los casos y las medidas de prevención.

Esta es la realidad envolvente en la que los adolescentes viven. Los ejemplos y conductas sociales van calando en las actitudes sociales y, como no, tienen su influencia en los jóvenes y adolescentes. El suicidio puede ser considerado por los adolescentes como una posible vía de extinción de todos sus problemas y situaciones difíciles. Así se puede entender el éxito de un libro que fue best-seller en 1991 en los Estados Unidos. Se trata de «Final Exit» de Derek Humphry, quien en esta obra describe las prácticas para llevar a cabo suicidio indicando las ventajas de cada procedimiento (que, por otro lado, vemos que no han sido experimentadas con éxito por el propio autor).

Aquellos que defienden el derecho al suicidio argumentan que el suicidio representa una alternativa sensata a una vida en circunstancias intolerables.

Sin embargo, el profesor Ringel manifiesta que el suicidio no puede ser elegido realmente, ya que una compulsión interna irresistible e intensa vuelve nula y sin valor cualquier libre elección.

En este mismo sentido se expresa Boldt para quien el suicidio es casi siempre un acto forzoso para resolver problemas abrumadores. Aunque

muy frecuentemente las personas suicidas, señala este autor, contribuyen al mito de que el suicidio es un acto voluntario. Se proclama que el suicidio es un acto de autodeterminación o autoafirmación, una metáfora para una muerte digna, heroica o romántica, cuando en realidad es una protesta desesperada contra una situación vital intolerable.

La obra que aquí se presenta no intenta explicar el porqué de los suicidios, ni cuántos ni de qué modo se han llevado a cabo. El principal propósito de la investigación desarrollada por Lourdes Villardón es analizar los factores que inciden en el pensamiento de suicidio de los adolescentes. La autora examina con profundidad y rigor toda una extensa lista de factores que contribuyen a la ideación del suicidio.

La obra representa una importante aportación al ámbito científico-pedagógico, ya que supone adentrarse en una línea de investigación novedosa en nuestro país. La muestra examinada es de adolescentes en edad escolar. Los resultados obtenidos nos permiten conocer mejor y poder predecir en función de una serie de factores los adolescentes que constituyen un grupo de riesgo. Las aportaciones y conclusiones de esta investigación permiten la elaboración específica de programas de diagnóstico y prevención del suicidio. Pero sobre todo contribuyen a conocer con mayor profundidad los problemas psicológicos y sociales que atormentan a un grupo importante de nuestros adolescentes.

Queremos, asimismo, subrayar el esfuerzo realizado en la síntesis clarificadora de los principales enfoques y corrientes que examinan el suicidio, desde el ámbito psicológico, sociológico y psiquiátrico, que conduce a la formulación de un modelo teórico explicativo de la conducta suicida.

Finalmente deseo felicitar y agradecer a la autora de este libro por la aportación que constituye su investigación en nuestro campo psico-pedagógico.

Asimismo, quiero agradecer en nombre del ICE de la Universidad de Deusto al Dpto. de Bienestar Social de la Excma. Diputación Foral de Bizkaia por su apoyo y patrocinio de la presente publicación.

Aurelio Villa
Director del ICE

Agradecimientos

Quiero agradecer profundamente al Dr. Aurelio Villa, director de esta investigación, 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 Dr. George Domino (University of Arizona), a Dra. Lillian Range (University of Southern Mississippi) y a Dr. Alexander Rich (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 a Dr. Oscar Fernández Santana por su ayuda profesional y su apoyo personal. 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. Asimismo, quiero agradecer al Dr. José Ignacio Ruiz Olabuenaga sus consejos en relación al diseño metodológico del estudio.

Por último, muchas gracias al Ministerio de Educación y Ciencia por la concesión durante cuatro años de una beca que me ha permitido llevar a efecto esta investigación y al ICE de la Universidad de Deusto por su buena acogida y apoyo, y por los medios puestos a mi alcance. Asimismo, muchas gracias al Departamento de Bienestar Social de la Excm. Diputación Foral de Bizkaia por su colaboración en la publicación de este libro.

Introducción

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 fa-

vorecer 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.

La tasa de suicidios entre enfermos terminales o crónicos 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; Choquet y Menke, 1989), el papel de la *educación* en la detección y prevención del suicidio es innegable.

El libro 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 plan-

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

Los datos que sobre conducta suicida existen 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. 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 víctimas. No se tienen noticias de 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 pretende cubrir una laguna sobre la génesis y evolución del fenómeno de la conducta auto-destructiva desde los 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.

Este libro 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 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 primer capítulo al cuarto).

El segundo bloque incluye el estudio empírico de la aplicación práctica del modelo socioindividual propuesto. Tras la formulación de las hipótesis y exposición de diversos aspectos 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 (capítulos quinto y sexto).

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 presenta 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), cuya famosa tipología de suicidio basada en la consideración de los factores sociales como deter-

minantes 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 considera 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 sociodemográfico —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; Rigdon, 1983; Shneidman, 1988).

Una vez presentadas las orientaciones teóricas clásicas en el estudio del suicidio, a través del *segundo capítulo* se 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 de la conducta suicida». Este modelo propone, en términos generales, que la confluencia de varios aspectos del contexto socioindividual puede 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 dos 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 capítulo.

Dentro de los modelos explicativos del estrés se presentan los modelos basados en la respuesta (Selye, 1978), 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 variable 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, estos son, el modelo conductual; el modelo de la psicología del yo (Haan, 1985), que defiende la existencia de distintos estilos 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, recursos, condicionantes, estilos y modos de afrontamiento supone un paso previo a la presentación de las investigaciones que relacionan el afrontamiento con el suicidio. 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 libro supone, en este aspecto, una novedad respecto a los estudios realizados hasta el momento.

Una vez comentadas las dos variables incluidas en el contexto socioindividual de la conducta suicida, en el *capítulo cuarto* se procede a la exposición de las variables que se incluyen en el denominado por Rich y Bonner (1991) «estado mental suicida», a saber, la soledad, depresión, desesperanza y autoconcepto.

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 de otras variables, su inclusión en el modelo.

El autoconcepto es otra de las variables incluidas en este capítulo. Para su exposición se 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 importan-

cia 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; 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 vincula frecuentemente con suicidio y que está teóricamente relacionada con la depresión. Los datos en torno a la mayor importancia de una u otra variable en relación al suicidio no son concluyentes.

La exposición de la depresión y de los resultados de las investigaciones que la relacionan con el suicidio culmina la parte teórica de este libro. La redacción de las hipótesis de trabajo en el *quinto 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 si las personas con una alta utilización de afrontamiento son menos vulnerables a desarrollar los afectos negativos que componen el «estado mental suicida» ante la vivencia de estrés que los sujetos con poca utilización de afrontamiento. Dentro de esta hipótesis se incluyen dos subhipótesis, una referida a la utilización general de afrontamiento y otra referida al afrontamiento adaptativo y maladaptativo, con el objetivo de comprobar si existe un estilo de afrontar los problemas que sea más eficaz que otro.

La segunda hipótesis trata de probar la vulnerabilidad de los sujetos con poca utilización 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 utilización de afrontamiento general y otra a los estilos de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.

Por último, la tercera hipótesis, va dirigida a comprobar si 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.

En este mismo capítulo se expone el diseño llevado a cabo para seleccionar a los sujetos del estudio de la población 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.

El *capítulo sexto* supone la presentación de los resultados de la investigación en todos los aspectos estudiados, cuya constatación da paso a las conclusiones del estudio.

Capítulo I

El suicidio. Aproximaciones teóricas

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 suponen 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 libro.

I.1. 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.

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 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. Precisamente este carácter de voluntariedad o intención es lo que hace difícil la distinción «a posteriori» del suicidio como causa de muerte.

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).

Sin embargo, como se ha dicho, el adjetivo «suicida» se aplica a un abanico de comportamientos además de a 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 provocados voluntariamente por el propio sujeto. Son, en 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 (Neuringer, 1974).

Pokorny (1986), de acuerdo a la nomenclatura y clasificación del National Institute of Mental Health, propone el término «suicidio consuma-

do» 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. 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 un comportamiento autolesivo para el sujeto pero conscientemente no mortal, en tanto que el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido¹. Es equivalente al concepto «gesto suicida» que utilizan algunos teóricos (Abruzzi, 1985).

Se han realizado diversos intentos teóricos y empíricos de definir y clasificar las conductas suicidas desde la teoría. Los sistemas de clasificación 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; Shneidman, 1966 y 1968; y Pokorny, 1986).

Un segundo intento de clasificación de conductas suicidas se deriva de los datos provenientes de los estudios empíricos (Hankoff, 1979). Por último, el tercer intento de clasificación es el proveniente de la utilización de métodos estadísticos para obtener categorías (Paykel y Rasabby, 1978).

Cada una de estas clasificaciones se basa en aspectos distintos. Si se hace un intento de integrar las diversas orientaciones, un fenómeno suicida se puede considerar desde distintas dimensiones: la dimensión descriptiva, la dimensión situacional, la categoría psicológico-conductual y la teleológica (Ellis, 1988). Para conocer y calificar más objetivamente un acto suicida hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: certeza, letalidad, intención, circunstancias atenuantes y método lesivo (Pokorny, 1986).

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 *et al.*, 1988) y entre las poblaciones suicidas y no suicidas (Triolo *et al.*, 1984).

¹ 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 los resultados de 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.

Un meta-análisis de los estudios publicados a este respecto, llevan a concluir 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 (Van Egmond y Diekstra, 1989). Son numerosos los autores que defienden dicha continuidad (Rojas, 1978; Smith, 1990; Earls y Jemison, 1986; y Firestone y Seiden, 1987).

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

A lo largo de este libro, y en función de la ya mencionada continuidad de las tendencias autodestructivas defendida por muchos autores, 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» en contraposición a los «no suicidas». En el caso de comparaciones entre distintas poblaciones con diferentes comportamientos suicidas, se especificará 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 *et al.*, 1976). Estas son algunas de las concepciones erróneas más extendidas:

- La gente que comete suicidio siempre deja notas.
- La gente que comete suicidio es psicótica o enferma mental.
- La gente que habla sobre el suicidio sólo trata de llamar la atención. La gente que realmente comete suicidio no habla de ello.
- Si alguien ha decidido suicidarse, no hay nada que hacer para detenerlo.
- Una persona que ha sido suicida una vez, es suicida para siempre.
- Si una persona sobrevive a un intento de suicidio, probablemente no lo volverá a intentar.
- La mejora después de una crisis suicida significa que el riesgo de suicidio ha pasado.
- El suicidio es hereditario.
- El método de suicidio más común es la sobredosis.
- La mayoría de los suicidios ocurren por la noche.

- Los niños no cometen suicidio, especialmente por debajo de los 15 años.
- Todo el mundo que se suicida está deprimido.
- La gente que se suicida raramente acude en busca de ayuda médica.
- Las personas con enfermedad terminal son más propensas a cometer suicidio.
- Hablar con una persona deprimida sobre suicidio puede empujarlo al suicidio.
- Las personas que están acudiendo a un psiquiatra (psicólogo o consejero) raramente se suicidan.
- La medición del riesgo de suicidio es algo que se debería dejar en manos de los profesionales de la salud.

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 (Domino, 1990a).

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 metodológicas en la investigación

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.

Otra de las limitaciones inherentes al tema de estudio se refiere a la *muestra*. La decisión de clasificar a un individuo como suicida² 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.

La utilización de los *datos demográficos* para la predicción del suicidio conlleva una serie de problemas que obliga a manejar con cierta cautela dichos datos (Diggory, 1986). El primero de los problemas reza que la fácil accesibilidad de los datos demográficos sobre 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, no se puede negar la utilidad predictiva de las variables demográficas ya que se ha observado que los aumentos y descensos en la

² En esta ocasión nos referimos a la persona muerta por suicidio o suicida propiamente dicha.

tasa de suicidios en EEUU corresponden respectivamente a los aumentos y descensos de la proporción de adolescentes en la población (Holinger *et al.* 1988).

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. Es por esto que la experiencia clínica debe complementarse con un conocimiento profundo de la persona.

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 de las alternativas (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.

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 éticas 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 har- to complicada (Neuringer, 1974; Zubin, 1986).

Han proliferado las escalas que miden el riesgo de suicidio (Braucht y Wilson, 1970; Pallis *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 *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. 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 debe ser un compromiso entre los dos extremos (Bürk *et al.*, 1985).

Entre las dificultades inherentes a las escalas de estimación de riesgo de suicidio, se cita 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, las diferencias en ellas según los subgrupos específicos

de población en función de la edad, sexo, raza, nivel cultural, etc.³ Se señala la necesidad de muestras muy amplias, de diseños prospectivos, de grupos control y de largos períodos de seguimiento tanto 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 (Motto y Heilbron, 1976). 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 son dificultades añadidas a las ya mencionadas (Rotheram-Borus, 1989).

Sin embargo, a pesar de las dificultades, las escalas de riesgo suicida construidas correctamente pueden identificar personas con una alta probabilidad futura de suicidio (Bürk *et al.*, 1985). 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, tanto las escalas de riesgo como las viñetas de casos (Stelmachers y Sherman, 1990) pueden ser un instrumento útil para detectar riesgo de suicidio si no se emplean como única fuente de decisión.

Conviene distinguir la predicción del riesgo de suicidio y la predicción del peligro inminente de suicidio (Rotheram-Borus, 1987). La evaluación del riesgo de suicidio puede usarse para detectar en la sociedad a los potencialmente suicidas ayudándose de datos sociodemográficos 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 hacen que éste, en ocasiones, sea 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 permite hablar en 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 «errores» 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).

³ Estas diferencias se deben a que las variables de riesgo varían entre un grupo y otro.

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.

Son cinco los componentes que deben estar incluidos en todo diseño de investigación de estudios sobre suicidio juvenil (Pfeffer, 1989). 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.

1.2.2. Dificultades metodológicas en la práctica clínica

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 a decidir sobre su vida, constituye la sexta barrera que puede obstaculizar la detección de la ideación suicida actual 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 realización de investigaciones con diseños metodológicos rigurosos se hace necesaria para lograr un mayor avance en el conocimiento del tema que nos ocupa.

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 encuentran 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.

I.3.1. El suicidio desde el ámbito sociológico

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, cuya teoría ha influido y sigue influyendo en las diferentes interpretaciones 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.

A. Teoría del suicidio de Durkheim

Emilio Durkheim (1858-1917) en su libro «El Suicidio» (1965)⁴ 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 «... la razón entre la cifra global de muertes voluntarias y la población de cualquier edad y sexo.» (Durkheim, 1965: 17) y por 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).

El propósito de Durkheim 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, ya que éstas últimas no pueden explicar una tendencia de la sociedad como un todo hacia el suicidio.

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. Durkheim opina que para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, que debe depender de causas sociales y no de factores extrasociales o individuales. Partiendo de esta idea, clasifica los tipos de suicidio desde las causas que lo producen. Habla de cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

El *suicidio egoísta* es consecuencia de la falta de integración social o de una individuación excesiva. Esta explicación del suicidio es apoyada por varios autores (Pope y Danigelis, 1981; Bankston *et al.*, 1983). Gran cantidad de investigaciones posteriores en el campo de la epidemiología psiquiátrica y de la psicología (McAnarney, 1979; Garfinkel *et al.*, 1982; Guillón *et al.*, 1987; Kienhorst *et al.*, 1990, etc) han comprobado que la integración familiar, como una forma de integración social, afecta a la tasa de suicidios en los adolescentes y en los adultos.

El *suicidio altruista* se deriva de una integración social demasiado fuerte. Este tipo de suicidio no está muy extendido en nuestra sociedad actual, ya que la potenciación de determinados valores relacionados con

⁴ La obra original *Le Suicide* fue publicada en 1897.

el individualismo hacen que la persona se sienta menos «obligada» a ciertas acciones por el hecho de que éstas sean valoradas socialmente.

El *suicidio anómico* aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, no es capaz de ejercer su acción reguladora —anomía— y el individuo pierde los puntos de referencia. Se ha comprobado que la anomía familiar ayuda a explicar el comportamiento maladaptativo de los sujetos, entre el que se encuentra el autodestructivo, como una posible forma, aunque extrema, de reaccionar a dicha anomía (Wenz, 1979).

El *suicidio fatalista* es el tipo de suicidio opuesto al suicidio anómico. Se deriva de una excesiva regulación social. Peck (1980-81) defiende la eficacia del modelo fatalista explicativo del suicidio, sobre todo en la población joven.

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, a decir de Durkheim, 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 en 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.

B. *Matizaciones a la Teoría de Durkheim*

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 y metodológico.

En cuanto a las *matizaciones conceptuales* realizadas al planteamiento durkheimiano, además de la inclusión de factores individuales en la explicación del suicidio, el aspecto más discutido es el de «integración social».

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) e incluso a elaborar una tipología psicosocial del suicidio (Giddens, 1966).

Además de la incorporación de aspectos individuales al estudio del suicidio, los investigadores sociales han trabajado, como se ha comentado, con los objetivos de hacer de la *integración social* un aspecto medible (Gibbs y Martin, 1964), incluso apoyándose en la teoría de las redes sociales (Pescosolido y Georgiana, 1989), y de adaptar el concepto a los avances teóricos (Halbwachs, 1930; Henry y Short, 1957; Gibbs y Martin, 1964, Giddens, 1966, y Pescosolido y Georgiana, 1989).

En cuanto a las *cuestiones metodológicas* 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.

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. Los jueces, médicos forenses y demás personal encargado de los registros no hacen sino reflejar lo que la sociedad entiende por suicidio, de forma 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». 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 autores⁵ 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 sobremedida las comparaciones entre las distintas tasas de suicidio. 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

⁵ ATKINSON, 1968; ESTRUCH y CARDÚS, 1982; ALLEN, 1977; GIST y WELCH, 1989 y CURRAN, 1987.

hospitalarios y, además, la propia víctima puede «inventar» la explicación de sus lesiones. Sin embargo, no todos los autores cuestionan la fiabilidad y la validez del uso de las estadísticas oficiales (Lester, 1992).

Los suicidios e intentos suicidas adolescentes están registrados en menor medida que los mismos actos en los adultos (Curran, 1987). Son tres las 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 la constituye el hecho de que el suicidio adolescente, a diferencia de los actos suicidas de otros grupos de edad, ofrecen al adulto más posibilidades de ser interpretado como accidente, debido a su modo de presentación y apariencia.

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 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. 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.

I.3.2. El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica

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

A. Orientación psiquiátrica clásica

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 Cardús, 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, en algunos casos radicalizadas y en otros acotadas (Berrios y Mohanna, 1990).

Hay que admitir que autores como Achille-Delmas (1932), quien defiende que todos los suicidios son patológicos, ligados a trastornos constitucionales orgánicos, 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), Lisle (1856) y Bertrand (1857) quienes sostienen una versión no tan totalmente 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 la existencia de ciertas anomalías biológicas entre los individuos suicidas, como puede ser una disfunción en la regulación de serotonina (Winchel y Stanley, 1991). De hecho, la mayoría de las investigaciones realizadas desde esta perspectiva se refieren 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). No obstante, la perspectiva biológica del suicidio constituye un campo de in-

vestigación prometedor en el que se debe seguir profundizando (Arana e Himan, 1989).

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 psiquiátricos 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».

B. *Epidemiología psiquiátrica*

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.

Se puede constatar la gran proliferación de estudios epidemiológicos del suicidio, tanto en su rama analítica 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.

La probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo. 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 (Spalt y Weisbuch, 1972; Böstman, 1987; Wilson, 1991; Cantor *et al.*, 1992; Pritchard, 1992). En este apartado se presentan algunos resultados provenientes de los estudios epidemiológicos 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.

Dentro de los *factores sociodemográficos* se consideran la edad y el sexo.

La *edad* es uno de los muchos factores que se tienen en cuenta al identificar grupos de riesgo en conducta suicida. Parece existir acuerdo con 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. Existen numerosos estudios epidemiológicos que relacionan el suicidio con la edad e indican que el suicidio es raro por debajo de los catorce años (McClure, 1988; Kienhorst *et al.*, 1987), aunque sí aparecen pensamientos de suicidio, incluso antes de los nueve años (Bolger *et al.*, 1989). Los resultados de las numerosas investigaciones realizadas a este respecto indican que la tasa de suicidio está aumentando entre la población joven (Goldney y Katsikitis, 1983; Cheifetz *et al.*, 1987; Diekstra, 1989; Slimak, 1990; Coder *et al.*, 1991; Pritchard, 1992). La misma tendencia se observa en la incidencia de intentos de suicidio (Hawton y Goldacre, 1982) y de parasuicidio (Platt *et al.*, 1992).

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).

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.

En cuanto al *sexo*, se suele afirmar que son más las mujeres y chicas jóvenes las 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 *et al.*, 1987; Ozamiz, 1988a; Evans y Farberow, 1988; Maniam 1988; Ellis y Range 1989a; Dooley, 1990; Lester, 1990a; Platt *et al.* 1992). Son las mujeres las que presentan una mayor incidencia de ideación suicida (Simons y Murphy, 1985; Kienhorst *et al.* 1990b). Últimamente se percibe cierto aumento en los suicidios consumados entre las personas de sexo femenino, 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 de estrés, frustración, etc., entre las mujeres.

Además de los factores sociodemográficos de riesgo, la epidemiología apunta una serie de *trastornos psiquiátricos* que se asocian más frecuentemente con suicidio.

Aunque la incidencia de la *esquizofrenia* 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 (Miles, 1977; Hawton y Fagg, 1988; Drake *et al.*, 1989; Eng Goh *et al.* (1989) tanto en los casos agudos (Rojas, 1978) como crónicos (Landmark *et al.*, 1987) y entre mujeres (Goldney, 1981) y hombres, especialmente entre los más jóvenes (Langley y Bayatti, 1984). Parece, incluso, que ciertas modalidades de suicidio son más frecuentes entre los pacientes esquizofrénicos (Cantor *et al.*, 1989).

La *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, aunque esta proporción varía en función de la severidad de la depresión (Birtchnell, 1981) y puede ser diferente en función del tipo (Rojas, 1978). Los estudios sobre conducta suicida en población infantil y adolescente corroboran, asimismo, la relación entre desórdenes afectivos y conducta suicida (Brent y Kolko, 1990b).

Tanto el *alcoholismo* como el *abuso de sustancias* están presentes en numerosos estudios sobre suicidio como factores determinantes de grupos de riesgo. Martínez 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. 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 (Miles, 1977; Hendin, 1987; Kinkel *et al.*, 1989; Earls, 1989).

Tanto la incidencia como la letalidad de la conducta suicida llevada a cabo por niños y adolescentes correlaciona con abuso de sustancias, así como con el diagnóstico de desorden afectivo (Brent, 1987; Brent *et al.*, 1987).

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. 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, 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 distinguen los sujetos suicidas de los no suicidas (Cantor *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 (Farmer, 1988). 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 los aspectos psicológicos como factores de explicación de suicidio, respecto a los aspectos sociales y psiquiátricos.

1.3.3. Explicaciones psicológicas del suicidio

Dentro de las aportaciones a la explicación del suicidio que desde la psicología se han venido haciendo, se pueden diferenciar las explicaciones psicoanalíticas y las explicaciones más propiamente psicológicas⁶.

⁶ 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 auto-destrucción 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.

A. Explicación psicoanalítica del suicidio

La aportación psicoanalítica al problema del suicidio tiene dos épocas divididas por la formulación freudiana del «instinto de muerte» (Rojas, 1978).

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. La concepción del suicidio como agresión autodirigida es compartida por Barker (1986) y Rangell (1988) y estudiada empíricamente por Leenars y Balance (1984) y Brown *et al.* (1991).

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)⁷. En este sentido, Freud afirma que todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica del instinto de muerte.

Dentro de la orientación psicoanalítica del suicidio se puede citar a Menninger (1972), quien puede ser considerado como «la teorización psicoanalítica clásica del suicidio» (Estruch y Cardús, 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.

Zilboorg (1937) y Samy (1989) suponen una ampliación de la visión psicoanalítica pura conjugando la dimensión intrapsíquica con la dimensión social.

La aplicación de la teoría psicoanalítica al suicidio adolescente hace hincapié en términos relacionados con la individualidad tales como «identidad del yo» (Rosenkrantz, 1978), «proceso de individuación» (Pfeffer, 1985), y estado «simbiótico» (Wade, 1987). Desde esta perspectiva se defiende la importancia de las relaciones paterno-filiales en el desarrollo de una adecuada «identidad» a través de un correcto proceso de individuación en el que se dé una aceptación verdadera entre padres e hijos (Seiden, 1984; Firestone, 1986).

⁷ 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 *et al.* (1986).

Al igual que 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).

B. Orientación «propiamente» psicológica

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 son, en su opinión, la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese.

El primer componente 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 malestar, la pena, la culpa, la amargura ... El tercer componente de suicidio, la constricción, reúne ciertas características cognitivas, como la imposibilidad de la persona suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que sólo hace conscientes los aspectos negativos —visión de túnel— y el pensamiento dicotómico. 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 tarde Shneidman (1988) completa su concepción del suicidio y 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.

- 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 intención⁸.
- El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida⁹. En este sentido conviene examinar cuidadosamente los registros de la anámnesis de las personas en relación a si han 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. 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.

Neimeyer (1983) aplica la teoría del *constructo personal* de Kelly (1955) a la depresión y el suicidio¹⁰. Afirma que los 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 interpersonal¹¹

⁸ 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.

⁹ Las personas que tienden a solucionar sus problemas escapando de ellos pueden ser más propensas a decidir suicidarse en un momento de gran dolor psíquico.

¹⁰ 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.

¹¹ Esta característica parece estar más claramente vinculada a la depresión.

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

- Constricción en el contenido y aplicación de constructos.
- Desorganización del sistema de constructos.

Sin embargo, algunos autores no consiguen comprobar totalmente de forma empírica la hipotética desorganización del sistema de constructos 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. 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. Así por ejemplo, se ha hablado de personalidad borderline (Waldinger, 1986), desórdenes de personalidad, agresividad (Perdomo, 1987), impulsividad (Herjanic y Welner, 1980) y personalidad esquizoide (Hull *et al.*, 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.

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. 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 (Brown y Sheran, 1972; Spirito, Faust *et al.*, 1988). 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 y 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 la 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 pueda explicar estos «enigmas».

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.

Capítulo II

El suicidio. Un concepto multidimensional

Una vez que se han presentado las deficiencias de cada uno de los ámbitos, individual y 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.

