

Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades



Maestría Clínica Psicológica Cognitiva
Director: Dr. Héctor Fernández Álvarez.

Trabajo de Tesis:
“Orientación suicida y factores asociados en
adolescentes”.

Autor: Lic. Nestor Alfieri.

Directora de Tesis: Dra. Elsa Wolfberg.



Agradecimientos.

Varias son las personas gracias a las que he podido desarrollar este trabajo de Tesis. En primer lugar, las autoridades del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú y en particular el Dr. Horacio Soria, Jefe del Área Programática, quien mostró genuino interés en el tema y dio los avales necesarios para desarrollar la investigación.

En segundo lugar, agradezco al equipo de profesionales del Área Programática, quienes se comprometieron con el proyecto en todas sus etapas. La Lic. Mónica Fiorino colaboró en las tareas de campo y aportó una gran cantidad de sugerencias que resultaron de enorme ayuda. Sin su apoyo, su calidad humana y profesional, nada de esto hubiera sido posible. La Lic. Patricia Orge colaboró en la administración y corrección de los protocolos, y en las tareas de campo posteriores en las instituciones educativas.

Mi agradecimiento también a la Dra. Elsa Wolfberg, directora del presente trabajo de Tesis de Maestría. Sus conocimientos sobre este y muchos otros temas, su amplitud de perspectiva, sumadas a su gran experiencia en el área de investigación en Salud Mental fueron un gran apoyo para este trabajo.

También agradezco a la desaparecida Dra. María Martina Casullo su disposición a responder las consultas realizadas a lo largo del desarrollo de este trabajo. Sus investigaciones sobre el tema del suicidio en la adolescencia han sido el punto de partida de este trabajo, que toma en cuenta varias de las recomendaciones realizadas por la autora sobre prevención del suicidio adolescente en contextos escolares.

Finalmente, agradezco a los docentes de la Maestría Clínica Psicológica Cognitiva, quienes me estimularon a formular y desarrollar el trabajo, a mis compañeras de Maestría, con quienes compartí dos años de estimulante intercambio, a mi familia y amigos por el apoyo y la confianza depositada en mí a lo largo de este trabajo, y a mi compañera de la vida, Laura por ayudarme a crecer como persona y profesional.



Índice

Introducción.....	4
Capítulo I. Antecedentes.	
1-Filosofía.....	7
2-Psiquiatría.....	9
3-Sociología.....	10
4- Psicoanálisis.....	11
Capítulo II. Aproximaciones actuales al suicidio	
1-Abordajes Psicológicos del suicidio.....	13
2-La Suicidología.....	18
3-La Epidemiología y el enfoque de riesgo.....	21
Capítulo III. Orientación Suicida y factores asociados en adolescentes.	
1- Introducción.....	34
2- Aspectos Metodológicos.....	35
3- Resultados.....	38
4- Discusión.....	48
5- Conclusiones y Recomendaciones.....	56
Bibliografía.....	60



Introducción.

El 10 de septiembre de 2004, Día Internacional de Prevención del Suicidio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que muere más gente a causa del suicidio que en todos los conflictos armados del mundo en el mismo año. El organismo informa que en el año 2000, murieron a causa del suicidio 815.000 personas, lo que arroja una tasa mundial de 14,5 muertes por cada 100.000 habitantes, y representa una muerte cada 40 segundos.

En la mayoría de los países del mundo, las tasas de suicidio han aumentado y el suicidio se ha establecido como un problema creciente, en particular en los jóvenes y adolescentes. En 1999 el suicidio fue una de las tres primeras causas de muerte para las personas de 15 a 34 años (Organización Mundial de la Salud. 1999).

En nuestro país, la tasa de muertes por *Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente* para el año 2003 fue de 8.7 cada 100.000 habitantes para el total de la población, mientras que para la población entre 15 y 24 años la misma tasa fue de 12.4 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes. Entre todas las causas de muerte para la población adolescente y joven de la República Argentina, el suicidio es la segunda causa, detrás de las muertes por agresiones (Ministerio de Salud de la Nación. 2006).

Sin embargo, las muertes por suicidio son solo una manifestación del problema. Para la población menor de 25 años, se estiman entre 20 y 200 intentos fallidos por cada suicidio consumado. (Organización Mundial de la Salud. 2003). Si a ello le sumamos que cada intento y cada muerte por suicidio afectan a un número variable de personas, se hace evidente que la magnitud del problema va mucho más allá de la cantidad de defunciones debidas al suicidio observables en las estadísticas. Debido a ello, reducir la mortalidad y las morbilidades asociadas al comportamiento suicida resulta un tema prioritario para la OMS, y el primer paso propuesto es la obtención de información apropiada para la elaboración de estrategias sanitarias (Organización Mundial de la Salud. 2003). En línea con estos datos, el trabajo aquí presentado aborda el tema del suicidio, haciendo hincapié en la conducta suicida adolescente.

Para ello, comenzaremos con un recorrido histórico sobre algunos de los discursos más relevantes sobre el suicidio, que consideramos antecedentes de las propuestas contemporáneas al respecto y constituyen el primer capítulo. Nos ocuparemos primero

de los enfoques filosóficos que dominaron la antigüedad y la edad media con sus propuestas morales, hasta llegar a la modernidad y sus filosofías éticas sobre el suicidio. Luego revisaremos los aportes que la incipiente psiquiatría del siglo XVIII hizo al respecto al entenderlo como indicador de sufrimiento humano o enfermedad mental y alejándolo del concepto de pecado o delito. Siguiendo una línea temporal, resumiremos los desarrollos que la sociología del siglo XIX realizó sobre la problemática del suicidio, destacando el original enfoque sobre las relaciones del individuo con su contexto social como factores determinantes del mismo. Finalmente, nos referiremos a los antecedentes que existen en el discurso psicoanalítico respecto al suicidio, dado que son las primeras netamente psicológicas sobre el tema.

Continuando con los antecedentes, el segundo capítulo intentará presentar las propuestas contemporáneas más importantes sobre la problemática suicida. Al respecto, se revisarán diversos enfoques psicológicos sobre el tema que han ido sumando elementos para la comprensión del fenómeno y herramientas de evaluación e intervención. Asimismo, se intentará resumir y presentar los aportes de la suicidología, una disciplina específicamente dedicada al tema que hunde sus raíces en la psicología y que cuenta en nuestro país con desarrollos dignos de mención. Finalmente, revisaremos las propuestas surgidas de la epidemiología y el enfoque de riesgo, haciendo un repaso detallado sobre los diversos factores identificados en la literatura y los modelos que de allí se derivan.

Con éstos antecedentes, el tercer capítulo presenta un estudio de campo realizado con adolescentes argentinos sobre *Orientación Suicida*, que mide la presencia de ideación suicida y otros componentes psicológicos del riesgo suicida como la desesperanza y la baja autoestima, y dos factores de riesgo identificados en la literatura sobre el tema que cuentan con técnicas validas de evaluación en nuestro medio: *Síntomas Psicopatológicos* y *Sucesos Vitales Estresantes*. También se intentará obtener una estimación de la incidencia a lo largo de la vida de intentos fallidos en la población estudiada. Este estudio buscará replicar algunos de los hallazgos previamente realizados en nuestro país y el resto del mundo respecto a la orientación suicida y la prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes. A su vez, intenta profundizar el estudio de la relación entre la presencia de intentos previos, *Síntomas Psicopatológicos* y *Sucesos