En los apartados siguientes se presentan algunos de los intentos realizados por distintos autores para explicar el suicidio desde la interdisciplinariedad, así como la aportación que este libro propone para la explicación teórica del suicidio. Finalmente, se comenta el modo en que parte del modelo teórico presentado va a ser probado empíricamente a través de la «aplicación práctica» del modelo.

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

Como se ha expuesto, desde ambas perspectivas tradicionales, social e individual, se han dado algunos pasos en favor de la interdisciplinariedad en la concepción de la conducta suicida (Giddens, 1966; Shneidman, 1976).

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. 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.

II.1.1. Modelos de vulnerabilidad biológica

De Catanzaro (1980, 1981) propone cuatro interpretaciones o modelos biológicos de suicidio dirigidos a una teoría general de vulnerabilidad 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.

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. No obstante, no parece probable que el modelo de vulnerabilidad biológica pueda dar cuenta de toda la complejidad inherente en la conducta suicida (Arana y Hyman, 1989).

II.1.2. Modelos de vulnerabilidad psicológica

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.

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. 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.

Los factores de vulnerabilidad psicológicos más altamente relacionados con el nivel de predisposición al suicidio son las habilidades para la resolución de problemas, la esperanza y razones para vivir, incluso bajo situaciones que conllevan un estrés aparentemente insoportable, y el nivel de tolerancia a altos niveles de malestar o distrés.

II.1.3. Modelos de vulnerabilidad psicosocial

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).

Garfinkel (1986) considera que un apoyo social deficiente es un factor de vulnerabilidad¹. Así, propone un modelo de patogénesis del suicidio en el que se incluyen elementos psicosociales que defiende que los individuos vulnerables que están sufriendo estrés y no utilizan la ayuda de las personas de su entorno, cuando tienen un método disponible, pueden cometer suicidio.

Diversos trabajos de investigación concluyen que los factores que determinan la tendencia suicida, tanto en adolescentes (Slark, 1986) como en jóvenes estudiantes (Kuda, 1990) son de naturaleza social y psicológica.

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 y transacciones de una variedad de variables cognitivas, sociales, emocionales y ambientales.

En primer lugar, el modelo sugiere que la interacción del estrés ambiental con las distorsiones y la 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.

Se han realizado diversos estudios empíricos para probar la validez concurrente (Rich y Bonner, 1987a) y predictiva (Bonner y Rich, 1988a; Bonner y Rich, 1991a; Bonner y Rich, 1991b) del modelo de vulnerabilidad al estrés explicativo de la conducta suicida en jóvenes (Rudd, 1990) y en adolescentes (Kirkpatrick-Smith *et al.*, in press; Rich *et al.*, in press).

¹ 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.

II.1.4. Modelos de vulnerabilidad biopsicosocial

Dentro de los modelos de vulnerabilidad «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) 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 sobre 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.

Todos los aspectos presentados se han relacionado con la conducta suicida en estudios univariados. Sin embargo ninguno de ellos parece ser necesario o suficiente en sí mismo para que aparezca un intento de suicidio. Es posible que una combinación de factores interactúe para resultar en un intento de suicidio, aunque la combinación exacta puede variar en función del sexo, la raza, la personalidad, o factores culturales. Rich y Bonner (1991) agrupan los factores incluidos en el modelo en cuatro niveles según su naturaleza: intrapersonal, biológico, interpersonal y ecológico.

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/o de su entorno hace a las personas 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 se puede actuar 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 DE LA CONDUCTA SUICIDA

El modelo, entendiéndolo éste como un sistema de hipótesis lógicamente articuladas entre sí (Quivy y Van Campenhout, 1985), que se expone a continuación está basado en los intentos realizados hasta el momento de ofrecer un modelo multidimensional de la conducta suicida (Rich y Bonner, 1991; Linehan y Shearin, 1988) 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, de igual manera que las explicadas 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 en dicha conducta, junto con determinados aspectos psicosociales, como pueden ser las distintas fuentes de influencia del ambiente social inmediato del individuo.
- Integrado*. El modelo intenta integrar una serie de aspectos 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 todos los factores 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.1). El primero se ha llamado «contexto socioindividual del suicidio» mientras el segundo agrupa el denominado por Rich y Bonner (1991) «estado mental suicida».

II.2.1. Contexto socioindividual

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

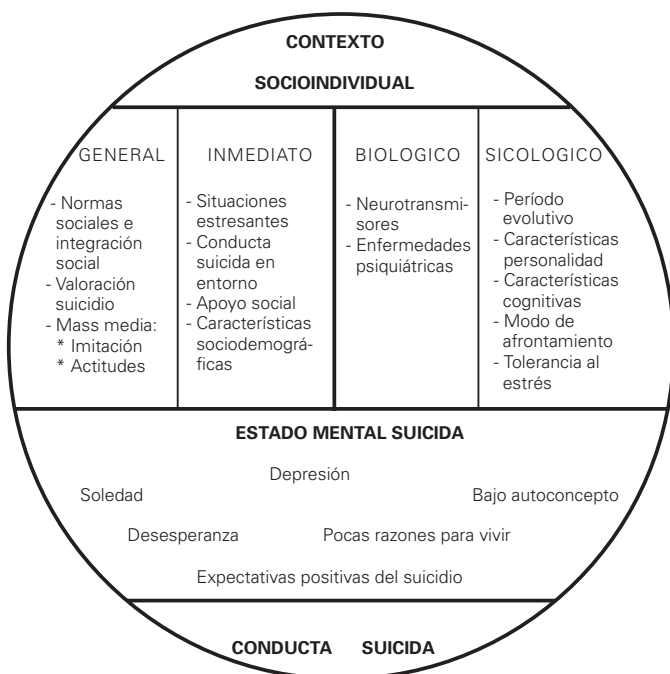


Gráfico II.1.
Modelo socioindividual de la conducta suicida

A. 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*².

La *valoración* que del suicidio hacen la sociedad y la cultura occidentales le llega 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. 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 (Boldt, 1989).

«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 de 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

² 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.

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 *et al.*, 1982; Stillion *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 Cimboric, 1988-89; Domino y Miller, 1992) como adolescente y joven (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 Graugruber, 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 conoce con certeza en la actualidad. Son solamente un factor 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 del suicidio como una forma de solucionar los problemas y con una asimilación de las actitudes sociales al respecto.

B. *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.1).

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 han ocurrido más frecuentemente 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 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). Esta incidencia se ha explicado en términos de «contagio», entendiendo por ello el proceso por el cual un suicidio facilita la ocurrencia de un suicidio subsiguiente. 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 que, como se ha explicado al referirse al efecto de los medios de comunicación, 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 *et al.*, 1982; Kerfoot, 1987; Botbol *et al.* 1988).

El estudio de las *características sociodemográficas* en relación con el suicidio arroja una serie de 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, como se ha comentado, 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). La situación laboral es otra de las características que se ha relacionado con suicidio (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.

C. *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.1).

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 *et al.*, 1990) y que habría que investigar e incluir en una propuesta multidimensional explicativa de la conducta suicida (Rich y Bonner, 1991; De Catanzaro 1980, 1981; Chabrol *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, por ejemplo, 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 pueden verse agravadas por las exigencias de la sociedad actual (Hamburg, 1989). La tendencia a recurrir a la acción, característica de la adolescencia, 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 (Haim, 1970).

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 *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 *et al.* 1990; Bonner y Rich, 1987) son algunos de los aspectos 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 los modos 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). Sin embargo, 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 la evitación.

Independientemente de la eficacia que tenga el sujeto para afrontar las situaciones difíciles, el nivel de *tolerancia al estrés* y a 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 existir 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.1).

Se entiende por «estado mental suicida» el conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan la conducta suicida. 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 con la conducta suicida (Garfinkel y Golombek, 1974; Slater y Depue, 1981; Taylor y Stansfeld, 1984; Pfeffer *et al.*, 1984), sobre todo en niveles bajos de letalidad (Rich y Bonner, 1991).

La *desesperanza* es una variable muy estudiada 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. Parece estar más vinculada a las conductas suicidas de alta letalidad (Rich y Bonner, 1991).

La percepción por parte del sujeto de la falta de apoyo social o el sentimiento de *soledad*, constituye otra de las circunstancias 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 tener una visión negativa de sí mismo, o lo que es lo mismo, un bajo *autoconcepto*. La convicción de ser 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 se considera poco valiosa, piensa que los demás no le apoyan lo suficiente, y que el futuro no va a cambiar la situación, se une la carencia de unas *razones importantes para vivir*, la probabilidad de plantearse el sui-

cidio está más cerca. Se considera, entonces, que las razones para vivir, sean del tipo que sean, 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. La expectativa de eficacia en torno a la conducta suicida se ha estudiado y comprobado también en población adolescente (Hawton, Cole *et al.*, 1982).

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 dinámico 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 los *valores culturales* de la sociedad. La valoración social del suicidio como una salida racional a ciertas situaciones puede favorecer que el individuo se autoproponga esta solución con más frecuencia (Boldt, 1989). Como se ha comentado, 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, en un «*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.

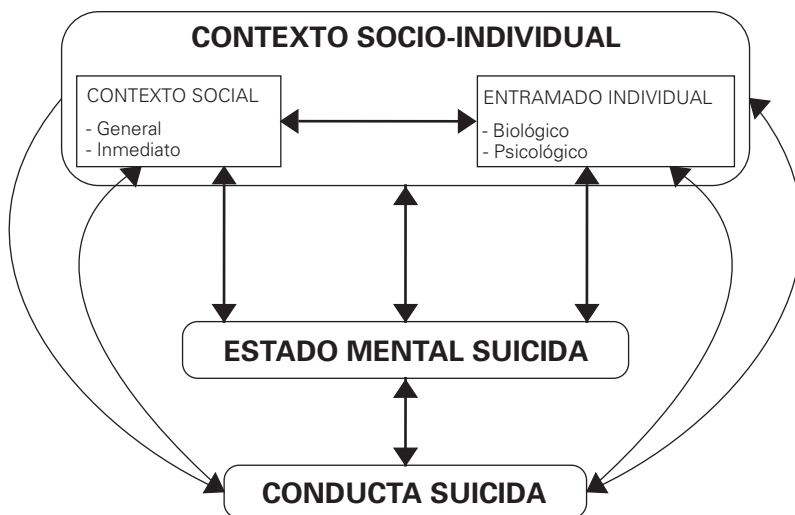


Gráfico II.2.

Proceso dinámico de la conducta suicida en el modelo socioindividual

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 constituyen 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 —*afrentamiento*— poco eficaz tenderá a percibir las situaciones de un modo más negativo que las personas con más capacidad para resolver los problemas.

El modelo propuesto aquí es un *modelo de vulnerabilidad* en el que se parte del supuesto de que las características estresantes del entorno junto con las características individuales y ambientales pueden explicar la conducta suicida. Asimismo, algunas de estas características podrían, por separado, predecir dicha conducta.

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.

Si a este estado de malestar psicológico se añaden 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*».

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 riesgo³ (ver Gráfico II.2).

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 obstaculizar, 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

³ 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.

el estrés y disminuyendo su eficacia para la resolución de problemas. Este modelo 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 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 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 libro 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 (ver Gráfico II.3).

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 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 en función de esta característica. Esto es, si los sujetos con

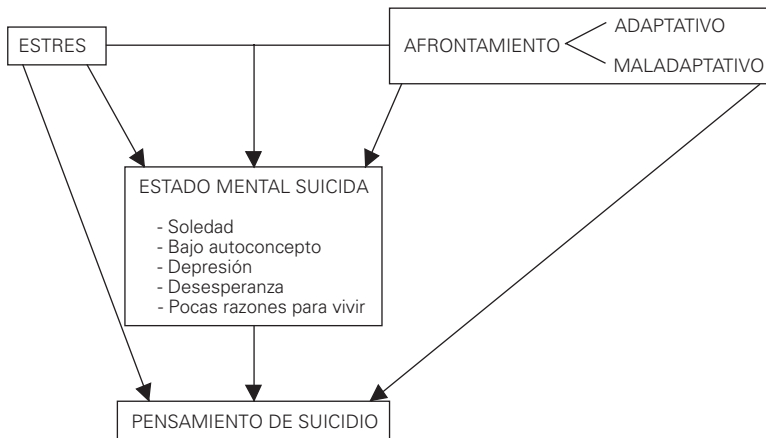


Gráfico II.3.
Aplicación práctica del modelo individual

ciertos estilos de afrontamiento —supuestamente maladaptativos—, cuando sufren un número de sucesos estresantes, son más propensos a desarrollar conducta suicida que los sujetos con otros estilos de afrontamiento 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 a través del pensamiento o *ideación suicida*.

La «aplicación práctica» 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 «aplicación práctica» del modelo propuesto pueden predecir en cierta medida, el pensamiento de suicidio.

Dado que el ámbito de estudio de este modelo es el académico 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 conocimiento.

En el capítulo siguiente 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.

Capítulo III

El estrés y el afrontamiento. Aspectos del contexto socioindividual de la conducta suicida

El estrés y el afrontamiento son las dos variables pertenecientes al contexto socioindividual que se han incluido en la «aplicación práctica» del modelo propuesto. 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 ESTRÉS. 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 y variables tales como la depresión, la desesperanza y el apoyo social.

III.1.1. Modelos teóricos del estrés

Los modelos explicativos del estrés de mayor relevancia se dividen en modelos basados en la respuesta, modelos basados en el estímulo, y modelos interactivos.

A. 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) 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. La segunda idea reza que la reacción de defensa va cambiando a medida que el estresor se repite. Por último, la tercera idea importante afirma que las respuestas defensivas severas y prolongadas pueden dar lugar a lo que Selye llama «enfermedades de adaptación».

Las críticas más importantes que se han presentado a los modelos del estrés basados en la respuesta son:

- 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).

B. Modelos basados en el estímulo

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. Defienden la idea de que el estrés proviene de las condiciones ambientales externas del sujeto. 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 estandar, 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 (Miller *et al.*, 1974; Holmes y Masuda, 1974; Markush y Favero, 1974). La evidencia viene demostrando que esta «ponderación» de los sucesos vitales puede ser irrelevante para la prevención (Derogatis, 1982). Otras veces 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, efectos más 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 una 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 explica una relativamente pequeña proporción de la variabilidad de dichas características psicopatológicas (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 son suscep-

tibles de colocar a casi todo el mundo que los viviera en situación de riesgo de padecer algún tipo de desorden.

C. *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 otros¹. Se exponen a continuación dos de las aportaciones más importantes. 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.

El *Modelo Conceptual* para el Estudio del Estrés (Trumbull y Appley, 1986) parte 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 entre cualquier estresor y la capacidad de resistencia real o percibida por el sujeto.

Desde el *Modelo Cognitivo-Transaccional* del Estrés (Lazarus, y Folkman, 1986a) se define 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 tales. La valoración de un estímulo como estresante se hace a través de un proceso de *evaluación cognitiva* influida 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.

¹ Entre ellos se encuentran COX y MACKAY (1976) con su modelo Transacción Hombre-Ambiente y FRANKENHAEUSER (1986) y SCHEUCH (1986), que siguen una perspectiva psicológica.

Los factores situacionales son aquellas características de la situación que ayudan a que sea percibida como potencialmente perjudicial, amenazante o peligrosa.

La teoría del estrés de Lazarus y Folkman introduce un concepto importante: el de *afrentamiento*, considerado como los esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados por el sujeto cuando piensa que las exigencias de la situación van más allá de sus propios recursos.

Estos autores 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).

Algunas de las críticas que se han venido haciendo a esta teoría son las siguientes:

- 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).

A modo de síntesis de lo comentado hasta aquí, se puede afirmar que 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» forman 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.

III.1.2. Estrés y conducta suicida

El estrés es un aspecto que se ha venido considerando en los estudios de suicidio, bien sea en los de naturaleza retrospectiva, los cuales tratan de medir qué y cuántos acontecimientos estresantes vivió el 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 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 sujetos². 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.

Los trabajos de tipo retrospectivo 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.

En esta exposición se comentarán los hallazgos más valiosos y consistentes de ambos tipos de acercamiento 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.

A. *Estrés como aspecto implicado en la predicción 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.

² Los defensores de esta concepción del estrés miden este aspecto a través de 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.

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 suicidarse) y población no suicida. Las diferencias entre ellos no debidas al azar facilitan la comprensión de aquellos factores relacionados con la conducta autodestructiva.

Los aspectos con los que se relaciona el estrés en su vinculación con el suicidio se clasifican en tres grupos: psicológicos, sociales, y conductuales y psicopatológicos.

Dentro de los *aspectos psicológicos* se incluyen aquellas variables individuales que afectan al modo en que el sujeto vivencia las situaciones de estrés; 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, etc.

Existen numerosos estudios que explican la predisposición al suicidio relacionando el estrés con *variables cognitivas* (Luscomb *et al.*, 1980), o estrategias cognitivas usadas por el sujeto para resolver una situación y que incluyen el modo de resolver problemas (Schotte y Clum, 1982; Schotte y Clum, 1987), la rigidez cognitiva, las distorsiones cognitivas (Bonner y Rich, 1987; 1988a; 1988b; Rich y Bonner, 1987a), el «locus of control» (Topol y Resnikoff, 1982). 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.

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.

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), Bonner y Rich (1987, 1988a), Rich y Bonner (1987a) Farmer y Creed (1989) y Rudd (1990) encuentran que la existencia de un alto número de sucesos estresantes aumenta la probabilidad de 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 y la ideación suicida está mediada por la depresión y la desesperanza.» (Rudd, 1990: 25-26)

Dentro de los *aspectos sociales* que se relacionan con el estrés y la conducta suicida se consideran 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.

Se puede encontrar numerosos trabajos que relacionan el estrés con el apoyo social (Rudd, 1990), con el sentimiento de soledad (Bonner y Rich, 1987; 1988a; Rich y Bonner, 1987a) y que conciben las relaciones con el entorno como un factor de vulnerabilidad al suicidio, en adolescentes (King *et al.*, 1990) y en personas diagnosticadas como depresivas (Stiffman, 1989; Slater y Depue, 1981). La mayoría de estos estudios concluyen que la coexistencia de estrés y la falta de apoyo social real o percibido aumenta el riesgo de suicidio.

Así, 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).

El estrés se ha visto relacionado, en su vinculación con el suicidio, con la inadaptación. Se incluyen dentro de *problemas de adaptación* tanto los problemas de conducta como las enfermedades psiquiátricas.

La existencia de estrés se ha vinculado a la aparición de *problemas de ajuste*, entendiéndose 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 en el escalamiento hacia el suicidio. Así, por ejemplo, se ha encontrado un aumento de conducta delictiva y una mayor ocurrencia de sucesos indeseables durante el año anterior a la realización de un intento de suicidio (King *et al.*, 1990) tanto en jóvenes (Stiffman, 1989) como en adolescentes (Dubow *et al.*, 1989).

Además de las investigaciones que relacionan el estrés con la depresión y la aparición de conductas-problema 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 *et al.*, 1982), y que han sido revisados por Paykel y Dowlatshahi (1988). Son numerosas 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).

En virtud de lo expuesto hasta ahora en lo que se refiere al estrés y a la relación de éste con el suicidio se puede llegar a dos conclusiones generales:

- Existe una relación interactiva entre el entorno y el individuo de tal modo 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.

B. *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 como factores importantes en la incidencia de la conducta suicida (Griffiths *et al.*, 1986). El propósito de este apartado es exponer, de forma más específica, 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.

Ozamiz (1988b) habla 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 frecuentemente vinculados con la conducta suicida. Dado que esta investigación estudia el compor-

tamiento autodestructivo en la adolescencia, son los sucesos ocurridos a los sujetos de esta edad los que más interesan.

La *pérdida parental* se da básicamente por tres motivos: muerte de alguno de padres, divorcio y separación. Son numerosas las investigaciones que han encontrado una alta incidencia de pérdida parental entre los adolescentes suicidas, tanto por muerte como por separación o divorcio (Hafen y Frandsen, 1986). Algunas investigaciones especifican la mayor incidencia de muerte parental entre las víctimas mortales de suicidio (Dorpat *et al.*, 1965), aunque 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).

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 y autodestrucción en la adolescencia es compartida por Teicher y Jacobs (1965), Ladame y Jeanerret (1982), Davis (1983), Pfeffer (1986), Curran (1987), Walsh (1987), McKeighen (1989) y Hawton (1989).

Son varios los estudios que prueban la importancia de la pérdida parental en la incidencia de conducta suicida (Kosky, 1983), importancia que, en ocasiones, puede explicarse por las consecuencias que dicha pérdida tiene en la estabilidad del ambiente familiar (Adam *et al.*, 1982), sobre todo si se carece del suficiente apoyo social (Wasserman y Culberg, 1989). Son numerosas las investigaciones que prueban la alta incidencia de «hogares rotos» entre los adolescentes suicidas: Cohen-Sandler *et al.* (1982); Garfinkel *et al.* (1982); Garfinkel y Golombeck (1983); Godwin (1986); Guillon *et al.* (1987); Kerfoot (1988); Diekstra (1989) y Pronovost *et al.* (1990).

Además de los «hogares rotos» propiamente dichos, 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 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 suicidio³; eso sí, matizando que

³ De hecho ZUNG (1986: 223), por ejemplo, incluye este aspecto en las variables sociales útiles para la identificación de «Alto Riesgo de Suicidio Potencial».

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.

La *conducta suicida en la familia* es otro de los sucesos vitales que se ha visto relacionado con el suicidio. Son varios los autores que defienden dicha conexión: Berman y Carroll (1984); Curran (1984); Kerfot (1979, 1988); McKenry *et al.* (1982); Hafen y Frandsen (1986); Guillon *et al.* (1987); así como Botbol *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 *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 Shaffer (1974), Davis (1983), Hafen y Frandsen (1986) y Guillon *et al.* (1987), quienes explican la conducta suicida a través del proceso de identificación.

Pfeffer (1986) y Hawton (1989) admiten la posibilidad de las dos explicaciones; esto es, abogan por la importancia de las relaciones padres-hijos sin negar la posibilidad de un componente genético. No se puede olvidar que 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.

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 el sexo, la raza, la edad, el nivel cultural, el estado civil, y algún tipo de desorden mental, tanto del sujeto 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 la familia y la conducta o tendencia suicida en la persona.

El padecimiento de una *enfermedad* importante, entendiéndolo 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 *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.

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. Esta enfermedad en los padres provoca unas situaciones muy estresantes con graves consecuencias para los hijos, entre las cuales se sitúa el suicidio (Meyer y Phillips, 1990). Todo ello sin olvidar la posible transmisión hereditaria de los trastornos mentales (Wilson, 1991).

Es un hecho constatable que, en nuestra sociedad, la *movilidad* ha aumentado en relación a sociedades pasadas (Hafen y Frandsen, 1986). Esta circunstancia obliga al niño o adolescente a romper relaciones interpersonales, con lo que pierde una parte importante de apoyo social al tiempo que ve aumentado el nivel de estrés (Teicher y Jacobs, 1965; Doan y Peterson, 1984).

Entre los investigadores que prueban y afirman la importancia de la *presión académica* en el suicidio están Kerfoot (1979; 1988), Peck *et al.* (1985), Guillon *et al.* (1987) y Stivers (1987)⁴. Garfinkel y Golombek (1983) 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 «suspense» 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 alto en las escalas de medición de la inteligencia (Delisle, 1986; Lester, 1991).

⁴ 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.

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 está terminando (Peck *et al.* 1985).

El *embarazo* no deseado es otro de los factores considerados precipitantes del comportamiento suicida. Gabrielson *et al.* (1970) y Otto (1972) 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 aumenta la tasa de suicidio, no es 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 y Peck (1987) incluye el desempleo entre las características del perfil de los suicidas.

Parece existir cierta relación entre estrés y suicidio, aunque 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 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. 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 aparición de conducta suicida. No se puede olvidar, sin embargo, 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, se ve afectada de un modo importante por la forma que tiene de afrontarlos y por las posibilidades que cree tener para superarlos.

El término afrontamiento —«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 afrontamiento con la conducta suicida.

III.2.1. Planteamientos teóricos

Lazarus y Folkman (1986a) presentan dos orientaciones tradicionales en el estudio del estrés, para pasar seguidamente a explicar su concepción del afrontamiento desde la perspectiva transaccional.

A. *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 que no considera aspectos tan importantes como los cognitivo-emocionales y que se centra sobre todo en la conducta de huida y evitación, dejando de lado otros tipos de afrontamiento de gran importancia (Lazarus y Folkman, 1986a).

B. *Modelo de la psicología 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 estable-

cen una *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. 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-intracectivo, 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. 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. 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 afrontamiento y la visión del afrontamiento 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 afrontamiento 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—. Ambos se influyen mutuamente y ninguno es jerárquicamente superior a otro; dependiendo del contexto específico, un modo de afrontamiento puede ser más conveniente que otro. Lazarus (1985) valora los mecanismos de defensa como formas de afrontar el estrés que pueden ser útiles y saludables en determinadas circunstancias.

Por contra, Carver *et al.* (1989) califican ciertos estilos de afrontamiento 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 estímulo estresante está interfiriendo.» (Carver et al., 1989: 269)

Las dimensiones «disfuncionales» del afrontamiento son, según Carver *et al.* (1989), 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 la falta de reconocimiento del problema.

Carver *et al.* afirman que, aunque en algunas situaciones concretas estos modos de afrontamiento pueden ser positivos, como estilos de afrontamiento transituacionales no favorecen el afrontamiento eficaz y activo. Por otro lado, estas dimensiones de afrontamiento correlacionan positivamente con ansiedad y negativamente con optimismo, autoestima, fortaleza, etc.

En la misma línea, Silver y Wortman (1980) se refieren al abuso de alcohol y drogas como estilos de afrontamiento ineficaces porque, además de aumentar el problema en cuestión, puede convertirse en un problema en sí.

C. *Modelo transaccional*

Lazarus y Folkman (1986a), 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 comentado anteriormente, el afrontamiento es una parte más de un proceso dinámico de interacción

entre un estímulo específico y el individuo influido por la evaluación que hace el sujeto tanto 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.

Dos son las críticas principales que puede hacerse a este modelo de afrontamiento. La primera se basa en la utilidad práctica para la terapia y la prevención del estudio de situaciones específicas no generalizables. La segunda se refiere a las 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; Krohne, 1986; Appley y Trumbull, 1986).

III.2.2. Delimitación conceptual y medición

Existe *terminología* muy variada y confusa relacionada con el afrontamiento debido, en parte, a las diferentes orientaciones teóricas 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.

Desde una perspectiva intermedia entre la orientación estructural del afrontamiento y la orientación dinámica, Pearlin y Schooler (1982) distinguen entre las respuestas específicas de afrontamiento 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)

En función de la generalidad de dichas respuestas se puede hablar de estilos y de esfuerzos de afrontamiento. Los *estilos de afrontamiento*, se definen como:

«... 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 es-

tilo de afrontamiento asumen, por definición, una tendencia relativamente estable y transituacional en la resolución de problemas.» (Menaghan, 1983: 159).

Los *esfuerzos de afrontamiento*, denominados por Lazarus y Folkman (1986a) «modos de afrontamiento» suponen...

«... 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).

Por su parte, 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). Dentro de los recursos se pueden diferenciar los recursos sociales y los recursos psicológicos.

Los recursos sociales:

«... están representados por las redes interpersonales de los que la gente forma parte.» (Pearlin y Schooler, 1982: 113)

En tanto que 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)

La definición que ofrece Menaghan (1983) de los recursos de afrontamiento supone la consideración de éstos como estrictamente psicológicos. Por su parte, Lazarus y Folkman (1986a) clasifican los recursos del afrontamiento según ciertas categorías, unas referidas al individuo y otras referidas al ambiente. Entre las primeras se citan la salud y la energía, las creencias positivas⁵, las técnicas de resolución de problemas y 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*, personales y ambientales. Los condicionantes personales hacen referencia a...

⁵ 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).

«... 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)

Las diferentes orientaciones teóricas determinan la elección de las distintas formas de *medición* del 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 se encuadra la medición de los estilos cognitivos, la habilidad en la resolución de problemas, etc. De otra forma, 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 cualquiera de las situaciones específicas con las que puede encontrarse. No se quiere decir con ello 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. 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.

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. 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 resumen, se puede afirmar que existen dos grandes enfoques en la consideración del afrontamiento, el enfoque estructural y el enfoque procesal. El primero defiende que el sujeto tiene una tendencia a afrontar las situaciones de estrés de una determinada forma. El segundo 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 dos aspectos con el suicidio.

En armonía con el enfoque estructural del afrontamiento, 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 afrontamiento 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.

A. 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. Los autores mencionados afirman que estas características se pueden encontrar en otros tipos de trastornos psicológicos y no solo en personas suicidas.

Neuringer (1982) encuentra que las mujeres suicidas que han realizado intentos con alto grado de letalidad tienen un estilo cognitivo caracterizado por una menor flexibilidad y una mayor polarización de pensamiento que las personas no suicidas.

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 borderline pueden considerarse indicadores de riesgo de suicidio (Hull *et al.*, 1990). Brent *et al.* (1993) confirma la predisposición de los adolescentes suicidas a presentar desórdenes de personalidad, sobre todo de tipo borderline.

Barry (1989) expone un modelo psicológico del suicidio y resume 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 rígidos⁶.

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 cierta vulnerabilidad: sentimientos y afectos negativos hacia múltiples aspectos de la realidad y de sí mismo y ciertos desórdenes de personalidad y de adaptación.

B. *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 rela-

⁶ Parte de las características aquí expuestas forman parte de lo que se ha clasificado en este libro como recursos y estilos de afrontamiento, así como condicionantes individuales que pueden dificultar dicho afrontamiento.

cionado 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 desembocar en actos de tendencia suicida.

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 pueden ser la dimensión flexibilidad-rigidez de pensamiento, o la dimensión dependencia-independencia de campo, que se consideran como «... *mecanismos por medio de los cuales la gente percibe, interpreta y reacciona a su ambiente.*» (Ellis, 1989: 11).

Numerosas investigaciones muestran que ciertas características cognitivas se encuentran más frecuentemente en individuos suicidas que en individuos sin tendencias autodestructivas.

Una de las características que se ha encontrado predominante en suicidas es la *rigidez cognitiva* (Neuringer, 1964). 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; Schotte y Clum 1982; Schotte y Clum, 1987). La rigidez cognitiva aparece, incluso, entre la población infantil (Orbach *et al.*, 1987) y adolescente (Rotheram-Borus *et al.*, 1990) con tendencias suicidas. Bonner y Rich (1987) 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. Sin embargo, no todos los estudios encuentran diferencias en el estilo cognitivo de suicidas y otros pacientes psiquiátricos (Wetzel, 1976).

Otra característica cognitiva que se ha visto relacionada con la conducta suicida es la *dependencia de campo*, aspecto vinculado al modo en que un individuo configura su percepción espacial. 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. Levenson y Neuringer (1974) concluyen en un 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. Por contra, Gosalvez *et al.* (1984) no confirman diferencias en torno a la dependencia de campo entre los suicidas y los no suicidas.

C. Recursos cognitivos y conducta suicida

Se agrupan bajo este título aquellas características psicológicas del sujeto que se piensa que aumentan la capacidad del sujeto para afrontar situaciones estresantes y, por tanto, disminuye la probabilidad de que desarrolle conducta suicida.

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 problemas⁷ y que dicha capacidad aumenta al superarse la crisis suicida (Schotte *et al.*, 1990; Perrah y Wichman, 1987). Este resultado se ha comprobado también para la población adolescente (Levenson y Neuringer, 1971) y en pacientes psiquiátricos (Hughes y Neimeyer, 1993).

Aplicando el tema de la resolución de problemas a las relaciones interpersonales, son varias las investigaciones que comprueban una deficiencia en la capacidad de solucionar problemas de relación social en las personas suicidas (Linehan *et al.*, 1987; Schotte y Clum, 1987). En lo que se refiere a la población adolescente, Ritter (1990) encuentra esta deficiencia entre los varones pero no entre las chicas, en tanto que Spirito *et al.* (1990) no encuentran diferencias en cuanto a las habilidades sociales entre un grupo suicida y un grupo control de adolescentes pacientes de un hospital psiquiátrico.

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. Se han encontrado resultados consistentes con la idea de que existe asociación entre la ideación suicida y la creencia de control (Sidrow y Lester, 1988) tanto en adultos como en adolescentes (Topol y Reznikoff, 1982). Se han recogido varias investigaciones que relacionan el «locus of control» con el suicidio y lo consideran uno de los predictores de la conducta autodestructiva (Allen, 1987). No obstante hay investigaciones que no confirman diferencias entre la población suicida y no suicida ni en jóvenes (Luscomb *et al.*, 1980) ni en adolescentes (Gosalvez *et al.*, 1984).

⁷ 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.

La conducta suicida es, en sí misma, un modo de afrontar una situación determinada que permite el escape o la evitación de dicha situación. En este campo específico del suicidio se ha encontrado 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*⁸. 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.

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, *et al.*, 1986). La importancia concedida a los valores de la vida (Myers, 1982) y a los distintos tipos de razones para vivir diferencia a los suicidas de los no suicidas tanto en poblaciones psiquiátricas como en poblaciones no clínicas (Linehan *et al.*, 1983), y en jóvenes estudiantes (Bonner y Rich, 1987, 1988a; Rich y Bonner, 1987a; y Kirkpatrick-Smith *et al.*, in press) y adolescentes (Cole, 1989a y 1989b). Su deficiencia, junto con otros factores de vulnerabilidad, predice el pensamiento de suicidio y caracteriza a los sujetos suicidas frente a los no suicidas.

Han aparecido diferencias por sexos entre adolescentes en la importancia concedida a las razones para vivir (Rich *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 hombres 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 propia eficacia para resolver dichos problemas 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.

⁸ En el modelo teórico socioindividual de la conducta suicida, la falta de razones para vivir es una de las características del «estado mental suicida». Al considerar que las razones para vivir son un recurso de afrontamiento adaptativo, se incluye aquí la explicación teórica de dicha variable.

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.

D. *Condicionantes cognitivos y conducta suicida*

Se incluyen bajo 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 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 *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. Las medidas de actitudes disfuncionales y de depresión contribuyen a la explicación de las puntuaciones en ideación suicida (Ranieri *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.

Bonner y Rich (1987) encuentran, como ya se ha expuesto 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 (Bonner y Rich, 1988a). 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.

Mark y Broadbent (1986) observan que las personas que han cometido un intento de suicidio presentan un retraso en el recuerdo de sucesos agradables.

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 opinión de 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.

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.

E. *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 se tiende a relacionar el suicidio con constructos estables a través de las situaciones, como los que se han expuesto hasta aquí.

Orbach *et al.* (1990) encuentran que los sujetos que han intentado o pensado suicidarse muestran menor versatilidad en las soluciones, menor confrontación directa, menor relevancia de las soluciones, menor afecto positivo y menor orientación hacia el futuro. 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. Los resultados indican que los sujetos con ideación suicida son menos proclives a generar estrategias de afrontamiento cognitivo activo. Esto sugiere que los suicidas tienen dificultades para generar espontáneamente estrategias cognitivas que regulen sus respuestas afectivas y conductuales al estrés.

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. Los resultados indican que los suicidas utilizan más frecuentemente la estrategia denominada «retirada de los demás» que el grupo control. Los 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 Kas-hani *et al.* (1989). Los resultados de su investigación indican que el uso de la agresión verbal como estrategia 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 tampoco es significativa ⁹.

Rotheram-Borus *et al.* (1990) comparan los estilos cognitivos y los modos de afrontamiento de un grupo de chicas adolescentes que habían realizado un intento de suicidio con dos grupos control, uno con trastornos psíquicos y otro grupo de chicas «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 *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 afrontamiento concretos y su relación con el suicidio se puede afirmar que se dan diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones específicas entre población suicida y población no suicida. Parece, por ejemplo, que los suicidas adoptan más frecuentemente

⁹ Los resultados de este estudio se deben considerar aproximativos, ya que están fundamentados 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.

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, lugar de 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.

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 propone que los sujetos menos eficaces 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 incluyen 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 socioindividual de la conducta suicida y en la «aplicación práctica», se va a proceder a la presentación teórica de las variables que forman el «estado mental suicida» dentro del modelo socioindividual de la conducta suicida.

Capítulo IV

Características psicológicas del «estado mental suicida»

Como se ha expuesto en la presentación del modelo socioindividual de la conducta suicida, los sujetos vulnerables al estrés pueden ser propensos a desarrollar, en situaciones conflictivas, un «estado mental suicida».

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. Seguidamente, 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 en el capítulo anterior.

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 afectar a las consecuencias del estrés en el sujeto. En verdad, la disponibilidad, real o percibida, del apoyo de las personas cercanas en

los momentos difíciles posibilita el afrontamiento al estrés a la vez que evita las consecuencias negativas del éste.

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.

En los subapartados siguientes se procede a una exposición de los enfoques teóricos en torno a estas variables. Tras la profundización teórica tanto en el apoyo social como en la soledad, se procede a la exposición de las investigaciones empíricas que relacionan ambos conceptos con el suicidio.

IV.1.1. Aproximaciones teóricas

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 este apartado 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 de soledad, se exponen las diferentes aportaciones de las distintas aproximaciones teóricas al concepto de soledad.

A. *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». Se pueden distinguir dos enfoques teóricos del estudio del apoyo social: el enfoque estructural y el enfoque funcional.

El *enfoque estructural* del apoyo social ha sido defendido principalmente a través del concepto «redes sociales» (Wellman, 1985). Desde esta perspectiva la red social es «... *el contexto en el cual están las recurrentes sociales.*» (Lieberman, 1982: 766)

El apoyo social viene determinado por las características de la red social tales como el tamaño, la densidad, la composición ... y la interco-

nexión de sus miembros, consideradas 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).

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 *et al.*, 1989; Silberfeld, 1978).

En el *enfoque funcional* 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, como el apoyo accesible a un individuo (Lin *et al.*, 1979), como la información que le lleva al individuo a creerse aceptado socialmente (Coob, 1976) y como «... *los recursos que son provistos a una persona por otros.*» (Cohen, Mermelstein *et al.*, 1985: 73), entre otras concepciones.

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 dan paso a dos visiones diferentes dentro del apoyo social, el apoyo real y el apoyo percibido.

La perspectiva del *apoyo social real* da prioridad a la ayuda que, de hecho, el sujeto recibe. Es un enfoque cuantitativo y objetivo del apoyo social. 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). Desde una perspectiva fenomenológica (Prociano y Heller, 1983), el factor más influyente en el ajuste saluda-

ble 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 ayuda que los miembros de nuestro entorno social nos pueden prestar varía según las necesidades del sujeto, la fuente de ayuda, las características de la situación, etc. Se han distinguido diferentes tipos de funciones del apoyo social. Siguiendo a House (1981), se puede hablar de 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 problemas 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.

Atendiendo a las fuentes de apoyo social, Cauce *et al.* (1982) distinguen 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».

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.

B. Modelos explicativos de la relación del apoyo social con el estrés y el bienestar

Como se ha expuesto en el capítulo anterior, 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 el desarrollo o no de desórdenes.

Se han planteado distintos modelos explicativos de la relación entre el apoyo social, el estrés y el bienestar. 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.

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 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. 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. Este submodelo se ha denominado «Efecto de Amortiguación Aditivo» (Wheaton, 1985) o «Modelo de Movilización del Apoyo Efectivo» (Barrera, 1988) en el que el apoyo social actúa como variable supresora o mediadora (Baron y Kenny, 1986).

El segundo sub-modelo corresponde a la versión más común del Modelo de Amortiguación del Estrés. 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. Este tipo de relación se ha definido como «Efecto de Amortiguación Interactivo» (Wheaton, 1985) o «Modelo de Amortiguación del Estrés» propiamente dicho (Barrera, 1988), en el que el apoyo social actúa como variable moderadora (Baron y Kenny, 1986)

El *Modelo de Efectos Directos* presenta la hipótesis de que existe una conexión directa entre el apoyo social y el malestar psicológico o físico que es independiente del estrés. La idea subyacente en este modelo es que los individuos tienen unas necesidades básicas de compromiso y afiliación (Barrera, 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 psicológico¹.

C. *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, el hecho 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.

La constatación, por una parte, de que el apoyo social ha sido extensamente estudiado en su relación con el estrés y el malestar y, por otra, de que la soledad se ha considerado una importante variable de vulnerabilidad en la ideación suicida, provocan el interés en este libro por los puntos de confluencia entre ambos conceptos.

Siguiendo a Rook (1985), 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, disminuyen la vulnerabilidad a desarrollar desórdenes bajo situación de estrés.

Rook (1985) 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

¹ Los modelos explicados han sido objeto de ciertas matizaciones que han dado lugar a otras propuestas teóricas. Entre ellas se pueden citar el «Modelo de Deterioro del Apoyo Social», el «Modelo de Prevención del Estrés». Son, por el momento, propuestas teóricas, sin demasiada comprobación empírica.

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...

La segunda característica diferenciadora entre el enfoque del apoyo social y el de la soledad descansa en el hecho de que, para Rook (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. 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.

D. *El concepto de soledad. Perspectivas teóricas*

La soledad es un sentimiento vivido y sufrido por muchas personas y está asociada con disfunciones en la salud física y mental, como pueden ser la depresión, el abuso de sustancias, el suicidio, 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 placentera².

Conviene precisar que con el término «soledad» nos referimos al estado de una persona que se siente sola, no a «estar 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.

Existen dos líneas explicativas diferentes de la 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.

² En la base de esta definición está una consideración cognitiva del concepto de soledad.

Por otro lado se encuentran las vertientes interaccionistas-bidimensionales que explican la soledad como función de ambas fuerzas: el individuo y la sociedad.

En la *orientación unidimensional* 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, asimismo, 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 auto-concepto 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 o 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.

La *perspectiva interaccionista-bidimensional* 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 esta perspectiva se van a distinguir dos aproximaciones, la tradicional y la cognitiva.

La *aproximación tradicional*, 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».

Las relaciones sociales con individuos dignos de confianza que pueden aconsejar y ayudar proporcionan al individuo una serie de aspectos tales como el compromiso, la integración social, la oportunidad de desarrollo, la seguridad en la propia valía, la unión fiable, y la guía (Russell *et al.*, 1984). En relación a las funciones que cumplen las distintas relaciones sociales, Weiss defiende la existencia de 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, que es el resultado de una falta de unión íntima y cercana a otra persona y la soledad social, que es resultado de la falta de una red de relaciones sociales (Russell *et al.*, 1984):

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 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.

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 (Peplau y Perlman, 1982).

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 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 explicado, 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 «estándar» 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).

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 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 prueben dichas propuestas. Una gran mayoría de ellas, a decir de Perlman y Peplau (1982), extraen sus formulaciones de la experiencia clínica; la mayoría de los teóricos consideran la soledad 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.

E. 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 correlatos³.

³ 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 tienen que ver con la soledad.

Los posibles *factores antecedentes* de la soledad son muy numerosos. Se pueden 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)

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.

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 es la persona 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 satisfactorios y, por lo tanto, mayor probabilidad de sentirse solos (Brennan, 1986).

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 segura 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 esta diferencia 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 del 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.

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 (Russell *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.

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 ha vinculado tanto el apoyo social como la soledad a la conducta suicida.

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.

A. Apoyo social real y conducta suicida

Se incluyen bajo este punto 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 las diversas situaciones como en la aparición de desajustes en dicho sujeto.

La orientación del *aislamiento social* está básicamente defendida por la perspectiva sociológica. Definen el aislamiento social como: «... 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 anomía⁴, 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).

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):

«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 como el suicidio anómico se derivan de lazos sociales deteriorados.

Se ha aplicado a la familia el concepto de anomía social acuñado por Durkheim (Wenz, 1979), encontrándose que las familias de los adolescentes suicidas muestran una mayor carencia de normas y de autoridad. 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 y McAnarney, 1979).

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

⁴ La anomía es definida por Neiger y Hopkins (1988: 471) como «... un sentido de debilidad y desaparición de las guías sociales -una falta de normas y estructura en la vida de una persona».

existe una frontera clara entre la niñez y la madurez. 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.

La segunda orientación, la *alienación «ambiental»* 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 *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. 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 aumenta 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 de saber si el ambiente familiar incide o no en la aparición de conductas suicidas entre este grupo de edad. Se han realizado, no obstante, pocas investigaciones empíricas sistemáticas para estudiar 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 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.

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 *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), el apoyo social recibido (a través de la estabilidad familiar) previene la conducta suicida.

La familia típica del adolescente suicida se caracteriza, además de por la presencia de más sucesos estresantes, 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), hostilidades y violencia (Connell, 1977), carencias afectivas e indiferencia (Botbol *et al.*, 1988; Taylor y Stansfeld, 1984), control excesivo (Douglas, 1980), ausencia de límites generacionales, relaciones conyugales conflictivas, inflexibilidad, relaciones simbióticas (Pfeffer, 1987), y problemas de comunicación con los padres (Hawton, Osborn *et al.*, 1982; Allberg y Chu, 1990). La ausencia de apoyo social emocional puede provocar un descenso de la autoestima y, con ello, mayor vulnerabilidad al suicidio (Brown, 1985). Por otra parte, las interacciones deterioradas dificultan el funcionamiento autónomo del niño (Pfeffer, 1986; Wade, 1987).

En el momento mismo de la crisis suicida las características típicas encontradas en la familia⁷ 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).

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 disciplinares inadecuadas e ineficaces (Petzel y Riddle, 1981), menor autoestima y una mayor depresión (Tishler y McKenry, 1982), mayor ansiedad, mayor consumo de alcohol y mayor frecuencia de pensamiento de suicidio.

⁷ La crisis suicida puede desencadenar ciertos comportamientos específicos, por lo que no se podría decir que estas características provocaran la conducta suicida.

Además del conocimiento de las características de las relaciones interpersonales que el sujeto establece con el entorno, no se pueden omitir las 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 *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 *et al.*, 1989)⁸.

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 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.

⁸ 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).

B. *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.

Los sujetos con pensamientos severos de suicidio perciben menor disponibilidad de apoyo familiar, escolar y global que los no suicidas (Dubow *et al.*, 1989). El poder predictivo de la percepción de conflictividad familiar (Brent *et al.* 1990), de falta de control (Asarnow *et al.*, 1987), de baja cohesión familiar (Michalik-Bonner y Rich, 1990) y de comunicación pobre (Stivers, 1988), se ha comprobado en la investigación (Langworthy y Yutrzenka, 1989).

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. 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.

Topol y Reznikoff (1982) afirman que los adolescentes suicidas perciben a sus familias como desajustadas, los pacientes no suicidas como algo desajustadas y los adolescentes del grupo control como bien ajustadas. 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 a un menor número de personas como portadores de apoyo que los no suicidas (King *et al.*, 1990). Además, la mayoría de los suicidas califican menos frecuentemente como personas de confianza a miembros de su familia. Los suicidas se diferencian de los no suicidas en la ausencia de una persona de confianza en la propia familia (Pronovost *et al.*, 1990). 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.

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 *et al.*, 1987 y Keit-

ner *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. 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 (Arcel *et al.*, 1991).

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 e indican tener 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.

C. Soledad y comportamiento suicida

El sentimiento de soledad y abandono se ha asociado frecuentemente con el comportamiento suicida y con variables relacionadas con él (Shapiro y Freedman, 1987; Buie y Maltzberger, 1989). Teniendo en cuenta que la adolescencia es el grupo de edad que más soledad experimenta (Hafen y Frandsen, 1986), es importante considerar 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 de sí mismo como ente separado y la aparición de necesidades de re-

laciones heterosexuales, como consecuencia de la maduración física emocional y psicológica (Hafen y Frandsen, 1986).

La soledad en la adolescencia va acompañada de baja autoestima, 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.

Rich y Bonner (1987a) confirman en un 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 puede aumentar el riesgo de ideación suicida por sí mismo. Encuentran que este factor junto con otros factores predictores combina su efecto con el estrés situacional, pero no interactúa, 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 *et al.* (in press) y Kirkpatrick-Smith *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.

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 importante 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 entre la soledad y el estrés.

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 en 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 realizan 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 el 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), en una investigación con población reclusa, 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 conducta suicida 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 comentado 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 tiene 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 en unas 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 más adelante, la depresión suele llevar asociadas tres características cognitivas esenciales. A saber, una visión negativa del mundo, del futuro —desesperanza— y de sí mismo —autoestima—.

No se puede ignorar 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.

No es objetivo de este libro 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. No se ha hallado apoyo suficiente, ni conceptual ni empírico para la distinción entre autoconcepto y autoestima (Elexpuru y Garma, 1992b; Villa y Auzmendi, 1992).

IV.2.1. Aspectos teóricos del autoconcepto

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.

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. Desde esta perspectiva «*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). El individuo percibe solamente aquello que no le supone conflicto con ideas y situaciones incompatibles.

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 está 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 se ha dicho, 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), Rodríguez Tomé (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.

Byrne (1984) distingue 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 defiende 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 de las facetas que componen el sí mismo (Elxpuru y Garma, 1992b) y se reconoce el modelo de Shavelson *et al.* (1976), así como sus revisiones, el más probado empíricamente.

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.» (Elxpuru y Garma, 1992b: 37)

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 de 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 del autoconcepto. Los modelos fenomenales permiten un contacto más estrecho con los contenidos perceptuales e intentan sintetizar y estructurar la información sobre sí mismo identificando sus elementos, relaciones e interrelaciones y sus niveles de organización y generalización a través de análisis cualitativos. Por su parte, los métodos de validez de constructo suponen una aportación constructiva a la investigación del autoconcepto, posibilitando un análisis profundo de sus dimensiones y facilitando el conocimiento de sus estructura interna y sus relaciones con otros constructos y conductas. Por último, los modelos cognitivos proporcionan definiciones operacionales de la estructura y contenidos del autoconcepto que posibilitan la exploración del sí mismo como regulador y mediador de la conducta.

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.

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 5 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.

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 en 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 circunstan-

cia 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 para 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 mismo 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 afianzado, debido a su mayor personalización.» (L'Ecuyer, 1985: 127)⁹

Konopka (1983) afirma que la independencia emergente, la reevaluación de los valores, y la madurez sexual en la pubertad coloca al 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, Marroquín (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, la segunda destreza es la personaliza-

⁹ 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.

ción y la tercera, la iniciación. Es importante que el profesor muestre interés real por el alumno, que penetre en el modo de percibir del alumno y que sea capaz de operacionalizar la meta del alumno.

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 entre autoconcepto y 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. 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 reciente¹⁰. 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 autodestrucción las mujeres de clase social alta.

Firestone y Seiden (1987), desde una perspectiva psicoanalítica, opinan que el microsicidio¹¹ y las conductas autodestructivas derivan de

¹⁰ 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)

¹¹ Firestone y Seiden (1987: 31) utilizan el término «microsuicidio» para referirse a «*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*»

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 paternas de rechazo.

Relacionado con el autoconcepto pero vinculado al desarrollo aparece el término «la identidad del yo». Bar-Joseph y Tzurriel (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 prevé y desea el daño; «tradeoffs», en los que el daño es previsto pero no deseado; y, por último, las estrategias contra-productivas, en las cuales el daño no es previsto ni deseado. Pues bien, Baumeister y Scher 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. 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 conocimiento de sí negativo y de los afectos, también negativos, que este conocimiento genera.

La «teoría del escape» propuesta por este autor presenta seis etapas hasta la consecución de la conducta autodestructiva. En primer lugar, unas severas experiencias 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.

Con esta idea 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 una 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 infravaloración de la propia capacidad 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 la percepción de 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 al consumo de drogas (Harlow *et al.* 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 indicadores 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, se puede afirmar que el desarrollo de la autoestima es un modo de prevenir el suicidio (Sanborn, 1990; Stivers, 1990).

En definitiva, aunque no todos los estudios lo confirmen (Simons y Murphy, 1985), se puede concluir 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 él para modificarla, hacen que la medición del autoconcepto suponga un paso más en favor de la prevención de la conducta suicida.

IV.3. DEPRESION Y SUICIDIO

Como se ha venido explicando a lo largo de este libro, el modelo socioindividual de la conducta suicida propone que el sujeto con tendencia suicida tiene unas características psicológicas determinadas que forman el «estado mental suicida». Se han presentado dos de estas características, a saber, la soledad y el autoconcepto. En este apartado se presentan las otras dos: la depresión y la desesperanza.

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.

IV.3.1. En torno a la depresión

La depresión está tan extendida en las sociedades occidentales actuales que se ha denominado la «enfermedad del siglo» (Polaino-Lorente, 1985). Por otro lado, el número de enfermos depresivos es mucho mayor que el número de pacientes depresivos que son tratados y atendidos como tales (Seligman, 1981; Alonso-Fernández, 1988).

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-Fernández, 1988).

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 denominado y clasificado de muy diferentes maneras¹². 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 (Beck, 1973; Mendels, 1982).

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 distingue cuantitativamente (para los ambientalistas) o cualitativamente (para los biólogos) de la tristeza y bajo estado de ánimo (Alonso-Fernández, 1988).

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.

La depresión como una *entidad clínica* supone la consideración de aspectos longitudinales tales como el momento de aparición de la enfer-

¹² 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).

medad, y su evolución. La depresión normalmente tiene un inicio claramente definido, una 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 este apartado 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 comentan, asimismo, los diferentes criterios de clasificación de los trastornos afectivos.

Esta exposición panorámica del conocimiento general actual sobre la depresión, dará paso a la presentación de los diferentes estudios que relacionan esta afección con la conducta suicida.

A. *Tipología 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 estudio.

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 y 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 se perciben diferencias entre ambos tipos. Por ejemplo, una mayor actividad de la monoaminooxidasa en las plaquetas en los bipolares. Se han visto, asimismo, diferencias en la respuesta terapéutica a ciertos fármacos y en observaciones fisiológicas. En definitiva, parece que 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).

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».

Diversas investigaciones indican 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).

Esta distinción ha planteado muchos problemas, en torno, principalmente a la posibilidad real de distinguir ambos tipos de depresión¹³. 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 que algunas depresiones secundarias sean totalmente independientes de la enfermedad previa (Ayuso y Saiz, 1981). No hay resultados concluyentes respecto a la validez de esta distinción. Es decir, puede ser interesante con fines de investigación pero, quizás no tanto en el campo clínico a la hora de predecir la evolución, la respuesta al tratamiento o la tasa de prevalencia familiar (Andreasen, 1985).

¹³ 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.

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 psicótica¹⁴. Alonso-Fernández (1988) define la depresión endógena como determinada genéticamente y situacional —equivalente a reactiva— como determinada principalmente por circunstancias problemáticas o traumatizantes.

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.

A tenor de lo expuesto referente a los tres grandes criterios de clasificación: unipolar-bipolar, primario-secundario, endógeno-reactivo, se puede concluir que el primero (unipolar-bipolar) es el 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 porque es difícil encontrar tipos puros de cualquiera de ellas.

B. *Sintomatología de la depresión*

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 (Hamilton, 1985). Siguiendo a Beck (1973), se distingue entre las manifestaciones emocionales, cognitivas, motivacionales, 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 paciente o en la conducta que se derivan de los cambios en el sentimiento. Beck (1973) incluye en las manifestaciones emocionales

¹⁴ En el contexto clasificador, no se entiende «psicótica» en 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.

el abatimiento del humor, los sentimientos negativos hacia sí mismo, la disminución de la gratificación, pérdida de las ataduras emocionales, 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) (Mendels, 1982; Ayuso y Saiz, 1981; Hamilton, 1985; Alonso-Fernández, 1988).

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. 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. Mendels (1982), Seligman (1981) y Hafen y Frandsen (1986) afirman que el depresivo se siente ineficaz y tiene un autoconcepto muy bajo.

En lo que atañe a las *manifestaciones motivacionales*, los depresivos se caracterizan por una ausencia de motivación y por elegir la pasividad frente a la actividad. La manifestación extrema de este «escapismo» es el suicidio (Hamilton, 1985; Alonso-Fernández, 1988).

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 (Beck, 1973; Mendels, 1982). En algunos casos de depresión aparecen delirios y alucinaciones con temáticas relacionadas con la autculpa, 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-Fernández (1988: 31), una «ritmopatía»¹⁵.

Ayuso y Saiz (1981) 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—, an-

¹⁵ 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).

siedad somática y todas las formas de delirio y la mímica. Por el contrario, los síntomas que no presentan dependencia cultural son fundamentalmente los somáticos: alteración del sueño, pérdida del apetito, disminución del peso, variación nictameral, y pérdida de la potencia sexual.

Polaino-Lorente (1985) afirma a este respecto que las depresiones psicóticas tienen 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 (Ayuso y Saiz, 1981; Polaino-Lorente, 1985).

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).

En resumen, 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 destacan los trastornos del sueño, del apetito y la presencia de ciertos dolores y malestar.

C. Modelos explicativos de la depresión

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, entendiendo «modelo» como un modo simplificado de entender, explicar y comprobar una realidad (Rojas, 1982; Polaino-Lorente, 1985). 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.

No todos los «modelos» que vamos a exponer a continuación lo son propiamente. Por ejemplo, los modelos psicoanalíticos carecen, por el momento, de posibilidad de comprobación empírica. No obstante, se presentan aquí por su importancia histórica en el estudio de la depresión.

Los modelos de la depresión que se van a exponer son los siguientes: modelos psicoanalíticos, biológicos, animales y conductuales, modelos cognitivos y modelos integrados.

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 una reacción a la pérdida del ser amado o de una abstracción equivalente acompañada 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.

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 inflacionista); 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 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 trastorno depresivo 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.

Hay autores que critican la existencia de la depresión como tal en estas edades tan tempranas (Ariety y Bemporad, 1981). Kazdin (1990) afirma al respecto que la depresión es un síndrome clínico que puede diagnosticarse en niños y adolescentes. Para Garfinkel (1986) y Brent (1990), las manifestaciones depresivas infantiles son perfectamente equivalentes a las adultas.

Son muchas las críticas que han recibido las teorías psicoanalíticas explicativas de la depresión. Se citan a continuación las planteadas por Polaino-Lorente (1985):

- La continua apelación al inconsciente como un *vis a tergo* que re-
vierte 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 cientí-
fico.
- El uso de términos metapsicológicos y de afirmaciones meta-
científicas, que no son susceptibles ni de verificación ni de refu-
tación.

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 agresividad dirigidas 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.

Se incluyen dentro de los *modelos biológicos* todas aquellas explica-
ciones de la depresión basadas en los componentes físicos y biológicos
de la depresión. Son muy numerosos los estudios que, desde esta pers-
pectiva, se han realizado de los trastornos afectivos. Sin embargo, no es
objetivo de este libro la exposición exhaustiva de ellos. Teniendo en
cuenta que la perspectiva de este estudio es fundamentalmente psicoso-
cial, la presentación de algunos de los modelos biológicos cumple el ob-
jetivo de ofrecer una visión general de los múltiples enfoques explicati-
vos que existen sobre la depresión¹⁶.

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 (Polaino-Lorente, 1985).

Los estudios neurofisiológicos centrados en la actividad electroder-
mica o conductibilidad de la piel concluyen que las depresiones psicóti-
cas o endógenas 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

¹⁶ Se remite al lector interesado en este campo a las revisiones realizadas por Mendels (1982: 109-142), Alonso-Fernández (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 *et al.* (1986: 79-1039), entre otros.

amplitud. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en este aspecto inciden otras variables, como por ejemplo, la edad.

Los estudios 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 REM¹⁷ es más corto entre los depresivos, y, por otro, que se dan algunas diferencias en la densidad del sueño REM según el tipo de depresión, aunque, como en el caso anterior, la edad es una de las variables que incide también en este aspecto.

La aplicación de potenciales evocados al estudio de la depresión ha 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 neurotransmisores¹⁸ del Sistema Nervioso Central y de las hormonas. 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. Por un lado, la hipótesis catecolaminérgica sostiene que en ciertas depresiones hay un déficit de catecolaminas (en concreto, de noradrenalina) en 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 endorfinico, más que un déficit o exceso de

¹⁷ 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).

¹⁸ Los neurotransmisores son sustancias mediadoras que intervienen en la transmisión del impulso nervioso a través de las neuronas. 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.

una de las sustancias concretas es posible que en algunas depresiones tengan lugar ciertas descompensaciones entre los sistemas (Zis y Goodwin, 1985).

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 (Sachar, 1985).

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. Reich *et al.* (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. En segundo lugar, 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. Por último, 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.

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 (Lewinson, 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 reforzamientos —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.

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.

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 depresógenas y ciertos agentes farmacológicos; su pretensión es poder predecir ciertas reacciones en función de lo ejemplificado en el modelo. 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. Entre los modelos con potencial validez de constructo se pueden citar los siguientes: la indefensión

aprendida, el estrés crónico impredecible, los 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 presentan 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—, disminución de la agresión, pérdida de apetito y cambios fisiológicos (Seligman 1981)¹⁹.

Las críticas que se han argüido al modelo de indefensión aprendida, son la extrapolación de las conclusiones del modelo animal al hombre, la falta de analogía entre la indefensión aprendida y la complejidad de las depresiones endógenas, así como el reduccionismo (Polaino-Lorente, 1985)²⁰. Además, la validez de constructo del modelo de indefensión aprendida no ha sido probada correctamente (Willner, 1985).

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.

Los modelos animales 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. No obstante, no se puede olvidar que los resultados obtenidos a tra-

¹⁹ 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)

²⁰ El modelo de la indefensión aprendida se ha visto completado y revisado por Abramson *et al.* (1980: 3-34), por Weiner 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.

vés de la experimentación animal no pueden extrapolarse a la depresión humana sin cierta cautela.

Los *modelos cognitivos* de la depresión estudian los estilos perceptuales y atribucionales²¹, así como el sistema de creencias que subyace 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 *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 *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 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 continuar²².

Se considera que las personas deprimidas, a diferencia de los sujetos no deprimidos, 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.

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 «self-monitoring», la autoevaluación y el autorreforzamiento²³. 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 ba-

²¹ El estilo perceptual se refiere a la forma en que una persona tiende a percibir la realidad. El estilo atribucional atiende a la forma en que la persona atribuye la causalidad de las situaciones.

²² Este último concepto es lo que se denomina desesperanza con respecto al futuro, aspecto central tanto en algunas depresiones como en el suicidio.

²³ «El “self-monitoring” tiene que ver con el grado 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.

jas de reforzamiento y a un «self-monitoring» 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, las 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.

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).

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). 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 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, en tanto que los sujetos no depresivos presentan distorsiones tanto en las percepciones inmediatas como en los recuerdos (Alloy y Abramson, 1988).

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 correc-

ta. 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 (Alloy y Abramson, 1988).

La tercera gran teoría cognitiva de la depresión es la ya mencionada teoría de la *indefensión aprendida*, 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 (Seligman, 1981)

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 depresión*.

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 «lugar de 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 en función de tres dimensiones: interno-externo, estable-inestable y global-específico²⁴. Así, el problema de las diferencias individuales queda resuelto con la distinción entre indefensión universal y personal²⁵:

²⁴ Un análisis atribucional es el estudio de las características y dimensiones de las causas a las que se atribuyen la ocurrencia de ciertos sucesos. 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).

²⁵ 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 la baja autoestima de los sujetos deprimidos.

«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 las 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 (Abramson *et al.*, 1980).

Abramson *et al.* (1980), Alloy y Abramson (1980) y Alloy *et al.* (1988) 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. Los teóricos de la desesperanza defienden que la depresión es un desorden heterogéneo y que es posible que otros factores puedan ser causas suficientes de la 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)

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 positi-

vos o ausencia de negativos, las personas con estilo atribucional depresógeno no tienen tanta probabilidad de desarrollar desesperanza y, por lo tanto, depresión²⁶.

Bonner y Rich (1988b, 1991a, 1991b) en una muestra de presos confirman 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.

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.

En función de los modelos cognitivos expuestos, 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, fruto de la combinación de dos o más de los presentados hasta aquí.

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).

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.

²⁶ 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 este libro.

La mayoría de los modelos integrados se pueden encuadrar dentro del enfoque de los modelos de vulnerabilidad al estrés. La *tesis básica* de estos modelos es, como se ha explicado 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 distintos *factores de vulnerabilidad*. Así, por ejemplo, la teoría de la desesperanza, entre otras, se centra en variables cognitivas al hablar de las características de los sujetos, tales como la atribución, las expectativas, la autoestima, etc. (Janoff-Bulman y Hecker, 1988).

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). 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.

Otro de los posibles factores de vulnerabilidad al estrés es el apoyo social (Brown y Harris, 1978).

Rich y Bonner (1987b) investigan ciertas variables de vulnerabilidad al estrés en el desarrollo de la depresión. Encuentran que los sentimientos de soledad y la ineficacia percibida 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. 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. 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.

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 im-

portantes; 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 joven 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 genética como un factor más de predisposición. 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.

En resumen, 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 afron-

tamiento 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.

IV.3.2. **Relación entre depresión 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 un tercer apartado se exponen los distintos estudios que investigan la importancia comparativa de la desesperanza y de la depresión en su relación con el suicidio.

A. *El diagnóstico de depresión 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 la tendencia suicida se considera uno de los síntomas específicos de la depresión (Alonso-Fernández, 1988). 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 (1973, 1983) conceptualiza los deseos de suicidio como manifestaciones motivacionales de la depresión que correlacionan con la intensidad y severidad de la depresión. De la misma manera, Ayuso y Saiz (1981) hablan de la conducta autoagresiva como uno de los aspectos clí-

nicos de la depresión surgidos como consecuencia de un sentimiento de desesperanza. Según estos autores, la conducta autodestructiva puede oscilar desde el simple deseo de morirse, a las verdaderas tentativas de suicidio.

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-Fernández, 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-Fernández, 1988).

Ciertos actos de suicidio se pueden entender como resultado de una deficiencia en el sistema hiposerotominérgico que impide la acción sedativa (Alonso-Fernández, 1988). El acto suicida se entiende en este contexto como un acto impulsivo biológicamente determinado. No obstante, el propio Alonso-Fernández afirma que, entre los depresivos, hay otros factores que influyen en la aparición o no de conductas autodestructivas.

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.

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. De hecho, a través de la autopsia psicológica, entre un 63% y un 76% de la víctimas de suicidio se puede diagnosticar de «desorden afectivo» (Brent y Kolko, 1990a).

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, asimismo, con conducta suicida.

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.

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.

Ante la importancia, asentada 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 están poniendo sustancias letales a disposición del depresivo. 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 tal 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, abuso de sustancias o desorden de conducta. Al menos la mitad tiene una historia previa de amenazas o intentos de suicidio (Brent, 1990).

Brent *et al.* (1990) comparan un grupo de adolescentes suicidas con desórdenes afectivos 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 *et al.* (1988) observan entre los adolescentes que han cometido suicidio 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. El pensamiento de suicidio puede ser un barómetro de la severidad de la depresión en muchos jóvenes (Carlson y Cantwell, 1982).

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 (Hoberman y Garfinkel, 1984). 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).

Son numerosas las investigaciones que confirman la relación de los desórdenes afectivos, sobre todo de la depresión, con la conducta suicida de niños y adolescentes, tanto con el intento (Pfeffer *et al.* 1983; Pfeffer *et al.*, 1989; Pfeffer *et al.*, 1984; Kienhort *et al.*, 1990b) como con el pensamiento (Smith y Crawford, 1986; Brent *et al.* 1986). No en vano se han encontrado claros signos vegetativos y otros signos depresivos entre este grupo de población suicida (Tishler *et al.* 1981; Taylor y Stansfeld, 1984; Robbins y Alessi, 1985).

El abuso de drogas y de alcohol constituye otro diagnóstico asociado a la depresión y el suicidio (Clark *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, sería conveniente para la prevención del suicidio, estar atentos a los signos de desorden afectivo mostrados por los adolescentes (Dubow *et al.* 1990; Ladame y Jeanneret, 1982; Golombek y Marton, 1989).

Además del abuso de sustancias hay que incluir el desorden de conducta (Apter *et al.*, 1988) y la conducta delictiva (Simons y Murphy, 1985), como aspectos asociados a la conducta suicida. Por su parte,

Pfeffer *et al.* (1982) encuentran cinco diagnósticos que correlacionan con tendencia suicida 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, 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 desórdenes afectivos, son más los hombres que cometen suicidio (Hankoff, 1985).

En resumen, parece confirmarse 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 de personas deprimidas que no se suicidan y personas suicidas que no están diagnosticadas de depresión (Broksbank, 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.

B. *La depresión 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 expuesto, ni todos los depresivos se suicidan, ni todos los suicidas son depresivos. Se hace 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, en tanto que 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) 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 de vulnerabilidad al 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 malestar 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 que 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 *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 la 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 significatividad²⁷. Algunas investigaciones indican que la hostilidad es un factor que explica mejor que la depresión los «envenenamientos deliberados» (Farmer, 1987).

Además de la importancia de la depresión en la explicación de la conducta suicida, se pueden añadir otros aspectos explicativos de la conducta suicida tales como la desesperanza y las actitudes disfuncionales (Ranieri *et al.*, 1987), las cogniciones y las características adaptativas (Ellis y Range, 1989b), la conducta suicida anterior (Bonner y Rich, 1989), y la percepción de la familia (Keitner *et al.*, 1987; Keitner *et al.* (1990).

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 adolescentes que amenazan, intentan o comenten suicidio indica que los síntomas afectivos o depresivos y las circunstancias familiares adversas, son los dos aspectos que mejor describen a este grupo de población suicida (Shaffer y Fisher, 1981 y Pfeffer, 1981). Brent *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 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 *et al.*, in press). Rich *et al.* (in press)

²⁷ Estos resultados se deben analizar con cautela debido al escaso número de sujetos (n = 60) que constituyen la muestra del estudio.

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), Allen (1987) y Langworthy y Yutrzenka (1989) 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.

Miller *et al.* (1982) estudian los aspectos que explican el intento de suicidio en una población de delincuentes de edad adolescente. 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 *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 como factor precipitante que desencadene distinto tipo de comportamiento autodestructivo en personas deprimidas.

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 subapartado siguiente se presentan los resultados de las distintas investigaciones realizadas al respecto.

C. *La desesperanza y la depresión. Relaciones comparadas con el suicidio*

La desesperanza 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 mismo 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)²⁸.

La vinculación de la desesperanza con el suicidio ha dado lugar a un gran número de investigaciones. Por citar algunos, Beck *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 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.

Son muchos los autores y estudios que comparten y confirman la relación de la desesperanza con las diferentes formas de conductas auto-destructivas. Algunos de ellos defienden que la depresión y la desesperanza están presentes en los individuos suicidas, otros confirman que una

²⁸ La importancia de la desesperanza en la predicción de suicidio queda sintéticamente reflejada en el título de la obra de Keir (1986) *I can't face tomorrow* («No puedo afrontar el mañana») donde se estudian las características de personas suicidas y el modo de ayudarlas.

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 una misma dimensión la depresión, la ineficacia autopercebida, la soledad y la desesperanza. 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.

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 (Rich y Bonner, 1987a). Este resultado es confirmado en otro estudio realizado por Bonner y Rich (1989) en una muestra de población reclusa: la combinación de ideación actual de suicidio y desesperanza da cuenta del 59% de varianza de la conducta suicida futura anticipada por el propio sujeto.

Otro estudio posterior (Kirkpatrick-Smith *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 *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, la intención suicida se relaciona más consistentemente 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 *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) que

concluye 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)

En la misma línea, 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.

Por su parte, Dyer y Kreitman (1984) confirman que tanto la depresión como la desesperanza correlacionan 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 *et al.* (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 Yutzenka (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.

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 *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 desesperanzados de los suicidas.

Rotheram-Borus y Trautman (1988) comprueban que un grupo de adolescentes que habían cometido un intento de suicidio tiene altos niveles de desesperanza y depresión. Sin embargo, no está más desesperanzado que el grupo no suicida. Las correlaciones entre depresión y desesperanza no son significativamente diferentes entre los grupos y no predicen la intención suicida.

Por su parte, Brent *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 *et al.* (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 estudios 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 (Curran, 1987).

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 socioindividual de la conducta suicida.

Dos han sido los objetivos básicos de esta revisión teórica que constituye los cuatro primeros capítulos. 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 propuesto como en la «aplicación práctica» del mismo; en definitiva, ofrecer una fundamentación teórica de las hipótesis del trabajo.

La segunda parte de esta obra, 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 de suicidio.

Capítulo V

Aspectos metodológicos de la aplicación práctica del modelo socioindividual

La «aplicación práctica» del modelo psicosocial de la conducta suicida supone la comprobación de ciertas hipótesis contenidas en dicha propuesta teórica. En este capítulo se incluyen las hipótesis de trabajo, y aspectos metodológicos tales como el diseño y composición de la muestra, el procedimiento, los instrumentos de medición y el tratamiento de los datos.

V.1. HIPOTESIS

La comprobación de la «aplicación práctica» del modelo socioindividual de la conducta suicida se realiza a través de la formulación de tres hipótesis principales. Algunas de ellas se desglosan en varias subhipótesis que se van a comprobar para su aceptación o rechazo a través de diversos análisis estadísticos.

V.1.1. **El estado mental suicida según el nivel de estrés y afrontamiento**

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 UTILIZA-

CIÓN DE AFRONTAMIENTO TANTO CONSIDERADO ESTE COMO TOTALIDAD COMO CONSIDERADO DE MODO ESPECÍFICO

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».

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:

- Subhipótesis I.1:** El nivel de «estado mental suicida» es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento general.

La subhipótesis I.1 se estudia para el «estado mental suicida» en general y para cada una de las variables que lo componen, soledad, depresión, desesperanza, autoconcepto y razones para vivir.

La división del afrontamiento en dos 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 (**Subhipótesis I.1**), o si lo importante es el modo de hacerlo (**Subhipótesis 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:

—**Subhipótesis I.2:** El nivel de «estado mental suicida» es diferente en función del nivel de estrés y del nivel de utilización de afrontamiento adaptativo y maladaptativo.

Al igual que en el caso anterior, en esta subhipótesis se considera el «estado mental suicida» como un todo y las variables que lo componen.

V.1.2. **El pensamiento de suicidio en relación al nivel de estrés y afrontamiento**

A través de la hipótesis II se pretende comprobar si el pensamiento de suicidio es diferente en 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 FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS Y DE LA UTILIZACIÓN 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 (**Subhipótesis II.1**) como para los dos estilos de afrontamiento diferentes (adaptativo y maladaptativo) (**Subhipótesis II.2**).

—**Subhipótesis II.1:** El grado de pensamiento de suicidio es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento general. Esto es así 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».

—**Subhipótesis II.2:** El grado de pensamiento de suicidio es diferente en función del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento adaptativo y maladaptativo. Esto es así 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».

V.1.3. Explicación y predicción del pensamiento de suicidio

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 AFRONTAMIENTO 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.

V.2. MUESTRA

Este apartado recoge el proceso de muestreo diseñado en este estudio y la descripción de la muestra utilizada en relación a diferentes datos sociodemográficos.

V.2.1. 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: 1º, 2º, y 3º de BUP, 1º y 2º de REM de primer ciclo y 1º curso de REM del segundo ciclo, así como los dos cursos de FP de primer ciclo y el 1º 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.

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

| | REM | BUP | FP | TOTAL |
|-------------------------|-------|--------|--------|--------|
| BIZKAIA | 7.947 | 36.754 | 26.780 | 71.481 |
| COMARCA | | | | |
| Arratia-Nervión..... | 54 | 528 | 595 | 1.177 |
| Gran Bilbao..... | 5.215 | 31.089 | 23.560 | 59.864 |
| Duranguesado | 1.939 | 1.563 | 1.047 | 4.549 |
| Encartaciones..... | 0 | 759 | 516 | 1.275 |
| Guernica-Bermeo..... | 250 | 1.403 | 491 | 2.144 |
| Marquina-Ondárroa | 428 | 516 | 339 | 1.283 |
| Plencia-Munguía..... | 61 | 896 | 232 | 1.189 |

En función de los datos de la población, se selecciona una muestra proporcional por comarca y tipo de estudios (BUP, REM/FP¹), siendo el alumno la unidad de muestreo.

Una vez determinado el número teórico de alumnos de la muestra 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.

¹ 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 debe al 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.

La muestra del estudio que nos ocupa está compuesta por 1033 sujetos, cuya distribución por tipo de estudios y comarca es la siguiente:

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

| | BUP | REM/FP | TOTAL |
|--------------------------|-----|--------|-------|
| BIZKAIA | 529 | 504 | 1.033 |
| COMARCA | | | |
| Arratia-Nervi6n..... | | 17 | 17 |
| Gran Bilbao..... | 474 | 398 | 872 |
| Duranguesado | 27 | 36 | 63 |
| Encartaciones | | 19 | 19 |
| Guernica-Bermeo..... | 28 | | 28 |
| Marquina-Ond6arroa | | 19 | 19 |
| Plencia-Mungu6a | | 15 | 15 |

El error muestral, si quisi6ramos extrapolar los resultados a la poblaci6n de adolescentes escolarizados de Bizkaia, caso de que el muestreo hubiera sido estrictamente aleatorio, girar6 en torno al $\pm 3\%$, para un nivel de confianza del 95,5% y «p» y «q» igual a 50.

V.2.2. Descripci6n 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 est6 matriculado en colegio p6blico 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 a6os, 273 (26,4%) cuentan con 15 a6os. Con 16 a6os 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 a6os.

En definitiva, la muestra tiene un porcentaje algo mayor de mujeres que de hombres y hay un mayor n6mero de estudiantes de colegios privados, siendo pocos los alumnos de ikastola. La edad m6s representada en el colectivo seleccionado es la correspondiente a los 16 a6os.

V.3. 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.

V.4. 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 ítems que las componen.

V.4.1. Cuestiones de identificación y académicas

Para cada respondente, se recoge el *tipo de centro* al que pertenece (privado, público o ikastola), el código del *colegio* al que pertenece y la *comarca* 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 académi-

cos, como, por ejemplo, las asignaturas suspendidas en Junio del año anterior, como forma de «operativizar» el *rendimiento académico*:

—¿Cuántas asignaturas suspendiste en Junio del año pasado?

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 ...

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:

1. Muy mal estudiante
2. Bastante mal estudiante
3. Ni buen ni mal estudiante
4. Bastante buen estudiante
5. Muy buen estudiante

V.4.2. Estrés

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)².

El cuestionario «Life Events Checklist» es un instrumento diseñado específicamente para la población adolescente basado en el cuestionario

² 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.

para adultos «Life Experiences Survey» (Sarason *et al.*, 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. 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. 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.

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 = Sí; 0 = No), y, caso de ser experimentado, tipo de suceso (1 = Buen; 2 = Malo) y grado de influencia (1 = Nada; 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
2. Nacimiento de un hermano o hermana
3. Enfermedad o lesión grave de algún familiar o amigo íntimo
4. Divorcio o separación de los padres
5. Riñas fuertes entre los padres
6. Alguno de mis padres bebe demasiado
7. Pérdida de trabajo de uno de los padres

8. Muerte de algún familiar o amigo íntimo
9. Nueva madrastra o padrastro
10. Uno de mis padres ha tenido problemas con la policía
11. Alguno de mis padres me ha pegado o golpeado
12. Perder un amigo íntimo
13. Chico: dejar embarazada a una chica
Chica: quedarse embarazada
14. Empezar a tomar drogas
15. Mayor número de peleas con los padres
16. Enfermedad o lesión propia grave
17. Romper con el novio o la novia
18. Algún problema con algún hermano, profesor o compañero de clase
19. Chico: novia tiene un aborto
Chica: tener un aborto
20. No poder pertenecer a un grupo que deseaba (Ej. un equipo, un club, amigos)
21. Ser expulsado del colegio
22. Tener malas notas o no demasiado buenas para mí
23. Tener problemas con la policía
24. Perder un trabajo
25. Repetir curso
26. No poder dejar de tomar drogas
27. Otro (especificar)...
28. Otro (especificar)...

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.

V.4.3. Utilización de afrontamiento

Se entiende por «utilización de afrontamiento» la puntuación total en los ítems que forman la escala de afrontamiento y que presentan diferentes formas de enfrentarse «generalmente» a los problemas. Se considera

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 piensa 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 *et al.*, 1989), instrumento formado por 50 ítems que presentan distintas formas de enfrentarse a los problemas, y un ítem 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 afrontamiento: «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 ítem 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 *et al.*, 1989), en el que se incluye el total de las escalas y se omite el ítem referido al consumo de alcohol y drogas, da como resultado cuatro factores. El primer factor incluye las subescalas siguientes: afrontamiento 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 afrontamiento de contención y la reinterpretación positiva de la realidad.

Los autores han probado el adecuado nivel de fiabilidad de la escala y de todas las subescalas a través del α de Cronbach y de la prueba test-retest. 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 afrontamiento (Carver *et al.*, 1989). Las co-

rrrelaciones 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 ítems de las distintas dimensiones de afrontamiento que forman la escala total, tanto de las consideradas teóricamente «adaptadas» como de las valoradas como «inadaptadas». Se incluyen los ítems de más peso en algunas de las subescalas consideradas por los autores como adaptativas (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas), así como los elementos más representativos de los estilos de afrontamiento calificados como «inadaptados» (negación, desvinculación mental y conductual y el ítem 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 *et al.*, 1989). Es una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta según la frecuencia de 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 ítems incluidos en la escala abreviada utilizada en nuestro estudio son los siguientes:

1. Recorro al estudio y otras actividades sustitutas para mantener alejado de mi mente lo que me preocupa
2. Trato de que alguien me aconseje sobre qué hacer
3. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema
4. Me digo a mí mismo: «Esto no es real»
5. Reconozco que no puedo enfrentarme a ello y dejo de intentarlo
6. Hablo de mis sentimientos con alguien
7. Hablo con alguien para obtener más información sobre la situación
8. Dejo a un lado otras actividades para concentrarme en todo lo relacionado con el problema
9. Sueño despierto acerca de temas no relacionados con el problema
10. Realizo un plan de acción
11. Trato de que mis amigos y familiares me den ánimos
12. Realizo ciertas acciones para tratar de solucionar el problema
13. Me niego a creer que eso ha ocurrido
14. Intento pasar más tiempo durmiendo
15. Busco una estrategia para llevar a cabo
16. Me centro en enfrentarme con el problema y, si es necesario, dejo otras cosas un poco de lado

17. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en el problema
18. Dejo de intentar conseguir lo que quiero
19. Hago como si nada hubiera ocurrido
20. Voy al cine o veo la televisión, para pensar menos en ello
21. Acudo a personas que han tenido una experiencia parecida y les pregunto qué hicieron
22. Reduzco la cantidad de esfuerzo dedicada a resolver el problema
23. Hablo con alguien de cómo me siento
24. No me permito distraerme con otras actividades o pensamientos
25. Pienso mucho en las posibles medidas a tomar
26. Me niego a conocer la verdad de lo que ha ocurrido
27. Hago lo que se tiene que hacer cuando es el momento oportuno

Se ha realizado un análisis factorial con la escala abreviada para estudiar la agrupación de los items³. Han resultado 6 factores que explican el 50,5% de la varianza, que quedan reflejados en la siguiente tabla:

Tabla V.3.
Resultados del análisis factorial de la escala de «Afrontamiento»

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % de Var. | % de Var. Acum. |
|---|-------------|--------|-----------|-----------|-----------------|
| Estadísticos Finales: | | | | | |
| 1. Recorro a otras actividades | .35752 | 1 | 4.89739 | 18.1 | 18.1 |
| 2. Trato de que alguien me aconseje | .59795 | 2 | 3.05079 | 11.3 | 29.4 |
| 3. Concentro mis esfuerzos | .39114 | 3 | 2.07273 | 7.7 | 37.1 |
| 4. Me digo «esto no es real» | .58015 | 4 | 1.42002 | 5.3 | 42.4 |
| 5. Sé que no puedo enfrentarme | .40040 | 5 | 1.15308 | 4.3 | 46.6 |
| 6. Hablo de mis sentimientos | .71561 | 6 | 1.03008 | 3.8 | 50.5 |
| 7. Hablo para obtener información | .57834 | | | | |
| 8. Dejo otras actividades a un lado | .55201 | | | | |
| 9. Sueño despierto | .41812 | | | | |
| 10. Realizo un plan de acción | .50399 | | | | |
| 11. Trato de que me den animos | .52159 | | | | |
| 12. Actúo para tratar de solucionar el problema | .48051 | | | | |

³ Técnica estadística realizada con las siguientes condiciones: método de extracción de factores de «Componentes Principales» y rotación de factores tipo «Varimax» (Fernández Santana, 1988: 1-35).

Tabla V.3. (Continuación)

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % Var. | % de Var. Acum. |
|--|-------------|--------|-----------|-----------|-----------------------|
| 13. Me niego a creer lo ocurrido | .65067 | | | | |
| 14. Intento dormir más tiempo | .35073 | | | | |
| 15. Busco una estrategia | .51490 | | | | |
| 16. Me centro en el problema | .48350 | | | | |
| 17. Tomo alcohol o drogas | .71921 | | | | |
| 18. Dejo de intentarlo | .48163 | | | | |
| 19. Hago como si no hubiera ocurrido | .41274 | | | | |
| 20. Voy al cine o veo televisión | .50505 | | | | |
| 21. Pregunto a otros qué hicieron | .53855 | | | | |
| 22. Reduzco el esfuerzo dedicado al problema | .43730 | | | | |
| 23. Hablo de cómo me siento | .70604 | | | | |
| 24. No me permito distraerme | .43504 | | | | |
| 25. Pienso en las medidas a tomar | .46921 | | | | |
| 26. Me niego a conocer la verdad | .46059 | | | | |
| 27. Hago lo que tengo que hacer | .36160 | | | | |

| | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 | Factor 6 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Matriz Factorial Rotada | | | | | | |
| 6. Hablo de mis sentimientos | .83608 | .09958 | .00861 | .04675 | .00717 | .06589 |
| 23. Hablo de cómo me siento | .83042 | .10596 | .02692 | -.04653 | .01009 | .04722 |
| 2. Trato de que alguien me aconseje | .76558 | .07209 | .04635 | -.03582 | .03642 | -.04339 |
| 7. Hablo para obtener información | .68789 | .28103 | -.02024 | .05718 | -.13852 | -.05743 |
| 21. Pregunto a otros qué hicieron | .67921 | .19618 | .00798 | .05126 | .00147 | .18986 |
| 11. Trato de que me den animos | .66630 | .16987 | .12099 | -.03194 | .07375 | -.16640 |
| 15. Busco una estrategia | .12126 | .69860 | -.05714 | .06863 | -.03419 | -.05484 |
| 10. Realizo un plan de acción | .09574 | .68759 | -.05995 | .11642 | .00729 | -.06958 |
| 16. Me centro en el problema | .02867 | .64271 | .01816 | -.04070 | -.25046 | .06992 |
| 12. Actúo para tratar de solucionar el problema | .18730 | .63651 | .01962 | -.18615 | .02942 | -.06620 |
| 25. Pienso en las medidas a tomar | .20653 | .62597 | -.03878 | -.06710 | .10040 | .13651 |
| 3. Concentro mis esfuerzos | .16523 | .54624 | .00526 | -.22349 | .02710 | -.12141 |
| 27. Hago lo que tengo que hacer | .12110 | .50065 | .04233 | -.12109 | .26322 | .10267 |
| 8. Dejo otras actividades a un lado | .12838 | .48087 | .20618 | .09079 | .47037 | .17968 |
| 13. Me niego a creer lo ocurrido | .09844 | -.06506 | .79017 | .10815 | .02536 | -.00634 |
| 4. Me digo «esto no es real» | .12667 | .07393 | .74471 | -.02660 | .00689 | .05736 |
| 26. Me niego a conocer la verdad | -.01283 | -.07978 | .56416 | .33424 | -.15489 | .00843 |
| 14. Intento dormir más tiempo | -.07237 | .01787 | .50685 | .21429 | .16231 | .12657 |
| 22. Reduzco el esfuerzo dedicado al problema | .14284 | .03158 | .03799 | .64105 | .02147 | -.05522 |

Tabla V.3. (Continuación)

| | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 | Factor 6 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 19. Hago como si no hubiera ocurrido | -.03459 | -.11846 | .14766 | .57743 | .18874 | .08156 |
| 18. Dejo de intentarlo | -.07618 | -.10448 | .07363 | .56929 | -.10866 | .35156 |
| 20. Voy al cine o veo televisión | -.07245 | .06902 | .21378 | .52325 | .35586 | -.22116 |
| 5. Sé que no puedo enfrentarme | -.01482 | -.25598 | .28258 | .48114 | -.15019 | .02725 |
| 1. Recorro a otras actividades | .10602 | .07990 | .08240 | .14421 | .55136 | -.09118 |
| 24. No me permito distraerme | .13235 | .31104 | .22317 | .23897 | -.46245 | -.00205 |
| 9. Sueño despierto | -.00424 | .18899 | .17158 | .22407 | .42403 | .35063 |
| 17. Tomo alcohol o drogas | .04066 | -.02017 | .10560 | .02620 | -.09576 | .83435 |

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 drogas⁴

Cada uno de estos factores puede constituir un estilo de afrontamiento diferente. Sobre la base de la profundización teórica en las 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 afrontamiento poco adaptativo, lo que significaría que el coping adaptativo puede aminorar más eficazmente que el coping poco adaptativo los efectos del estrés sobre el bienestar.

⁴ 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.

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 ítems incluidos en él.

La fiabilidad de la subescala que compone el denominado «afrentamiento adaptativo» 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 «afrentamiento poco adaptativo» indica que se puede aceptar que este conjunto de ítems forman una subescala suficientemente consistente.

V.4.4. 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 ítems que conforman la escala utilizada, que no es sino una versión traducida y abreviada de «Revised UCLA Loneliness Scale» (Russell *et al.*, 1980), que tiene su origen en la escala «UCLA Loneliness Scale» (Russell *et al.* 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 *et al.* 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 ítems, la mitad de los cuales están redactados «positivamente». Esto es, a diferencia de la escala original, en la que todos los ítems reflejan insatisfacción, la revisada contiene 10 ítems indicadores de satisfacción con las relaciones sociales y otros tantos que implican insatisfacción. En un estudio (Russell *et al.*, 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 *et al.* (1986), Rich y Scovel (1987), Rich y Bonner (1987a), Russell *et al.* (1984), Bonner y Rich (1988a), y 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 ítems 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 ítems, 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).

1. Me siento a gusto con la gente que me rodea
2. Me falta compañía
3. No tengo a quien acudir
4. Me siento solo⁵
5. Me siento parte de un grupo de amigos
6. La gente que me rodea no comparte mis ideas e intereses
7. Me siento aislado de los demás
8. Puedo encontrar compañía cuando la necesito
9. Hay gente que me comprende de verdad
10. Hay gente con la que puedo hablar

Se realiza un análisis factorial con el objetivo de comprobar si los ítems se agrupan en factores. Aparecen tres dimensiones que explican un 48,7% de la varianza total (Tabla V.4).

⁵ 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.

Tabla V.4.
Resultados del análisis factorial de la escala de «Soledad»

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % Var. | % de Var. Acum. |
|---------------------------------------|-------------|--------|-----------|--------|-----------------|
| 1. Me siento a gusto con la gente | .33977 | 1 | 2.64985 | 26.5 | 26.5 |
| 2. Me falta compañía | .62154 | 2 | 1.17356 | 11.7 | 38.2 |
| 3. No tengo a quien acudir | .44059 | 3 | 1.04558 | 10.5 | 48.7 |
| 4. Me siento solo | .63009 | | | | |
| 5. Soy parte de un grupo de amigos | .59115 | | | | |
| 6. La gente no comparte mis intereses | .31038 | | | | |
| 7. Me siento aislado de los demás | .40822 | | | | |
| 8. Puedo encontrar compañía | .53345 | | | | |
| 9. Hay gente que me comprende | .55415 | | | | |
| 10. Tengo gente para hablar | .43963 | | | | |

| | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|
| Matriz Factorial Rotada: | | | |
| 4. Me siento solo | .78243 | .08319 | .10476 |
| 2. Me falta compañía | .77014 | .06844 | .15406 |
| 3. No tengo a quien acudir | .66304 | .02802 | -.01342 |
| 7. Me siento aislado de los demás | .57238 | .06096 | .27728 |
| 6. La gente no comparte mis intereses | .43088 | .24683 | -.25257 |
| 9. Hay gente que me comprende | .18182 | .72174 | -.01366 |
| 10. Tengo gente para hablar | .19731 | .60936 | .17142 |
| 1. Me siento a gusto con la gente | -.09418 | .57182 | .06264 |
| 5. Soy parte de un grupo de amigos | .13343 | .16121 | .73984 |
| 8. Puedo encontrar compañía | .07053 | .04320 | .72568 |

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 demás⁶

⁶ Como puede observarse, el resultado del análisis factorial confirma la estructura original del cuestionario ya que los items que componen insatisfacción con las relaciones se agrupan en un único factor.

La consistencia interna de cada uno de los factores viene indicada por el coeficiente alpha de Cronbach:

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 en torno a la fiabilidad de las subescalas 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 completa.

V.4.5. Depresión

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 cuales 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 modo que suponen un mayor nivel de depresión en la medida que aumenta el tiempo de ocurrencia.

«Self-Rating Depression Scale» 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. Eligiendo tanto sentencias formuladas positiva como negativamente, se han seleccionado aquellos items de todas las áreas sintomáticas (afectiva, fisiológica y psicológica) que se han proba-

do 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 ítems 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
2. Tengo ataques de llanto o siento que estoy a punto de romper a llorar
3. Tengo problemas para conciliar el sueño
4. He observado que estoy perdiendo peso
5. Me siento cansado sin ningún motivo
6. Encuentro fácil hacer las cosas que suelo hacer
7. Estoy inquieto y no puedo seguir así
8. Siento que soy útil y necesario
9. Siento que otros estarían mejor si yo muriera
10. Me sigue divirtiendo lo que hago

A través del análisis factorial se comprueba que los ítems se agrupan en dos factores que explican el 40,2% de la varianza total (Tabla V.5).

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 ítems, 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 ítems 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.

Tabla V.5.
Resultados del análisis factorial de la escala de «Depresión»

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % Var. | % de Var. Acum. |
|------------------------------------|-------------|--------|-----------|-----------|-----------------------|
| 1. Me siento triste y abatido | .52559 | 1 | 2.81910 | 28.2 | 28.2 |
| 2. Tengo ataques de llanto | .48257 | 2 | 1.19626 | 12.0 | 40.2 |
| 3. Tengo problemas para dormir | .43011 | | | | |
| 4. Estoy perdiendo peso | .34363 | | | | |
| 5. Me siento cansado sin motivo | .38137 | | | | |
| 6. Encuentro fácil lo cotidiano | .28664 | | | | |
| 7. Estoy inquieto | .50477 | | | | |
| 8. Soy útil y necesario | .38187 | | | | |
| 9. Otros estarían mejor si muriera | .40124 | | | | |
| 10. Me divierte lo que hago | .27758 | | | | |

| | Factor 2 | Factor 3 |
|--|-------------|-------------|
|--|-------------|-------------|

Matriz Factorial Rotada:

| | | |
|------------------------------------|---------|---------|
| 7. Estoy inquieto | .66898 | .23925 |
| 3. Tengo problemas para dormir | .65575 | .00989 |
| 5. Me siento cansado sin motivo | .61106 | .08935 |
| 2. Tengo problemas para dormir | .55790 | .41391 |
| 4. Estoy perdiendo peso | .53003 | -.25039 |
| 8. Soy útil y necesario | -.01562 | .61775 |
| 1. Me siento triste y abatido | .47979 | .54351 |
| 6. Encuentro fácil lo cotidiano | -.05547 | .53250 |
| 10. Me divierte lo que hago | .09350 | .51849 |
| 9. Otros estarían mejor si muriera | .37650 | .50940 |

V.4.6. Desesperanza

La desesperanza es operativizada como la puntuación total obtenida en los ítems 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 *et al.* 1974). «Hopelessness Scale» es un instrumento compuesto por 20 ítems con dos opciones de respuesta («Verdadero», «Falso») que mide 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 *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 *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) indican 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 *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% de la varianza en la primera muestra y un 55'5% en la segunda. La consistencia interna se calcula con la fórmula 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 *et al.*, 1985; Rich y Bonner, 1987a y 1987b; Bonner y Rich, 1988a; Bonner y Rich, 1991a y 1991b; Rich *et al.*, in press).

Para este estudio se diseña una escala de 10 ítems elegidos en función de los pesos factoriales obtenidos por cada uno de ellos en la investigación llevada a cabo por Young *et al.* (1991). Se incluyen ítems formulados positivamente e ítems redactados en forma negativa. Con los fines, primero, de subsanar la limitación mencionada por Young *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 ítems que componen la escala son los que se exponen a continuación:

1. Miro al futuro con esperanza y entusiasmo
2. Pienso que voy a triunfar en lo que más me interesa
3. Veo «negro» mi futuro

4. Todo lo que se presenta ante mí es más desagradable que agradable
5. El futuro me parece vago e incierto
6. Las cosas no van a salir como yo quiero
7. Tengo mucha fe en el futuro
8. Es poco probable que puede obtener alguna verdadera satisfacción en el futuro
9. Preveo que voy a tener más rachas buenas que malas
10. Es inútil intentar conseguir lo que quiero porque probablemente no lo consiga

El análisis factorial realizado con esta escala indica que los ítems se agrupan en dos factores que explican el 44,6 % de la varianza total de desesperanza (Tabla V.6.).

Tabla V.6.
Resultados del análisis factorial de la escala de «Desesperanza»

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % Var. | % de Var. Acum. |
|--|-------------|--------|-----------|-----------|-----------------------|
| 1. Miro al futuro con esperanza | .45853 | 1 | 3.11729 | 31.2 | 31.2 |
| 2. Voy a triunfar en lo que me interesa | .49180 | 2 | 1.33898 | 13.4 | 44.6 |
| 3. Veo «negro» mi futuro | .52503 | | | | |
| 4. Lo que se presenta ante mí es desagradable | .43929 | | | | |
| 5. El futuro es vago e incierto | .49925 | | | | |
| 6. Las cosas no van a salir como quiero | .51952 | | | | |
| 7. Tengo fe en el futuro | .48537 | | | | |
| 8. Es poco probable alguna satisfacción en el futuro | .38870 | | | | |
| 9. Preveo más rachas buenas que malas | .24276 | | | | |
| 10. Es inútil intentar lo que quiero | .40603 | | | | |

| | Factor 2 | Factor 3 |
|--|-------------|-------------|
| 6. Las cosas no van a salir como quiero | .71166 | .11429 |
| 5. El futuro es vago e incierto | .70654 | .00668 |
| 3. Veo «negro mi futuro» | .68630 | .23244 |
| 4. Lo que se presenta ante mí es desagradable | .66125 | .04515 |
| 8. Es poco probable alguna satisfacción en el futuro | .61413 | .10743 |
| 10. Es inútil intentar lo que quiero | .59609 | .22519 |
| 2. Voy a triunfar en lo que me interesa | .00761 | .70124 |
| 7. Tengo fe en el futuro | .17762 | .67366 |
| 1. Miro al futuro con esperanza | .16324 | .65718 |
| 9. Preveo más rachas buenas que malas | .07964 | .48623 |

Matriz Factorial Rotada:

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 ítems (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 ítems. Se aconseja el uso de la escala como totalidad ya que la mayoría de los autores consideran que este aspecto es unidimensional y la aparición de los factores se puede relacionar con la forma de redacción de los elementos que componen el instrumento.

V.4.7. 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 *et al.*, 1983), en el que se ofrecen una serie de razones para no suicidarse en una escala tipo Likert, a las 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 de 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 a los sujetos «suicidas» de los «no suicidas» (Linehan *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 *et al.* 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 de las razones para vivir entre adultos 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 adolescente: 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 una 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 ítems 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 ítems 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
2. Creo que sólo Dios tiene derecho a terminar una vida
3. Tengo miedo a la muerte
4. Mi familia podría pensar que no la quiero
5. No creo que las cosas se vuelvan tan terribles como para elegir morir
6. No quiero morir
7. Me asusta lo desconocido
8. Quiero y disfruto tanto de mi familia que no sería capaz de dejarles
9. Quiero vivir todo lo que la vida puede ofrecerme y hay muchas experiencias que aún no he vivido y que me gustaría vivir
10. Mi vida es importante para mí
11. Creo que va en contra de la dignidad humana

12. Soy un cobarde y no tengo el valor de hacerlo
13. Mis creencias religiosas me lo prohíben
14. Tengo curiosidad acerca de lo que puede ocurrir en el futuro
15. Me preocupa lo que los demás pudieran pensar de mí
16. Pienso que todo tiene una manera de plantearse hacia sus aspectos positivos
17. Lo considero moralmente malo
18. Tengo el coraje suficiente para afrontar la vida
19. Me da miedo el hecho en sí de suicidarse (el dolor, la sangre, la violencia)
20. Tengo esperanzas de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz
21. Los demás pensarían que soy débil y egoísta
22. No me gustaría que los demás pensarán que yo no tengo control sobre mí mismo
23. No me gustaría que después mi familia se sintiera culpable
24. No me gustaría que mi familia pensaran que soy un egoísta y un cobarde

Un análisis factorial aplicado a esta escala reducida indica que los ítems seleccionados se agrupan en cinco factores que explican el 52,5% de la varianza (Tabla V.7.).

Tabla V.7.
Resultados del análisis factorial de la escala de «Razones para vivir»

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % de Var. | % de Var. Acum. |
|--|-------------|--------|-----------|-----------|-----------------|
| Estadísticos Finales: | | | | | |
| 1. Responsabilidad con familia | .43962 | 1 | 5.51166 | 23.0 | 23.0 |
| 2. Solo Dios tiene derecho sobre la vida | .62040 | 2 | 2.47479 | 10.3 | 33.3 |
| 3. Tengo miedo a la muerte | .58176 | 3 | 1.69977 | 7.1 | 40.4 |
| 4. Mi familia pensaría que no la quiero | .53987 | 4 | 1.50386 | 6.3 | 46.6 |
| 5. Las cosas no son tan terribles | .3399 | 5 | 1.40328 | 5.8 | 52.5 |
| 6. No quiero morir | .55008 | | | | |
| 7. Me asusta lo desconocido | .52286 | | | | |
| 8. Quiero a mi familia | .49613 | | | | |
| 9. Quiero vivir la vida | .51447 | | | | |
| 10. Mi vida es importante para mí | .53597 | | | | |
| 11. Va en contra de la dignidad humana | .54594 | | | | |
| 12. Soy cobarde para hacerlo | .45760 | | | | |

Tabla V.7. (Continuación)

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % de Var. | % de Var. Acum. |
|--|-------------|--------|-----------|-----------|-----------------|
| 13. Mis creencias religiosas lo prohíben | .64268 | | | | |
| 14. Tengo curiosidad en el futuro | .36525 | | | | |
| 15. Me preocupa lo que los demás pudieran pensar | .54597 | | | | |
| 16. Todo puede plantearse positivamente | .44021 | | | | |
| 17. Lo considero moralmente malo | .53563 | | | | |
| 18. Tengo coraje para afrontar la vida | .47105 | | | | |
| 19. Me da miedo suicidarme | .52523 | | | | |
| 20. Espero que las cosas mejoren | .44223 | | | | |
| 21. Los demás pensarían que soy débil | .65342 | | | | |
| 22. Los demás pensarían que no me controlo | .70590 | | | | |
| 23. Mi familia se sentiría culpable | .53605 | | | | |
| 24. Mi familia pensaría que soy egoísta | .58506 | | | | |

| | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| 10. Mi vida es importante para mí | .71087 | -.02008 | .14824 | .03924 | .08187 |
| 18. Tengo coraje para afrontar la vida | .67011 | .04104 | -.02876 | .11412 | .08039 |
| 9. Quiero vivir la vida | .66997 | -.02999 | .11305 | -.04031 | .22429 |
| 20. Espero que las cosas mejoren | .64002 | .04375 | .06191 | .08662 | .13914 |
| 16. Todo puede plantearse positivamente | .63847 | .09948 | .02808 | .14779 | .00595 |
| 14. Tengo curiosidad en el futuro | .49131 | .33295 | .10169 | .03005 | -.04210 |
| 5. Las cosas no son tan terribles | .39267 | -.20331 | .33008 | .12905 | .13733 |
| 22. Los demás pensarían que no me controlo | .06111 | .81909 | .06424 | .08561 | .14071 |
| 21. Los demás pensarían que soy débil | .01391 | .76902 | .15575 | .15358 | .11828 |
| 15. Me preocupa lo que los demás pudieran pensar | .02952 | .72084 | .12534 | .09397 | .03089 |
| 3. Tengo miedo a la muerte | .05208 | .03970 | .75310 | .06423 | .07863 |
| 7. Me asusta lo desconocido | .11146 | .09074 | .70330 | .04345 | .07542 |
| 19. Me da miedo suicidarme | .07755 | .33802 | .59876 | .20084 | .07816 |
| 12. Soy cobarde para hacerlo | .02130 | .25643 | .59033 | .20642 | -.01713 |
| 6. No quiero morir | .44831 | -.12374 | .55355 | .00474 | .16536 |
| 13. Mis creencias religiosas lo prohíben | -.01180 | .04224 | .11912 | .78670 | .08760 |
| 2. Solo Dios tiene derecho sobre la vida | .05232 | -.00279 | .12206 | .75179 | .19384 |
| 11. Va en contra de la dignidad humana | .27387 | .21824 | .09500 | .62854 | .13862 |
| 17. Lo considero moralmente malo | .22457 | .34285 | .14586 | .58795 | .02623 |
| 4. Mi familia pensaría que no la quiero | -.02400 | .07868 | .25943 | .07302 | .67858 |
| 23. Mi familia se sentiría culpable | .13176 | .26061 | .06713 | .00296 | .66803 |
| 1. Responsabilidad con la familia | .18292 | -.05736 | .03878 | .18295 | .60655 |
| 8. Quiero a mi familia | .30436 | .03264 | -.04208 | .21677 | .59470 |
| 24. Mi familia pensaría que soy egoísta | .02752 | .52899 | .02732 | .04550 | .54923 |

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 ítems 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 α 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 ítems, 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.

V.4.8. 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 (Villa, 1992a). La escala original está compuesta por 26 ítems 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 obtienen 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
2. Estoy descontento de mí mismo
3. Mis compañeros me aprecian
4. No sirvo para nada
5. Los profesores me consideran buen estudiante⁷
6. Soy una persona atractiva
7. A la gente le gusta estar conmigo
8. No me gustaría ser distinto de como soy
9. Soy un buen estudiante
10. Los profesores la toman conmigo
11. Creo que gusto a las personas del otro sexo
12. No me resulta difícil estudiar
13. Me gusta ir bien vestido
14. Considerando todos los aspectos, estoy satisfecho conmigo mismo
15. Suelo sacar notas altas

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 (Tabla V.8).

⁷ El item original es «Generalmente caigo bien a los profesores». Se modifica con el objetivo de centrarse más en el aspecto académico.

Tabla V.8.
Resultados del análisis factorial de la escala de «Autoconcepto»

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % de Var. | % de Var. Acum. |
|--|-------------|----------|-----------|-----------|-----------------|
| Estadísticos Finales: | | | | | |
| 1. Me gustaría ser como soy | .65858 | 1 | 4.10470 | 27.4 | 27.4 |
| 2. Estoy descontento de mí | .40765 | 2 | 1.99694 | 13.3 | 40.7 |
| 3. Mis compañeros me aprecian | .68234 | 3 | 1.49408 | 10.0 | 50.6 |
| 4. No sirvo para nada | .51032 | 4 | 1.13533 | 7.6 | 58.2 |
| 5. Profes. me consideran buen estudiante | .71544 | | | | |
| 6. Soy una persona atractiva | .72890 | | | | |
| 7. A la gente le gusta estar conmigo | .68826 | | | | |
| 8. No me gustaría ser distinto | .51493 | | | | |
| 9. Soy un buen estudiante | .76777 | | | | |
| 10. Los profesores la toman conmigo | .34598 | | | | |
| 11. Gusto al otro sexo | .71750 | | | | |
| 12. No me es difícil estudiar | .39078 | | | | |
| 13. Me gusta ir bien vestido | .23069 | | | | |
| 14. Estoy satisfecho conmigo | .63042 | | | | |
| 15. Suelo sacar notas altas | .74148 | | | | |
| | | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 |
| Matriz Factorial Rotada | | | | | |
| 9. Soy buen estudiante | .85343 | .15995 | .07792 | .08817 | |
| 15. Suelo sacar notas altas | .85064 | .11631 | .05363 | -.03857 | |
| 5. Profes. me consideran buen estudiante | .83082 | .06715 | .14376 | .00276 | |
| 12. No me es difícil estudiar | .58733 | .11720 | -.00998 | .17886 | |
| 1. Me gustaría ser como soy | .13494 | .79595 | -.04305 | .07063 | |
| 14. Estoy satisfecho conmigo | .21795 | .74289 | .09648 | .14738 | |
| 8. No me gustaría ser distinto | .03088 | .70130 | -.02057 | .14741 | |
| 2. Estoy descontento de mí | .02315 | .62726 | .11199 | -.03344 | |
| 4. No sirvo para nada | .17413 | .62600 | .29680 | -.00486 | |
| 3. Mis compañeros me aprecian | .01856 | .23988 | .78633 | .07832 | |
| 7. A la gente le gusta estar conmigo | -.01929 | .17359 | .78322 | .21053 | |
| 13. Me gusta ir bien vestido | .15965 | -.08085 | .44464 | .03096 | |
| 11. Gusto al otro sexo | .09474 | .13519 | .23687 | .79632 | |
| 6. Soy una persona atractiva | .19277 | .17390 | .18393 | .79226 | |
| 10. Los profesores la toman conmigo | .35098 | .10968 | .24018 | -.39125 | |

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) ⁸

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.

V.4.9. Pensamiento de suicidio

El pensamiento de suicidio se entiende operacionalmente 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 y abreviada de «Scale for Suicide Ideation» (Beck *et al.*, 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 *et al.*, 1986). Schotte y Clum (1982) y Ranieri *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 *et al.* 1979). El primero de ellos, referido a «Deseo activo de suicidio», el factor 2 relacionado con «Preparación del acto

⁸ El item «Los profesores la toman conmigo» 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.

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...
 - 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...
 - 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...
 - 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 ...
 - 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...
 - 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...
 - 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
 - 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...
 - 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...
 - 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...
 - 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 una adaptación de la escala original indica que los ítems 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 ítems en el factor (Tabla V.9.).

Tabla V.9.
**Resultados del análisis factorial de la escala
 de «Pensamiento de suicidio»**

| Variable | Comunalidad | Factor | Autovalor | % Var. | % de Var. Acum. |
|---------------------------|-------------|--------|-----------|-----------|-----------------------|
| 1. Ganas de vivir | .41639 | 1 | 5.44482 | 54.4 | 54.4 |
| 2. Ganas de morir | .65978 | | | | |
| 3. Razones para vivir | .36547 | | | | |
| 4. Ganas de intentarlo | .61448 | | | | |
| 5. Pensar dejarme morir | .39160 | | | | |
| 6. Idea de suicidarme | .67286 | | | | |
| 7. Pienso en el suicidio | .65878 | | | | |
| 8. Opinión deseo suicidio | .69565 | | | | |
| 9. Razones suicidio | .57401 | | | | |
| 10. Intentar el suicidio | .39580 | | | | |

Matriz factorial rotada:

El análisis factorial no puede rotar una solución unifactorial.

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 ítems.

V.5. TECNICAS ESTADISTICAS UTILIZADAS

En los análisis estadísticos de carácter regresivo (análisis de la varianza —unidireccional y multidireccional—, análisis discriminante, regresión múltiple) se llevan a cabo una serie de transformaciones de las variables continuas utilizadas en cada momento, con el objetivo de mejorar la simetría y normalidad de sus distribuciones. 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»⁹.

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 «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 («Ancova Factorial»).
- Explicación/predicción del suicidio mediante las variables más relevantes: Análisis Discriminante Múltiple y Análisis de Regresión Múltiple.

⁹ Posibilidades ofrecidas en la «Escalera de las Transformaciones» de Tukey (Erikson y Nosanchuk, 1976: 104).

Capítulo VI

Resultados y discusión

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.

VI.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION

El 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 respuestas a cada ítem 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 porcentajes 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.

VI.1.1. Preparación y tratamiento de los datos

En las páginas siguientes aparecen una serie de tablas de dos tipos: de medias y desviaciones típicas segmentadas, por un lado, y de porcentajes (verticales) segmentados, por el otro. Todas las tablas han sido divididas 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 función de las nominales grupales se ha llevado a cabo vía Análisis Unidireccionales de la Varianza («Oneways»). En estos últimos, se ha probado un gran número de transformaciones¹ 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». 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 la Varianza, extremo éste que garantiza la fiabilidad de los resultados conseguidos.

VI.1.2. Problemática y características psicológicas del adolescente

En este apartado se van a comentar las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las variables psicosociales implicada en el estudio

¹ Cambio de escala de la variable, no de su significado.

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 considerando tanto totales como grupales se recogen en las Tablas VI.1 a VI.6.² Para conocer si las diferencias entre las medias de los grupos formados según ciertas variables son estadísticamente significativas se 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 socioindividual» 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 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.

A. Nivel medio de estrés y de utilización 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 VI.1).

No hay diferencias en los grupos en función del tipo de estudios ($F = .0019$; $p = .9652$). Al considerar las medias de los grupos formados según el tipo de centro ($F = 4,9896$; $p = .0070$) se observa que el colegio privado tiene una media mayor que el colegio público. Las chicas muestran significativamente un nivel de estrés mayor que los chicos ($F = 12,8190$; $p = .0004$).

² 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.

Tabla VI.1.
Medias y desviaciones típicas de Estrés y Afrontamiento según características estructurales

| | Tipo de 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 estrés | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Búsqueda 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 planificación | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Negación | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Desvinculación 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 |
| Desvinculación 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 |

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 que los sujetos con 1 o 2 suspensos y que los alumnos sin suspensos ($F = 10,3729$; $p = .0000$). Por otro lado, aquellos adolescentes que piensan que sus padres les consideran «malos estudiantes» tienen un nivel medio de estrés significativamente más alto que los sujetos que piensan que sus padres les califican como «regulares» o «buenos estudiantes» ($F = 17,2990$; $p = .0000$). Del mismo modo, aquellos alumnos que se califican a sí mismo como «malos estudiantes» tienen un nivel medio de estrés más alto que los sujetos que se valoran como «regulares» o «buenos estudiantes» ($F = 9,9006$; $p = .0001$) (Ver Tabla VI.2).

La puntuación media total de la utilización de estrategias de *afrentamiento 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 según tipo de estudios, tipo de centro ni edad. El sexo sí marca desigualdad ($F = 49,8187$; $p = .0000$) en el sentido de que las mujeres utilizan más frecuentemente estrategias generales de afrontamiento que los hombres (Ver Tabla VI.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, ni según la consideración académica paterna o personal (Tabla VI.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 dicha escala), la «negación» (Factor 3), la «desvinculación conductual» (Factor 4), la «desvinculación mental» (Factor 5) y «consumo de alcohol o drogas» (Factor 6). Asimismo se incluyen los resultados de las dos subescalas de «afrontamiento adaptativo» y de «afrontamiento inadaptable» formadas mediante la suma de los ítems que forman los factores o estilos de afrontamiento considerados adaptativos (Factores 1 y 2), y la suma de los ítems de los factores o estilos de afrontamiento considerados inadaptables (Factores 3, 4, 5 y 6), respectivamente. Los resultados comentados a continuación aparecen en las Tablas VI.1 y VI.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 utilizan significativamente con más fre-

Tabla VI.2.
Medias y desviaciones típicas de Estrés y Afrontamiento según aspectos académicos

| | Número suspensos junio | | | Consideración académica paterna | | | Consideración académica personal | | | Total |
|---|------------------------|------|---------|---------------------------------|---------|-------|----------------------------------|---------|-------|-------|
| | Ninguno | 1-2 | 3 o más | Malo | Regular | Bueno | Malo | Regular | Bueno | |
| Total de estrés | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Búsqueda 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 planificación | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Negación | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Desvinculación 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 |
| Desvinculación 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 | 24.7 | 25.7 |
| Desviación típica | 5.1 | 5.6 | 4.8 | 5.1 | 5.1 | 5.2 | 5.4 | 5.0 | 5.0 | 5.1 |

cuencia la búsqueda de apoyo social que las personas del sexo masculino ($F = 85.4220$; $p = .0000$). 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.

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 utilizan esta estrategia de afrontamiento significativamente con más frecuencia que los alumnos de REM/FP ($F = 7,2289$; $p = .0073$) (Tabla VI.1).

En relación a los grupos formados según las variables académicas (Tabla VI.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 que los alumnos con 3 suspensos o más ($F = 3,6459$; $p = .0264$). Por otra parte, aquellos adolescentes que opinan que sus padres les califican como «buenos estudiantes» utilizan significativamente más el afrontamiento activo y la planificación que los sujetos que piensan que sus padres les consideran «regulares» o «malos» estudiantes ($F = 3,5270$; $p = .0297$). 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 que los sujetos que se califican negativamente ($F = 5,3515$; $p = .0049$). 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 que los alumnos de BUP. En función del sexo, son las chicas las que utilizan más la negación al encontrarse en una situación difícil ($F = 11,9693$; $p = .0006$).

En relación a los grupos formados según las variables académicas (Tabla VI.2), se constata que los alumnos con suspensos en Junio del curso pasado utilizan más la negación para afrontar los problemas que los sujetos que no han tenido ningún suspenso ($F = 4,9233$; $p = .0074$). Por otro lado, aquellos que consideran que sus padres les valoran negativamente o no positivamente como estudiantes utilizan más frecuente-

mente la negación que los estudiantes que opinan que sus padres les califican como «buenos» estudiantes ($F = 5,5446$; $p = .0040$). De igual manera, aquellos alumnos que no se consideran a sí mismos «buenos estudiantes» o se consideran «malos» utilizan más frecuentemente la negación que los adolescentes que se consideran «buenos estudiantes» ($F = 5,1679$; $p = .0058$). 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 que los adolescentes varones ($F = 7,4675$; $p = .0064$). No aparecen diferencias en el nivel de utilización de esta estrategia en función del tipo de centro, de estudios ni de grupo de edad (Tabla VI.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 afrontamiento que los alumnos que piensan que sus padres les valoran como «regulares» o «buenos estudiantes». Por otro lado, aquellos adolescentes que se consideran a sí mismos «malos estudiantes» acuden a esta forma de afrontamiento con más frecuencia que los alumnos que se valoran positivamente en el ámbito académico. No aparecen diferencias en torno al nivel de empleo de la desvinculación conductual en función del rendimiento en el curso pasado (Tabla VI.2).

La *desvinculación mental* es otro de los estilos específicos de afrontamiento. La puntuación media general en este factor 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 que los chicos ($F = 17,0143$; $p = .0000$). 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 VI.1 y Tabla VI.2).

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 encuentran ante un problema que los alumnos de BUP ($F = 13,4905$; $p = .0003$). Los resultados afirman que los alumnos de ikastola utilizan con más frecuencia este tipo de afrontamiento que los centros públicos y privados ($F = 4,9813$; $p = .0070$)³. Los sujetos de más edad, esto es, de 16 años y de 17 o 18 años parecen utilizar este medio más frecuentemente que los más jóvenes ($F = 4,0650$, $p = .0174$) (Tabla VI.1).

En función de las variables académicas, los resultados indican que los alumnos con suspensos en junio del curso pasado utilizan esta estrategia con mayor frecuencia que los alumnos sin fracaso escolar ($F = 3,2419$; $p = .0395$). Por otro lado, se comprueba que los alumnos que opinan que los padres les consideran «malos estudiantes» o «regulares» recurren al consumo de alcohol o drogas más frecuentemente que los sujetos que piensan que los padres les califican como «buenos estudiantes» ($F = 12,3482$; $p = .0000$). De la misma forma, aquellos adolescentes que se autoevalúan negativamente como estudiantes tienden más frecuentemente a este modo de afrontar los problemas que los sujetos que se consideran «regulares» o «buenos estudiantes» ($F = 6,3151$; $p = .0019$) (Tabla VI.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 que los chicos a este tipo de afrontamiento (Tabla VI.1).

En relación a los grupos formados en función de las variables académicas, se puede comprobar que los estudiantes que se valoran como «regulares» o «buenos» académicamente hablando, emplean más el afrontamiento adaptativo que los alumnos que se califican negativamente ($F = 4,2168$; $p = .0150$) (Tabla VI.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 VI.1 se recoge que las féminas utilizan significativamente con más frecuencia este tipo de afrontamiento que los varones ($F = 19,7581$; $p = .0000$).

Entre los grupos formados en función de la valoración académica paterna se observa que los alumnos que opinan que la consideración que

³ 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.

sus padres hacen de ellos como estudiantes es negativa utilizan este estilo de afrontamiento con más frecuencia que los que piensan que sus padres les consideran «buenos estudiantes» ($F = 5,1562$; $p = .0059$). De la misma forma, los estudiantes que se valoran académicamente de forma negativa recurren más frecuentemente al afrontamiento maladaptativo que los sujetos que se valoran positivamente en el ámbito escolar ($F = 5,0269$; $p = .0067$) (Tabla VI.2).

En resumen, el estrés y el afrontamiento aparecen relacionados 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.

B. 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 factores⁴. 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 VI.3 y en la Tabla VI.4.

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 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 que los estudiantes de centros públicos y privados (Tabla VI.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 en relación a los alumnos de centro público y privado ($F = 8,7860$; $p = .0002$)⁵. Aparecen, asimis-

⁴ 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.

⁵ 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.

Tabla VI.3.
Medias y desviaciones típicas del «Estado Mental Suicida» según características estructurales

| | Tipo de 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 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 depresión | | | | | | | | | | | |
| 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 académico | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Autovalea 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 |
| Dimensión 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 |
| Dimensión física 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 |

mo, diferencias significativas ($F = 59,6714$; $p = .0000$) en el nivel de depresión entre los hombres y las mujeres, siendo mayor en estas últimas que en los primeros (Tabla VI.3).

Los grupos formados según ciertas variables académicas presentan diferencias reseñables en el nivel de depresión (Tabla VI.4). Así, por ejemplo, los sujetos que piensan que sus padres les consideran «malos estudiantes» tienen un nivel de depresión mayor que aquellos que opinan que sus padres les califican como «regulares» o «buenos estudiantes» ($F = 5,9431$; $p = .0027$). Por otra parte, los alumnos que se consideran a sí mismos negativamente en el ámbito académico, presentan un nivel de depresión más alto que los que se califican de forma neutral o positiva ($F = 6,2207$; $p = .0021$).

El nivel promedio 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 que los alumnos de BUP (Tabla VI.3).

Los alumnos con 3 suspensos o más en Junio del curso pasado puntúan más alto en desesperanza que los alumnos con 1 o 2 suspensos y que los alumnos sin suspensos ($F = 19,2199$; $p = .0000$). 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 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 que el grupo definido por la consideración paterna positiva. En la misma dirección, el grupo de los alumnos que se definen como «malos estudiantes» presenta un nivel medio de desesperanza mayor que los adolescentes que se califican como «regulares» o «buenos estudiantes». Y los alumnos que se valoran de forma neutral están más desesperanzados que los que se valoran positivamente ($F = 29,9977$; $p = .0000$) (Tabla VI.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 máxima «75». A nivel grupal, en la Tabla VI.3 se observa, por un lado, que los alumnos de BUP tienen un mayor autoconcepto que los alumnos de REM/FP ($F = 15,8158$; $p = .0001$) y, por otro, que los varones tienen un autoconcepto mayor que las mujeres ($F = 4,1974$; $p = .0407$), aunque la diferencia entre ambos es relativamente pequeña en un rango de puntuación bastante amplio.

Los grupos formados en función de las variables académicas también presentan diferencias significativas (Tabla VI.4), tanto según el número

Tabla VI.4.
Medias y desviaciones típicas del «Estado Mental Suicida» según aspectos académicos

| | Número suspensos junio | | | Consideración académica paterna | | | Consideración académica personal | | | Total |
|--|------------------------|------|---------|---------------------------------|---------|-------|----------------------------------|---------|-------|-------|
| | Ninguno | 1-2 | 3 o más | Malo | Regular | Bueno | Malo | Regular | Bueno | |
| Total de estrés | | | | | | | | | | |
| 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 depresión | | | | | | | | | | |
| 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 académico | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Autovalía 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 |
| Dimensión 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 |
| Dimensión física 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 |

de suspensos ($F = 33,2963$; $p = .0000$), y 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 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 que los alumnos con más suspensos. El grupo caracterizado por una consideración académica paterna positiva presenta más autoconcepto que el grupo definido por la consideración paterna negativa. Por su parte, los alumnos que se califican como «buenos estudiantes» tienen un nivel mayor de autoconcepto que los que se autovaloran negativamente en el terreno académico.

Como se ha expuesto, 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), la «dimensión social del autoconcepto» (Factor 3), la «dimensión física del autoconcepto» (Factor 4).

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 que los alumnos de REM/FP ($F = 20,1050$; $p = .0000$). No aparecen diferencias significativas en las medias de autoconcepto académico en los grupos formados según otras variables estructurales tales como el sexo, el tipo de centro y el grupo de edad (Tabla VI.3).

Los grupos formados en función de variables académicas presentan, como se puede suponer, diferencias en esta dimensión del autoconcepto (Tabla VI.4). Así, los alumnos que no han tenido suspensos en Junio del curso pasado puntúan más alto en esta dimensión del autoconcepto 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 que los alumnos con 3 o más suspensos ($F = 80,4862$; $p = .0000$). 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 que los que piensan que dicha consideración es neutral o negativa ($F = 379,7517$; $p = .0000$). 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 espe-

rar, un autoconcepto académico más alto que los alumnos que se valoran neutral o negativamente ($F = 371,1854$; $p = .0000$) 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 VI.3 que los chicos tienen, en general, una puntuación mayor en autovalía personal que las chicas ($F = 30,6054$; $p = .0000$).

Los grupos formados según las variables de tipo académico muestran diferencias en el nivel medio de autovalía personal (Tabla VI.4). Así, los sujetos que no han suspendido ninguna asignatura en Junio del curso pasado o han suspendido sólo 1 o 2, tienen una autovalía personal mayor que los estudiantes con 3 suspensos o más ($F = 7,9571$; $p = .0004$). Por otra parte, los sujetos que opinan que la consideración paterna de su calidad como estudiantes es positiva tienen un nivel más alto en esta dimensión del autoconcepto que los sujetos que opinan que dicha valoración de los padres es neutral o negativa ($F = 17,1111$; $p = .0000$). De igual manera, los sujetos que se valoran a sí mismos positivamente como estudiantes tienen un nivel medio de autovalía personal mayor 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 que los que se consideran de forma más negativa ($F = 24,7427$; $p = .0000$)⁶.

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 aspecto social del autoconcepto que los alumnos de REM/FP ($F = 8,1482$; $p = .0044$). En función del sexo, son las chicas las que presentan un mayor «autoconcepto social» que los chicos ($F = 18,0163$; $p = .0000$) (Tabla VI.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 que aquellos cuya opinión es pesimista respecto a la consideración académica de los padres ($F = 5,7150$; $p = .0034$). En relación a la valoración académica personal, se observa un mejor «autoconcepto social» en aquellos que se valoran positivamente en el ámbito académico que en aquellos que lo hacen negativamente ($F = 6,6361$; $p = .0014$) (Tabla VI.4).

⁶ 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%.

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 subescala cuya puntuación mínima es «2» y la puntuación máxima es «10». Especificando un poco más, en la Tabla VI.3 se observan diferencias en este aspecto en función del sexo que favorecen a los chicos en comparación con las chicas ($F = 9,1588$; $p = .0025$). 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 que los sujetos de 16 años y de 14 o 15 años ($F = 12,7982$; $p = .0000$). 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 del autoconcepto físico 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 VI.4). Los alumnos que son optimistas o neutrales 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. Asimismo, aquellos adolescentes que se valoran positivamente o de forma neutral como estudiantes tienen una mayor puntuación en este aspecto del autoconcepto que aquellos que se valoran negativamente.

En definitiva, los resultados indican que el nivel medio de estas variables y determinados aspectos académicos están relacionados. 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, mayor depresión y menor autoconcepto que los hombres.

C. *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 VI.5 y en la Tabla VI.6 se pueden ver estos datos, de los que se van a comentar aquellos que sean significativos.

Tabla VI.5.
Medias y desviaciones típicas de Razones para vivir y Pensamiento de suicidio según características estructurales

| | Tipo de 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 soledad | | | | | | | | | | | |
| Media | 93.1 | 92.3 | 91.7 | 93.5 | 89.0 | 88.0 | 96.1 | 95.4 | 91.7 | 90.5 | |
| Desviación típica | 16.4 | 19.2 | 18.3 | 17.6 | 14.2 | 17.8 | 17.0 | 16.9 | 18.0 | 18.3 | |
| Visión 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 | |
| Desviación típica | 5.4 | 6.3 | 6.1 | 5.8 | 3.4 | 6.1 | 5.6 | 5.8 | 5.8 | 5.9 | |
| Miedo a desaprobación social | | | | | | | | | | | |
| Media | 7.3 | 8.3 | 7.7 | 7.9 | 7.0 | 7.7 | 7.9 | 8.2 | 7.7 | 7.5 | |
| Desviación típica | 3.8 | 4.3 | 4.1 | 4.1 | 4.1 | 4.0 | 4.1 | 4.2 | 3.9 | 4.0 | |
| Miedo al suicidio | | | | | | | | | | | |
| Media | 19.0 | 18.5 | 18.7 | 18.7 | 19.5 | 16.9 | 20.1 | 19.4 | 18.7 | 18.1 | |
| Desviación típica | 5.7 | 6.3 | 5.9 | 6.0 | 6.7 | 5.9 | 5.7 | 5.9 | 6.1 | 6.1 | |
| Razones morales | | | | | | | | | | | |
| Media | 12.2 | 11.6 | 11.5 | 12.3 | 8.0 | 11.0 | 12.6 | 12.5 | 12.0 | 11.1 | |
| Desviación típica | 5.0 | 4.9 | 5.0 | 4.9 | 4.0 | 4.9 | 4.9 | 4.7 | 5.1 | 5.1 | |
| Responsabilidad con la familia | | | | | | | | | | | |
| Media | 21.8 | 21.9 | 21.8 | 22.0 | 20.4 | 21.1 | 22.4 | 22.3 | 21.5 | 21.6 | |
| Desviación típica | 4.9 | 5.3 | 5.2 | 5.1 | 4.4 | 5.2 | 5.0 | 4.7 | 5.2 | 5.4 | |
| Total de ideación suicida | | | | | | | | | | | |
| Media | 14.9 | 15.5 | 15.0 | 15.2 | 17.4 | 14.5 | 15.7 | 15.2 | 15.5 | 14.9 | |
| Desviación típica | 5.4 | 5.6 | 5.6 | 5.4 | 5.9 | 5.1 | 5.8 | 5.5 | 6.0 | 5.5 | |

Tabla VI.6.
Medias y desviaciones típicas de Razones para vivir y Pensamiento de suicidio según aspectos académicos

| | Número suspensos junio | | | Consideración académica paterna | | | Consideración académica 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 |
| Visión 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 desaprobación 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 la 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 ideación 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 |

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 que los hombres ($F = 54,8118$; $p = .0000$). Por otro lado, son los adolescentes de 14 o 15 años los que tienen más razones para vivir si se comparan con los adolescentes de 16 años y de 17 o 18 años ($F = 7,5333$; $p = .0006$). Parece que a medida que avanza la edad disminuye la importancia concedida a las razones para vivir.

En función de los grupos formados según las variables académicas (Tabla VI.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 que los sujetos con opinión negativa en este punto ($F = 4,3116$; $p = .0137$). Por otro, que los alumnos con una consideración académica personal positiva y neutral conceden más importancia a las razones presentadas en la escala como motivos para vivir que los estudiantes con una valoración personal negativa ($F = 4,7319$; $p = .0090$).

Las razones para vivir se agrupan, como se ha podido comprobar, 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). 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 que los hombres ($F = 27,8267$; $p = .0000$). 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 en comparación con el grupo de 16 años ($F = 6,4924$; $p = .0016$) (Tabla VI.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 que los sujetos que consideran que sus padres les valoran negativamente en el terreno académico. Del mismo modo, los sujetos que se valoran a sí mismos de forma positiva consideran más importante esta razón como motivo para no suicidarse que los que se valoran de forma neutral, los cuales, a su vez, la consideran más importante que los sujetos que se autoevalúan como «malos estudiantes» (Tabla VI.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 que los estudiantes de BUP ($F = 11,4239$; $p = .0008$) (Tabla VI.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 que los sujetos que opinan que la valoración académica paterna es positiva y que aquellos que opinan que dicha valoración es negativa ($F = 7,3141$; $p = .0007$) (Tabla VI.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 que los chicos ($F = 77,3893$; $p = .0000$). Quizá este resultado pueda explicar, en parte, por qué los varones realizan, en general, acciones más letales y arriesgadas 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, que los sujetos de 17 y 18 años ($F = 4,1507$; $p = .0160$) (Tabla VI.5).

No aparecen diferencias en la importancia concedida al miedo al suicidio como razón para no suicidarse en función de la valoración académica paterna ni personal, ni en relación con el rendimiento (Tabla VI.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 que los alumnos de REM/FP. 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, seguido de los alumnos de centros públicos y de los estudiantes de

ikastola ($F = 14,5761$; $p = .0000$)⁷. 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 en comparación con los hombres. Según el grupo de edad ($F = 7,3007$; $p = .0007$), los sujetos de menor edad (14 y 15 años) conceden más importancia a las razones morales como motivo para no suicidarse que los sujetos de más edad (17-18 años) (Tabla VI.5).

Aparecen diferencias en la importancia concedida a las razones morales como motivo para vivir en función de la consideración académica paterna ($F = 3,0905$; $p = .0459$) y de la consideración académica personal ($F = 3,5887$; $p = .0280$) (Tabla VI.6). Así las razones morales son más importantes para los sujetos con una consideración neutral y optimista de la valoración académica paterna. De la misma forma, los sujetos con una consideración académica positiva de sí mismos conceden más importancia a las razones morales que los sujetos con una valoración propia negativa.

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 VI.5). Las chicas conceden más importancia a la responsabilidad con la familia como motivo para no suicidarse que los chicos.

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 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 VI.5). Son los alumnos de ikastola los que presentan una mayor puntuación en comparación con los alumnos de centros privados y públicos, 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 que los chicos. No aparecen diferencias en función del tipo de estudios ni del grupo de edad.

⁷ 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.

Los alumnos con peor rendimiento en Junio del curso pasado, esto es, los estudiantes con 3 suspensos o más o los que sacaron 1 o 2 suspensos, presentan, en general más pensamiento de suicidio que los sujetos con un buen rendimiento ($F = 3,2189$; $p = .0404$). Los sujetos que piensan que la valoración académica que los padres hacen de ellos es negativa presentan un mayor nivel de pensamiento de suicidio que los que piensan que sus padres les consideran «normales» o «buenos estudiantes». 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 que los sujetos que se valoran de forma neutral o positiva ($F = 6,4365$; $p = .0017$) (Tabla VI.6).

En definitiva, las chicas tienen más razones para vivir que los chicos. Los alumnos de REM/FP conceden más importancia al «miedo a la desaprobar social como motivo para no suicidarse que los alumnos de BUP, lo cuales priorizan sobre los estudiantes de REM/FP, las «razones morales».

Las chicas presentan un mayor grado de pensamiento de suicidio que los chicos, aunque las razones para vivir pueden ser importantes fuentes disuasorias.

El bajo rendimiento escolar, la valoración académica personal y paterna negativas se asocian a un mayor pensamiento de suicidio, en tanto que la valoración positiva se relaciona con más razones para vivir.

VI.1.3. Incidencia del pensamiento de suicidio

Como se ha comentado en el capítulo anterior, la escala de pensamiento de suicidio está formada por 10 ítems, 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 ítems, 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 las Tablas VI.7 y VI.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 variables estructurales tales como tipo de estudios, tipo de centro, sexo, edad, y por 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 valor de 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.

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 que de hombres declara haber tenido menos ganas de vivir (Ji cuadrado = 9,39304; $p = .02450$). En relación a la edad, son los sujetos de 16 años los que han tenido menos ganas de vivir en comparación con los sujetos de 14-15 años y con los sujetos de 17-18, aunque esta desigualdad no es significativa.

Las diferencias en los porcentajes de respuestas en los grupos formados según las variables académicas (Tabla VI.8) no son significativas, aunque el porcentaje de personas con pocas o ninguna gana de vivir es mayor entre los sujetos con más suspensos y con una valoración académica paterna y personal más negativa.

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 VI.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» (Tabla VI.8).

Tabla VI.7.
Porcentajes verticales de respuesta sobre Pensamiento de suicidio según características estructurales

| | Tipo de estudios | | Tipo de centro | | | Sexo | | Grupos de edad en años | | | Total |
|--|------------------|--------|----------------|---------|----------|--------|-------|------------------------|------|-------|-------|
| | Bup | Rem/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 vivir | | | | | | | | | | | |
| 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 | 18.2 |
| 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 | 6.6 | 15.2 | 3.9 | 8.8 | 4.3 | 7.3 | 9.3 | 6.8 |

Tabla VI.7. (Continuación)

| | Tipo de estudios | | Tipo de centro | | Sexo | | Grupos de edad en años | | | Total | |
|---|------------------|--------|----------------|---------|----------|--------|------------------------|-------|------|-------|-------|
| | Bup | Rem/Fp | Público | Privado | Ikastola | Hombre | Mujer | 14-15 | 16 | | 17-18 |
| | | | | | | | | | | | |
| 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 opinión 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 relación 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 VI.8.
Porcentajes verticales de respuesta sobre Pensamiento de Suicidio según aspectos académicos

| | Número suspensos junio | | | Consideración académica paterna | | | Consideración académica 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 |

Tabla VI.8. (Continuación)

| | Número suspensos junio | | | Consideración académica paterna | | | Consideración académica personal | | | Total |
|---|------------------------|------|---------|---------------------------------|---------|-------|----------------------------------|---------|-------|-------|
| | Ninguno | 1-2 | 3 o más | Malo | Regular | Bueno | Malo | Regular | Bueno | |
| La idea de suicidarme | | | | | | | | | | |
| No se me ocurre nunca | 49.7 | 44.4 | 42.7 | 37.9 | 45.8 | 55.8 | 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 | 46.0 | 44.8 | 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 opinión 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 | 6.3 | 5.8 | 5.7 |
| En relación 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 |

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, 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 VI.7).

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», aunque las diferencias en las frecuencias de estos grupos no son estadísticamente significativas (Tabla VI.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, entre los alumnos de REM/FP que entre los alumnos de BUP. En relación al sexo, son las mujeres las que declaran en mayor medida haber tenido ganas de intentar suicidarse en comparación con los hombres (Ji cuadrado = 7,93056; $p = .04747$). Los grupos de menor edad afirman con más frecuencia haber querido realizar un intento activo de suicidio que los grupos de más edad, aunque las diferencias no son estadísticamente reseñables (Tabla VI.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, frente a los alumnos con 1 o 2 suspensos y los estudiantes con 3 o más, aunque este resultado no se puede afirmar con un nivel de confianza del 95%. Los alumnos que creen que sus padres les consideran «malos estudiantes» declaran haber tenido deseos de intentar suicidarse de forma activa más frecuentemente que los sujetos que piensan que sus padres les consideran

«regulares» o «buenos estudiantes» (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», «regulares» y «buenos» (Ji cuadrado = 13,83454; $p = .03154$) (Tabla VI.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 de los alumnos de REM/FP contesta alguna de las dos alternativas «más letales» en comparación con los alumnos de BUP, aunque las diferencias no son estadísticamente reseñables. 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, aunque estas diferencias no son importantes estadísticamente hablando (Tabla VI.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, seguido de los estudiantes con 1 o 2 suspensos frente al porcentaje de alumnos sin fracaso escolar que dan estas mismas respuestas. Por otra parte, tanto los sujetos que opinan que sus padres les consideran malos estudiantes como los que se consideran a sí mismos de igual manera responden más frecuentemente estas dos opciones que los sujetos que piensan que sus padres les califican positivamente y los alumnos que se valoran a sí mismos como buenos estudiantes (Tabla VI.8). La única diferencia estadísticamente significativa se da entre los grupos formados en función de la valoración académica paterna (Ji cuadrado = 17,05421; $p = .0090$).

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 en relación a los alumnos de colegio privado y de colegio público (Ji cuadrado = 21,58564; $p = .00144$)⁸. Las chi-

⁸ 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».

cas son las que con más frecuencia afirman que la idea de suicidio les dura un tiempo o que es continua 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 que en los dos restantes grupos, aunque estas diferencias no son significativas (Tabla VI.7).

En relación a los grupos formados por las variables más específicamente académicas, los sujetos con asignaturas pendientes parecen afirmar con más frecuencia que las ideas de suicidio tienen cierta o mucha duración en comparación con los alumnos que no han tenido suspensos, aunque estas diferencias no se puedan afirmar con un 95% de confianza. 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 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 (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 VI.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 que entre los chicos (Ji cuadrado = 12,09409; $p = .00707$) y entre el grupo de 16 años que entre el grupo de 14-15 años y de 17-18 años, aunque las diferencias en función de la edad no son significativas (Tabla VI.7).

Como puede observarse en la Tabla VI.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 en comparación con los estudiantes sin suspensos, aunque las diferencias no son estadísticamente reseñables. Los alumnos que piensan que sus padres les valoran negativamente como estudiantes y los que se consideran a sí mismos «malos estudiantes» son los que afirman en mayor proporción cierta o mucha frecuencia en los pensamientos de suicidio en comparación con los alumnos que opinan que sus padres les califican como «buenos estudiantes» (Ji cuadrado = 16,09592; $p = .01325$) y con los alumnos que se autoevalúan positivamente como estudiantes (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 ideación suicida (17,1%) o bien que la acepta y asume (0,6%). Los alumnos de REM/FP son los que en un ma-

yor porcentaje declara alguna de estas dos posturas en comparación con los alumnos de BUP (Ji cuadrado = 8,90054; $p = .03064$). Las chicas se muestran ambivalentes ante el deseo de suicidio o lo aceptan en mayor proporción que los chicos (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 en comparación con los adolescentes de 14 o 15, y 16 años, aunque no de una forma significativa (Tabla VI.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 el deseo de suicidio que los alumnos sin suspensos, aunque las diferencias no son estadísticamente importantes. En la Tabla VI.8 se recoge que los estudiantes que opinan que sus padres les valoran negativamente como estudiantes son los que con más frecuencia muestran mayor tolerancia hacia sus ideas de suicidio en comparación con los alumnos que declaran ser calificados por sus padres como «buenos estudiantes» (Ji cuadrado = 26,90120; $p = .00015$). Asimismo los alumnos con una consideración académica personal negativa se muestran con más frecuencia tolerantes hacia el propio deseo de suicidio que los sujetos que se valoran académicamente de forma positiva (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 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 VI.7), se constata que las adolescentes ofrecen estas razones para la posibilidad de suicidio con más frecuencia que los adolescentes (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, seguido del grupo de 14 o 15 años, aunque las diferencias no son significativas (Tabla VI.7).

Los sujetos con asignaturas pendientes en Junio del curso pasado se plantean la posibilidad de suicidio como un modo de resolver los problemas o/y de llamar la atención con más frecuencia que los sujetos que no tuvieron asignaturas pendientes, aunque estas diferencias no son importantes desde el punto de vista estadístico. 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 que los alumnos que opinan que sus padres les valoran positivamente como estudiantes (Ji cuadrado = 13,04907; $p = .04226$). De la misma forma, aquellos estudiantes que se valoran negativamente a sí mismos en el te-

rreno académico presentan estos motivos para la posibilidad de suicidio con más frecuencia que los alumnos que se consideran «buenos estudiantes», aunque no de una forma significativa (Tabla VI.8).

Por último, 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 VI.7 refleja que son los alumnos de REM/FP los que afirman con mayor frecuencia la posibilidad de suicidio si se comparan con los alumnos de BUP, aunque las diferencias no son reseñables desde el punto de vista estadístico, ya que pueden deberse al azar. Tampoco se dan diferencias significativas en el porcentaje de respuestas en relación con el tipo de centro. Es mayor el número de chicos que afirma la posibilidad futura de intento de suicidio si se compara con el porcentaje de las chicas (Ji cuadrado = 10,35628; $p = .01577$). En función de la edad, se observa que los alumnos de más edad son los que afirman en menor proporción la posibilidad de intentar realmente el suicidio (7,8%), frente a los alumnos de 14 o 15 y 16 años, aunque las diferencias pueden ser aleatorias.

Entre los alumnos con mayor número de suspensos en Junio del curso pasado, se da un mayor porcentaje de posibilidad futura de intención de suicidio declarada (Tabla VI.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 el intento real de suicidio, mientras que solo un 5,3% de los que se valoran a sí mismos como «buenos estudiantes» ofrece este tipo de respuesta. Las diferencias entre las frecuencias de respuestas entre los grupos en función del número de suspensos, de la valoración académica paterna y de la valoración académica personal no son significativas, aunque en este último caso el valor de la Ji cuadrado (42,52871) lleva asociada una probabilidad cercana a la significatividad ($p = .05116$).

En definitiva, se puede afirmar que hay un porcentaje 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 de las opciones «3» y «4» en cada uno de los ítems de la escala de pensamiento de suicidio, se podría hablar de alrededor de un 10% de adolescentes «ideadores» de suicidio con cierta intensidad⁹. Parece que

⁹ Un 10,3% de la muestra ha respondido en 5 o más ítems las opciones «3» o «4», consideradas las respuestas «más suicidas».

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.

VI.1.4. Conclusiones

Los resultados presentados 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 peores rendimiento y consideración académica tanto paterna como personal, en tanto 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.

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. 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.

Los resultados expuestos indican que las mujeres tienen niveles más altos de depresión y un peor autoconcepto, excepto en el aspecto social. 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 por qué las chicas se suicidan con 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 del 10%). Si tenemos en cuenta la división por grupos según las variables estructurales, aparecen diferencias en función del sexo. 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.

VI.2. INFLUENCIA DEL ESTRES Y EL AFRONTAMIENTO EN EL «ESTADO MENTAL SUICIDA»

En este apartado se comentan los resultados de los análisis llevados a efecto para comprobar la primera 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.

VI.2.1. Preparación 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 y la utilización de afrontamiento se han dicotomizado en función de la mediana o percentil 50, de tal modo que se formen 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. Las variables dependientes implicadas en el análisis son aquellas que componen el teórico «estado mental suicida». A saber la soledad, la depresión, el autoconcepto, la desesperanza, y las razones para vivir.

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.

VI.2.2. Diferencias en el «Estado Mental Suicida» en función del estrés y el afrontamiento general

La presentación de los resultados de esta subhipótesis se realiza en dos apartados. 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.

A. Efecto de la interacción del estrés 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, como para cada una de las variables incluidas dentro del mencionado estado mental. Se puede afirmar, entonces, que los niveles del «estado mental suicida» no son significativamente diferentes en función de la interacción del nivel de estrés y de la utilización de afrontamiento general (Lambda de Wilks=.99427; $p = .316$). Tampoco hay dife-

rencias 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 ($F = .00103$; $p = .974$).

B. Efecto independiente del estrés y el afrontamiento general

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 VI.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.

Tabla VI.9.
**Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida»
según nivel de Estrés**

| | Total de Estrés | | Total |
|-----------------------|-----------------|------|-------|
| | Bajo | Alto | |
| Total de soledad | 15.0 | 15.7 | 15.4 |
| Total de depresión | 15.5 | 18.2 | 16.9 |
| Total de desesperanza | 17.5 | 19.2 | 18.4 |
| Total de autoconcepto | 52.4 | 50.1 | 51.3 |

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 VI.10 que el nivel medio de soledad es significati-

vamente 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.

Tabla VI.10.
**Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida»
 según utilización de Afrontamiento general**

| | Total de Afrontamiento | | Total |
|-----------------------------|------------------------|------|-------|
| | Bajo | Alto | |
| Total de soledad | 15.7 | 15.0 | 15.4 |
| Total de depresión | 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 |

La dirección de las diferencias entre los grupos en la variable depresión es contraria a la esperada, ya que se suponía 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 afrontamiento general de estilos adaptativos e inadaptativos.

VI.2.3. Diferencias en el «Estado Mental Suicida» en función del estrés y del afrontamiento adaptativo y maladaptativo

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.

A. Efecto de la interacción del estrés y el afrontamiento adaptativo y maladaptativo

Los grupos formados por la interacción del nivel de *estrés* y la puntuación en *afrontamiento adaptativo e inadapativo* no muestran diferencias significativas en el nivel de estado mental suicida considerado como totalidad (Wilks = .99495; $p = .395$) ni en la puntuación media de la mayoría de las variables que lo componen. Este es el caso de la soledad ($F = .08218$; $p = .774$), depresión ($F = .91496$; $p = .339$), la desesperanza ($F = .08322$; $p = .773$) y las razones para vivir ($F = .01390$; $p = .906$). 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» ($F = 4,36985$; $p = .037$).

Tabla VI.11.
Puntuación media de Autoconcepto según nivel de Estrés y utilización de Afrontamiento adaptativo y maladaptativo

| | Bajo Estrés | | | | Alto Estrés | | | | Total |
|-----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|-------|
| | Bajo Afront. Maladaptativo | | Alto Afront. Maladaptativo | | Bajo Afront. Maladaptativo | | Alto Afront. Maladaptativo | | |
| | Bajo Afront. Adapta. | Alto Afront. Adapta. | Bajo Afront. Adapta. | Alto Afront. Adapta. | Bajo Afront. Adapta. | Alto Afront. Adapta. | Bajo Afront. Adapta. | Alto Afront. Adapta. | |
| Total de autoconcepto | 52.3 | 54.8 | 49.6 | 53.2 | 48.8 | 54.7 | 46.6 | 49.6 | 51.3 |

Se puede afirmar que el nivel de estrés, la utilización de afrontamiento adaptativo y de afrontamiento inadapativo interactúan de tal forma que marcan diferencias en el nivel de autoconcepto. Como aparece reflejado en la Tabla VI.11, el grupo más favorecido es el que utiliza poco afrontamiento inadapativo, 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 inadapativo* 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 es-

tas 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 ($F = 1,57138$; $p = .210$), 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 *afrentamiento 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 *afrentamiento 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 ($F = 1.62413$; $p = .203$).

Tabla VI.12.
**Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida»
según nivel de Estrés y utilización de Afrontamiento maladaptativo**

| | Total de Estrés | | | | Total |
|-----------------------------|--------------------------------------|------|--------------------------------------|------|-------|
| | Bajo | | Alto | | |
| | Total de Afrontamiento Maladaptativo | | Total de Afrontamiento Maladaptativo | | |
| | Bajo | Alto | Bajo | Alto | |
| Total de soledad | 14.4 | 15.7 | 15.5 | 15.9 | 15.4 |
| Total de depresión | 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 |

La Tabla VI.12 incluye las medias de los grupos formados por la interacción del estrés y del afrontamiento maladaptativo en torno a las va-

riables 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 inadapativo, 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 estadística aceptable en este estudio (95%).

En resumen, el nivel de estrés, el afrontamiento adaptativo e inadapativo 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 inadapativo 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 las razones para vivir, se puede afirmar que un mayor nivel de estrés y un alto afrontamiento inadapativo favorece un mayor grado de «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 afrontamiento maladaptativo.

B. *Efecto independiente del estrés 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 VI.9).

Considerando el *afrontamiento adaptativo* independientemente del estrés y del afrontamiento inadapativo, 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 VI.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.

Tabla VI.13.
**Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida»
 según utilización de Afrontamiento adaptativo**

| | 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 |

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 inadapativo, 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 VI.14)

Tabla VI.14.
**Puntuaciones medias del «Estado Mental Suicida»
 según utilización de Afrontamiento maladaptativo**

| | Total de Afrontamiento Maladaptativo | | Total |
|-----------------------------|---|------|-------|
| | Bajo | Alto | |
| Total de soledad | 14.9 | 15.8 | 15.4 |
| Total de depresión | 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 |

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. 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 aminorada por un estilo de «coping» adaptativo.

VI.2.4. Conclusiones

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 inadapativo (subhipótesis I.2).

Los resultados de la subhipótesis I.1 indican que no hay diferencias en el nivel de «estado mental suicida» ni en el 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.

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 suici-

da», esta es, las razones para vivir. Por otra parte, la consideración del afrontamiento como generalidad, es decir, 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. 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 este aspecto.

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» individuos que afrontan las situaciones problemáticas de forma ineficaz, cuando se encuentran con un alto nivel de estrés. 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 beneficiarse de 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, como se ha expuesto, 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 poco adaptativos para escapar de la situación, 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», principalmente sobre la soledad, es mayor si el estilo de afrontamiento del sujeto no es adecuado.

El afrontamiento adaptativo, el estrés y el afrontamiento inadaptable considerados independientemente inciden 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 inadaptable, 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.

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 las variables que lo componen.

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 adaptativo como amortiguador del estrés queda probado únicamente en el caso del autoconcepto. Con estos resultados, se puede afirmar que, si bien no se confirma el efecto del afrontamiento adaptativo en situaciones de alto estrés para aminorar el «estado mental suicida», 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 existen estilos de afrontamiento adaptativo e inadaptativo y, segundo, que el estilo inadaptativo, no solo no aminora el efecto del estrés en el malestar psicológico, sino que lo puede empeorar.

VI.3. INFLUENCIA DEL ESTRÉS Y EL AFRONTAMIENTO EN EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO

Una vez estudiada la relación del estrés y el afrontamiento en el «estado mental suicida», en esta segunda 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.

VI.3.1. Preparación 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 Nivel de estrés y Utilización de afrontamiento general para la primera subhipótesis y Nivel de estrés, Utilización de afrontamiento adaptativo y Utilización de afrontamiento maladaptativo para la segunda subhipótesis.

La variable dependiente es en todos los casos el Total de Ideación suicida. Las variables que se van a neutralizar, es decir «covariantes» son las que componen el «estado mental suicida» consideradas como totalidad: soledad, depresión, desesperanza, razones para vivir y autoconcepto. 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.

VI.3.2. Diferencias en el pensamiento de suicidio según el nivel de estrés y el afrontamiento general

Se puede esperar que un nivel alto de estrés y la baja utilización de cualquier estrategia de afrontamiento se asocie con un mayor nivel de pensamiento de 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 de estos aspectos definen los subapartados siguientes.

A. 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 VI.15.)¹⁰.

¹⁰ 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.

Tabla VI.15.
**Puntuación media de Pensamiento de suicidio
según nivel de Estrés**

| | Total de Estrés | | Total |
|---|-----------------|------|-------|
| | Bajo | Alto | |
| Puntuación total de pensamiento de suicidio | 13.9 | 16.5 | 15.2 |

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.

B. *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 VI.16.).

Tabla VI.16.
**Puntuación media de Pensamiento de suicidio
según utilización de Afrontamiento general**

| | Total de Afrontamiento | | Total |
|---|------------------------|------|-------|
| | Bajo | Alto | |
| Puntuación total de pensamiento de suicidio | 14.9 | 15.6 | 15.2 |

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 VI.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. 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 general de afrontamiento en el pensamiento de suicidio.

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 suje-

tos que más utilizan todo tipo de estrategias de afrontamiento tienen un mayor pensamiento de suicidio (Tabla VI.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 ($F = 11,80$; $p = .001$).

Por último, la neutralización simultánea de las *cinco* variables que 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 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. El signo de la relación es contrario al 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. De este resultado se deduce la conveniencia de distinguir dos estilos de afrontamiento, adaptativo y maladaptativo.

El nivel de estrés no interactúa con el grado de utilización de afrontamiento general para dar cuenta del nivel del pensamiento de suicidio.

VI.3.3. Diferencias en el pensamiento de suicidio en función del estrés y el afrontamiento adaptativo y maladaptativo

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.

A. 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 entre sí ($F = .59; p = .442$).

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 se asocia con un mayor nivel de ideación suicida ($F = 68,29; p = .000$) (Ver Tabla VI.15).

El grado de utilización del afrontamiento adaptativo también se asocia con el pensamiento de suicidio, de modo que una mayor puntuación en afrontamiento adaptativo implica un nivel significativamente menor de ideación suicida ($F = 16,27; p = .000$). La Tabla VI.17 presenta las medias de puntuación en pensamiento de suicidio para cada uno de los grupos.

Tabla VI.17.
**Puntuación media de Pensamiento de suicidio
según utilización de Afrontamiento adaptativo**

| | Total de Afrontamiento Adaptativo | | Total |
|---|-----------------------------------|------|-------|
| | Bajo | Alto | |
| Puntuación total de pensamiento de suicidio | 15.6 | 14.9 | 15.2 |

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 VI.18).

Tabla VI.18.
**Puntuación media de Pensamiento de suicidio
según utilización de Afrontamiento maladaptativo**

| | Total de Afrontamiento Maladaptativo | | Total |
|---|---|------|-------|
| | Bajo | Alto | |
| Puntuación total de pensamiento de suicidio | 14.2 | 16.3 | 15.2 |

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.

B. 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 afrontamiento 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 este tipo de 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 ($F = 3,00$; $p = .083$). 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%.

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.

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 de la utilización del afrontamiento 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.

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 el grupo con poca utilización de este estilo de afrontamiento 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 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 ($F = 4,15$; $p = .042$).

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 ninguna interacción entre el estrés y los estilos de afrontamiento.

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 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 análisis 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.

VI.3.4. Conclusiones

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 expli-

ca el porqué la consideración del afrontamiento como totalidad, esto es, incluyendo afrontamiento 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.

VI.4. EXPLICACION Y PREDICCIÓN DEL PENSAMIENTO DE SUICIDIO A TRAVÉS DE ASPECTOS PSICOSOCIALES

Se pretende comprobar a través de esta hipótesis si las variables psicossociales 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) para explorar la posibilidad de clasificar correctamente a los sujetos en función de los aspectos considerados. Por otra, se entiende el pensamiento de suicidio como un continuo, cuya variabilidad puede explicarse a través de determinados factores psicossociales.

Los resultados de ambos análisis se presentan a continuación, una vez comentada la aplicación concreta de las técnicas estadísticas.

VI.4.1. Preparación 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 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 (Fernández 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. 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» o «4», 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 multivaria-

ble) 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 guía 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 en logaritmos y exponenciaciones al cuadrado. 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».

VI.4.2. Predicción del grado de pensamiento de suicidio a través 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 totalidad¹¹.

¹¹ En el primer discriminante se incluyen dos totales de afrontamiento, el adaptativo y el maladaptativo. 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.

A. *Análisis 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».

Tabla VI.19.
**Variables elegidas después del paso 7
(ordenadas según la «F de salida») en el análisis discriminante
con puntuaciones totales**

| Variable | Tolerancia | F de Salida | Lambda de Wilks |
|-----------------------------|------------|-------------|-----------------|
| Depresión | .8285675 | 84.033 | .79577 |
| Razones para vivir | .9412819 | 46.665 | .76896 |
| Desesperanza | .7774490 | 19.460 | .74944 |
| Estrés | .8950897 | 7.9346 | .74117 |
| Autoconcepto | .7647662 | 6.5182 | .74015 |
| Afrontamiento maladaptativo | .8916934 | 3.8357 | .73823 |
| Número de suspensos | .9255179 | 1.3037 | .73641 |

Las variables elegidas por el análisis para entrar a formar parte de la ecuación discriminante son, como puede observarse en la Tabla VI.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.

La predicción del grupo «suicida» y «no suicida» se realiza en base a una función¹² creada a partir de las variables elegidas por el análisis y cuyos coeficientes estandarizados y estructurales se recogen en la Tabla VI.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.

Tabla VI.20.

Coefficientes estandarizados y estructurales de las variables explicativas en la función discriminante del análisis con puntuaciones totales

| Variable | Función 1 |
|-------------------------------------|-----------|
| Coefficientes estandarizados | |
| Depresión | .58797 |
| Razones para vivir | -.41819 |
| Desesperanza | .30100 |
| Estrés | .18012 |
| Autoconcepto | -.17674 |
| Afrontamiento maladaptativo | .12572 |
| Número de suspensos | -.07203 |
| Coefficientes estructurales | |
| Depresión | .77325 |
| Desesperanza | .58946 |
| Autoconcepto | -.51079 |
| Razones para vivir | -.42314 |
| Estrés | .40894 |
| Soledad | .33157 |
| Afrontamiento maladaptativo | .26718 |
| Consideración académica personal | -.23556 |
| Consideración académica paterna | -.22977 |
| Afrontamiento adaptativo | -.13019 |
| Número de suspensos | .09092 |

¹² Los valores asociados a la función discriminante son:

| Fun | Autovalor | Pct de Varianza | Pct Acum | Correl Cano | Fcn | Desp Wilks | Lambda Ji cuadrado | GL | Sig |
|-----|-----------|-----------------|----------|-------------|-----|------------|--------------------|----|-------|
| 1* | .3597 | 100.00 | 100.00 | .5143: | 0 | .7355 | 315.688 | 7 | .0000 |

Los resultados globales de la clasificación aparecen en la Tabla VI.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». 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». Por otra parte, 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.

Tabla VI.21.
Resultados globales de la clasificación del análisis discriminante con puntuaciones totales

| Grupo real | Número casos | Grupo 1 | Grupo 2 |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| Grupo “no suicida” | 927 | 781 84.3% | 146 15.7% |
| Grupo “suicida” | 106 | 18 17.0% | 88 83.0% |

B. *Análisis 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.

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 VI.22).

Tabla VI.22.
VARIABLES ELEGIDAS DESPUÉS DEL PASO 10 (ORDENADAS SEGÚN LA «F DE SALIDA») EN EL ANÁLISIS DISCRIMINANTE CON PUNTUACIONES TOTALES Y FACTORES

| Variable | Tolerancia | F de Salida | Lambda de Wilks |
|--------------------------------------|------------|-------------|-----------------|
| Depresión | .8249441 | 70.415 | .76384 |
| Autovalía personal | .7700845 | 30.215 | .73573 |
| Optimismo vida y autoeficacia | .7324114 | 16.806 | .72636 |
| Desesperanza | .7813974 | 12.137 | .72309 |
| Consumo alcohol o drogas | .9531000 | 6.4667 | .71913 |
| Estrés | .8825751 | 4.6442 | .71785 |
| Miedo al suicidio | .7666202 | 4.0563 | .71744 |
| Razones morales | .8068891 | 3.8438 | .71730 |
| Dimensión social del autoconcepto | .8724823 | 2.9019 | .71664 |
| Afrontamiento activo y planificación | .8461009 | 2.5244 | .71637 |

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 negativa-

mente 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 VI.23)¹³.

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

| Variable | Función 1 |
|--------------------------------------|-----------|
| Coeficientes estandarizados | |
| Depresión | .52324 |
| Autovalía personal | -.36147 |
| Optimismo en la vida y autoeficacia | -.27821 |
| Desesperanza | .22940 |
| Consumo de alcohol o drogas | .15204 |
| Miedo al suicidio | -.13442 |
| Estrés | .13401 |
| Razones morales | -.12756 |
| Dimension social del autoconcepto | .10664 |
| Afrontamiento activo y planificación | .10102 |
| Coeficientes estructurales | |
| Depresión | .73380 |
| Autovalía personal | -.59507 |
| Desesperanza | .55939 |
| Optimismo en la vida y autoeficacia | -.47207 |
| Estrés | .38808 |
| Autoconcepto académico | -.31358 |
| Razones morales | -.29950 |
| Consumo de alcohol o drogas | .29662 |
| Soledad | .28641 |
| Consideración académica paterna | -.20065 |
| Consideración académica personal | -.19567 |
| Responsabilidad con la familia | -.16824 |

¹³ Los valores asociados a la función discriminante son:

| Fun | Autovalor | Pct de Varianza | Pct Acum | Correl Cano | Fcn | Desp Wilks | Lambda Ji cuadrado | GL | Sig |
|-----|-----------|-----------------|----------|-------------|-----|------------|--------------------|----|-------|
| 1* | .3994 | 100.00 | 100.00 | .5342: | 0 | .7146 | 344.759 | 10 | .0000 |

Tabla VI.23. (Continuación)

| Variable | Función 1 |
|---|-----------|
| Coefficientes estructurales (Continuación) | |
| Miedo al suicidio | -.16599 |
| Negación | .15167 |
| Desvinculación conductual | .14858 |
| Número de suspensos | .14017 |
| Dimensión social del autoconcepto | -.10787 |
| Dimensión física del autoconcepto | -.09024 |
| Miedo a la desaprobación social | -.05491 |
| Afrontamiento activo y planificación | -.04787 |
| Desvinculación mental | .02579 |
| Búsqueda apoyo social | -.01318 |

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 15,7% de «positivos falsos» y un 14,2% de «falsos negativos» (Tabla VI.24). De 106 sujetos que componen el grupo «suicida» 91 son clasificados correctamente y 15 erróneamente.

Tabla VI.24.

Resultados globales de la clasificación del análisis discriminante con puntuaciones totales y factores

| Grupo real | Número casos | Grupo 1 | Grupo 2 |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| Grupo «no suicida» | 927 | 787 84.3% | 140 15.7% |
| Grupo «suicida» | 106 | 15 14.2% | 91 85.8% |

C. 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 suspensiones 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.

VI.4.3. Explicación del pensamiento de suicidio a través 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.

A. Análisis de regresión múltiple con puntuaciones totales

En la Tabla VI.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.

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 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.).

Tabla VI.25.
**Resultados globales del análisis de regresión múltiple
realizado con puntuaciones totales**

| Paso | R. Mult. | R ² | R ² Ajust. | F | Sif. F | Variable | C. Beta |
|------|----------|----------------|-----------------------|---------|--------|---------------------------------|---------|
| 1 | .5481 | .3004 | .29974 | 442.746 | .000 | In: Depresión | .5481 |
| 2 | .5940 | .3529 | .35161 | 280.816 | .000 | In: Razones para vivir | -.2303 |
| 3 | .6228 | .3878 | .38606 | 217.314 | .000 | In: Desesperanza | .2026 |
| 4 | .6317 | .3991 | .39672 | 170.663 | .000 | In: Autoconcepto | -.1237 |
| 5 | .6389 | .4083 | .40537 | 141.709 | .000 | In: Estrés | .0997 |
| 6 | .6443 | .4151 | .41164 | 121.340 | .000 | In: Afrontamiento maladaptativo | .0883 |

B. Análisis de regresión múltiple 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 VI.26.

Tabla VI.26.
**Resultados globales del análisis de regresión múltiple
realizado con puntuaciones totales y factores**

| Paso | R. Mult. | R ² | R ² Ajust. | F | Sif. F | Variable | C. Beta |
|------|----------|----------------|-----------------------|---------|--------|-----------------------------------|---------|
| 1 | .5481 | .3004 | .29974 | 442.746 | .000 | In: Depresión | .5481 |
| 2 | .6077 | .3693 | .36810 | 301.591 | .000 | In: Optimismo vida y autoeficacia | -.2679 |
| 3 | .6388 | .4080 | .40630 | 236.420 | .000 | In: Autovalía personal | -.2188 |
| 4 | .6512 | .4241 | .42183 | 189.232 | .000 | In: Consumo alcohol o drogas | .1291 |
| 5 | .6587 | .4338 | .43107 | 157.384 | .000 | In: Estrés | .1027 |
| 6 | .6647 | .4418 | .43854 | 135.345 | .000 | In: Razones morales | -.0958 |
| 7 | .6686 | .4470 | .44326 | 118.377 | .000 | In: Desesperanza | .0855 |

Puede observarse que 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 pensa-

miento 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.)

C. Conclusiones en relación al poder explicativo de aspectos 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 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.

VI.4.4. Conclusiones

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 análisis 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 com-

prensión 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 variables psicosociales. Es preciso un acercamiento multidisciplinar para estudiar la conducta autodestructiva.

Capítulo VII

Conclusiones generales

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 estudio.

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 auto-destrucción a plantearse la posibilidad de conjuntar ambas perspectivas y a considerar el suicidio desde la multidimensionalidad. La mayoría de las interpretaciones interdisciplinarias 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 libro. El modelo socioindividual 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, si se atiende a la naturaleza de las variables, integrado, circular, multidireccional, compensatorio y combinatorio, si se consideran las relaciones entre las variables, y abierto, predictivo, explicativo y preventivo, si se tiene en cuenta su utilidad.

La perspectiva socioindividual defiende la existencia de un contexto socioindividual donde situar la conducta suicida, compuesto por el contexto social general, el contexto social inmediato y el entramado indivi-

dual. 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, 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 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.

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»¹.
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 últimos².
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, en absoluto, directa ni total. Sin embargo, se deberían tomar precauciones y realizar un seguimiento de este «grupo de riesgo».

La comprobación de la relación entre el estrés y el afrontamiento y el «estado mental suicida», 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 tales como la depresión, la desesperanza y la soledad y a un menor grado en variables como el autoconcepto y las razones para vivir.
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.

¹ 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.

² Este resultado puede explicar por qué 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 *et al.* 1982; Dooley, 1990; Platt *et al.* 1992; Simons y Murphy, 1985; Kienhorst *et al.* 1990, entre otros).

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 afrontamiento maladaptativo se relaciona con un nivel mayor de «estado mental suicida»³.
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»⁴, sobre todo de soledad.
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.

Con respecto a la relación entre el estrés y el afrontamiento con el pensamiento de suicidio, los resultados indican que:

9. Un alto nivel de estrés se asocia con un mayor grado de pensamiento de suicidio, aún neutralizando las variables del «estado mental suicida».
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.
11. No se da ninguna interacción entre el estrés y la utilización de afrontamiento general.
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 menor pensamiento de suicidio.
13. La relación del afrontamiento adaptativo con el pensamiento de suicidio parece deberse a la relación que, de hecho, tienen algu-

³ 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.

⁴ 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».

nas 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 socioindividual⁵.

Los resultados respecto a la posibilidad predictiva/explicativa de los aspectos psicosociales incluidos en este estudio 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 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 predictivo⁶.

⁵ 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.

⁶ 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

Las *implicaciones* que tienen estos resultados en relación al *modelo socioindividual* en general y a la «aplicación práctica» en particular son 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 ha 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 suicida.
27. Tras la consideración conjunta de todos los aspectos explicativos se logra explicar un 45% de la variabilidad del pensamiento de suicidio. Todavía queda una importante proporción (55%) 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.

esta diferencia podría estar en la utilización de instrumentos distintos para la medición de la ideación suicida. De hecho, otro estudio realizado por Rich *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.

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.

Esta investigación cuenta con una serie de limitaciones, 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 estudio 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.

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, esta investigación 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 libro 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 obra 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.

Este libro ha demostrado que el suicidio es un tema que puede y debe tratarse con seriedad y científicidad dado que el conocimiento profundo sobre el problema es el primer paso para una prevención e intervención eficaces. Solamente por esta vía logran los profesionales de la salud y la educación las más altas cotas de eficacia en la solución y prevención de este problema, por el momento no muy frecuente, pero de fatales consecuencias.

Bibliografía

- ABRAHAM, K. (1911). «Notes on the psychoanalytic Investigation and Treatment of Mani-depressive Insanity and Alliel Conditions». *Selected Papers on Psychoanalysis* (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; CARDÚS, 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.
- 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-FERNÁNDEZ, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico*. Barcelona: Editorial Labor S.A.
- AMARAL, M. (1989). «Suicídio, depressão 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 Reinhold Company.
- ANDREASEN, N.C. (1985). «Conceptos, Diagnóstico y Clasificación». En E. S. PAYKEL (Ed.). *Psicopatología 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. APPELY y R. TRUMBULL (Ed.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- APTER, A., BLEICH, A., PLUTCHIK, R., MENDELSON, S. y TYANO, S. (1988). «Suicidal Behavior, Depression, and Conduct Disorder in Hospitalized Adolescents». *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 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: Paidós.
- ASARNOW, J. R. y WEINTRAUB, J. (1985). «Boys with Peer Adjustment Problems: Social Cognitive Processes». *Journal of Consulting 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, Hopelessness, 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 terapéuticas*. Madrid: Editora Importecnica, s.a.
- 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 Québécoise 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. (1988). «Models of Social Support and Life Stress». En L. H. COHEN (Ed.). *Life Events and Psychological Functioning. Theoretical and Methodological Issues*. Newsbury Park, California: Sage Publications.
- 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 Suicidal Ideation». *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- BECK, A. T., STEER, R. A., BECK, J. A. y NEWMAN, C. F. (1993). «Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 4, 139-145.
- 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 Considéré dans ses Rapports avec la Philosophie, la Théologie, la Médecine, 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 Psychopathology*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- BIRCHNELL, 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 Depression 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.
- BÖSTMAN, 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 considéré comme Maladie, Paris: Batigoules, 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.
- 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. (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 Psychiatry*, 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., ALLMAN, C. J. y ZELENACK, J. P. (1988). «Risk Factors for Adolescent Suicide. A

- Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients». *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- BRENT, D. A., JOHNSON, B., BARTLE, S., BRIDGE, J., RATHER, C., MATTA, J., CONNOLLY, J y CONSTANTINE, D. (1993). «Personality Disorder, Tendency to Impulsive Violence, and Suicidal Behavior in Adolescents». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 32, 1, 69-75.
- BROOKSBANK, D. J. (1985). «Suicide and Parasuicide in Childhood 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 Depression». En M. H. APPELY 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 Attempts». *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*. Barcelona: 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 from 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 Adaptive Impact». *American Journal of Community Psychology*, 10, 4, 417-428.
- CAZAUVIELH, 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). «Depressive 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.
- 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 which 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., 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 Reasons 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.
- 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 Psychopathology». En R. W. J. NEUFELD (1982). *Psychological Stress and Psychopathology*. 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, Massachusetts.

- sets. 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.
- DELSLE, J. R. (1986). «Death with Honors: Suicide among Gifted Adolescents». *Journal of Counseling and Development*, 64, May, 558-560.
- DELUTY, R. H. (1988-89). «Physical Illness, Psychiatric Illness, and the Acceptability of Suicide». *Omega*, 19, 1, 79-91.
- DEROGATIS, L. R. (1982). «Self-Report Measures of Stress». En L. GOLDBERGER y S. BREZNITZ (Ed.). *Handbook 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 Psychiatry*, 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.(1986). «Note on a Progran of Research on Alternative Social Psychological Models of Relationships between Life Stress and Psychopathology». En M. H. APPELY 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 Psychiatry*, 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., SITER, 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.
- 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. KLERNAN (1986). *Suicide and Depression among Adolescents and Young Adults*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- 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, 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 Adolescents 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 Non-suicidal 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 SÁNCHEZ CARRIÓN, J.J. (1993). «Curso de análisis de datos». Paper no publicado.

- ESTRUCH, J., CARDÚS, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.
- ESQUIROL, E. (1838). *Des Maladies Mentales Considerés sous les Rapports Médical, Hygiénique et Médico-legal* (2º 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.
- FERNÁNDEZ SANTANA, J. O. (1988). «Comprensión y manejo del análisis factorial». *Revista Internacional de Sociología*, 46, 1, 7-35.
- FERNÁNDEZ 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 Student 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. APPELLEY 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. APPELLEY 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 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 Health*, 60, 2289-2301. Citado por HERJANIC, B. (1980). «Adolescent Suicide». *Advances in Behavioral Pediatrics*, 1, 195-223.
- GARFINKEL, B. D. (1986). «Major Affective Disorders in Children and Adolescents». En G. WINOKUR y P. CLAYTON (Eds.). *The Medical Basis of Psychiatry*. 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.
- 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 MULAİK, 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 SAKINOFKY, 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.

- 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.
- 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 Pulsión 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-De-rogation, Substance Use, and Suicide Ideation: Lack or Purpose in Life as a Medi-ational 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 Adoles-cents*. 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 Agen-cies». *British Journal of Psychiatry*, 140, 118-123.
- HAWTON, K., OSBORN, M., O'GRADY, J. y COLE, D. (1982). «Classification of Ado-lescents 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 Psy-chiatry*, 27, 6, 689-695.
- HODGMAN, C. H. y ROBERTS, F. N. (1982). «Adolescent suicide and the Pediatri-cian». *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 Illness 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 Attempts: 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 subjective 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.
- HUGHES, S. L. y NEIMEYER, R. A. (1993). «Cognitive Predictors of Suicide Risk among Hospitalized Psychiatric Patients: A Prospective Study». *Death Studies*, 17, 103-124.
- 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 Psychosomatic 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: Irvingthong 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.
- 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.
- KANDEL, D. B., RAVEIS, V. H. y DAVIES, M. (1991). «Suicidal Ideation in Adolescence: Depression, Substance Use, and Other Risk Factors». *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 2, 289-309.
- 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 Psychiatry*, 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 Publishing 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., DE WILDE, E. J.; 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., DE WILDE, E. J.; 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 OPIARI. (1990). «Psychosocial Factors Associated with Urban Adolescent Female Suicide Attempts». *Journal of American Academy and Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 2, 289-294.
- KING, C. A., HILL, E., NAYLOR, K., EVANS, T., SHAIN, B. (1993). «Alcohol Consumption in Relation to Other Predictors of Suicidality among Adolescent Inpatient Girls». *Journal of American Academy and Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1, 82-88.
- 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.
- KIRPATRICK-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.
- 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.
- KROHNE, H. W. (1986). «Coping with Stress». En M. H. APPELY 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. (1985). *El concepto de sí mismo*. Barcelona: 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 Subjective 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 Anti-depressant-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*. Martínez Roca, Barcelona.
- LAZARUS, R. y FOLKMAN, S. (1986b). «Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity». En M. H. APPELY y R. TRUMBULL (Eds.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.
- LEENARS, 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. Individ. 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.
- LEWINSOHN, P. M. (1974). «Clinical and Theoretical Aspects of Depression». En K.S. CALHOUN, H.E. ADAMS y K. M. MITCHELL (Eds.). *Innovative Treatment Methods do Psychopatohology*. Citado por KAZDIN, A. E. (1990). «Childhood Depression». *Journal Child Psychology and Psyhatry*, 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, Médecine, 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 between 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 Architectural 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». *British Journal of Psychiatry*, 153, 222-225.
- 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 Childhood 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 Attempts». *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*. Victoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- MARTÍ, J. L. y MURCIA, M. (1987). *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*. Herder, Barcelona.
- MARTÍNEZ, R. y COROMINAS, N. (1991). «Suicidio y Toxicomanía». *Adicciones*, 3, 4, 301-307.
- MATTISON, R. E. (1988). «Suicide and other Consequences of Childhood 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.
- 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.
- MEAD, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- MEARES, R; MENDELSON, 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». *British 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.
- 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, 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.
- MILLER, K. E., KING, C. A., SHAIN, B. N. y NAYLOR, M. W. (1992). «Suicidal Adolescent' Perceptions of their Family Environment». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 2, 226-239.
- 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 Psicología y Educación*. San Sebastian: Txártalo.
- MOTTO, J. A. (1989). «Problems in Suicide Risk Assessment». En D. JACOBS, y . 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 Patients Referred to a Psychiatrist: 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.

- 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 Nonsuicidal 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.
- ONATE de, M. P. (1989). *El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la Personalidad*. Madrid: Narcea.
- ORBACH, I., ROSENHEIM, E. y HARY, E. (1987). «Some Aspects of Cognitive Functioning 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). «Adolescent Suicide». *Advances in Behavioral Pediatrics*, 1, 195-223.
- OVUGA, E. B. L. y MUGISHA, R. X. (1990). «Attitudes and Psychological Characteristics of Suicidal Individuals». *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.
- PAYKEL, E. y RASSABBY, E. (1978). «Classification of Suicidal Attempters by Cluster Analysis». *British Journal of Psychiatry*, 133, 45-52.

- PAYKEL, E. S. y DOWLATSHAHI, D. (1988). «Life Events and Mental Disorder». 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.
- PESCOSOLIDO, B.A y 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.
- PEFFER, C. R. (1981). «The Distintive Features of Children who Threaten and Attempt Suicide». En C. P. WELLS y I. R. STUART (Eds.). *Self-Destructive Beha-*

- vior in Children and Adolescents*. New York: Van Nostrand Meinhold Company.
- PFEFFER, C. (1985). «Observations of Ego Functioning 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.
- PHILIPPS, 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., 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 HARBERTSON, W. (1963). «Suicide, Suicide Attempts 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: Martínez 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.
- PRIESTER, M. J. y CLUM, G. A. (1993). «Perceived Problem-Solving Ability as a Predictor of Depression, Hopelessness, and Suicide Ideation in a College Population». *Journal of Consulting Psychology*, 40, 1, 79-85.
- 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 Secondary-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.
- 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 Dysfunctional Attitudes to Suicide Ideation in Psychiatric Patients». *Psychological Reports*, 61, 967-975.
- 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.
- 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.

- 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 Treatment of Depression». *Journal of College Student Development*, 30, 426-431.
- RICH, A. R. y BONNER, R. L. (1991). «A Dinamic Model of Suicidal Behavior». Documento 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*.
- 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 Publishing 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 Journal of Psychiatry*, 142, 5, 588-592.
- RODRÍGUEZ TOMÉ, 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. Paidós.
- 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 Imminent 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, Depression 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.
- 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). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- SAMY, M. H. (1989). «Suicide et Adolescence. Une Perspective Social et Analytique». En H. CAGLAR, F. LADAME, G. RAIMBAULT y H. SAMY (Eds.). *Adolescence et Suicide. épidémiologie, psychodynamique, interventions*. Paris: Les Éditions ESF.
- SANBORN, C. J. (1990). «Gender Socialization and Suicide: American Association of Suicidology Presidential Address, 1989». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 2, 148-155.
- 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.
- 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 GRAUSGRUBER, A. (1985). «Gate Keeper Professions: Their Attitudes toward Depression». Proc. of the VIth. South East European Neuropsychiatric Conference, Halkidiri, Greece, 350-356.
- SCHÖNY, 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 Suici-

- dal 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». *Psychiatric 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.
- SNACKERS, 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 between Public and Professional Attitudes toward Suicide». Paper presented at the 13th International Congress. International Association for Suicide Prevention, Vienne, 30 June-4 July.
- SORENSEN, 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 Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature». *Clinical Psychology Review*, 9, 3, 335-363.
- SPIRITO, A., HART, K., OVERHOLSER, J. y HAVERSON, J. (1990). «Social Skills and Depression 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 Psychopathology*. 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.

- 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 Depression and Suicide Proneness». *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-Concept 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.
- 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.
- 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-Threatening 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 Suicide: 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 APPELY, M. H. (1986). «A Conceptual Model for the Examination of Stress Dynamics». En M. H. APPELY 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.
- 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. Teoría, 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. Teoría, 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 Borderline Personality». *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20, 6, 76-88.
- WALSH, B. W. (1987). «Understanding Adolescent Self-Mutilative Behavior». Presented at AAS/IASP, San Francisco, May.
- WASSERMAN, D. y CULBERG, J. (1989). «Early separation and suicidal behavior in the parental homes of 40 consecutive suicide attempters». *Acta Psychiatrica 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 Depressive Experiences of Normal Men». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 187-198.
- 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 Performance». *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.
- 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.
- 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.
- 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, H. L. RESNIK y D. J. LETTIERI (Ed.). *The Prediction of Suicide*, pp. 221-249. Philadelphia: The Charles Press.

Lourdes Villardón Gallego
El pensamiento de suicidio en la adolescencia

La obra que aquí se presenta no intenta explicar el porqué de los suicidios, ni cuántos ni de qué modo se han llevado a cabo. El principal propósito de la investigación desarrollada por Lourdes Villardón es analizar los factores que inciden en el pensamiento de suicidio de los adolescentes. La autora examina con profundidad y rigor toda una extensa lista de aspectos que contribuyen a la ideación del suicidio. El libro representa una importante aportación al ámbito científico-pedagógico, ya que supone adentrarse en una línea de investigación novedosa en nuestro país.



Universidad de Deusto

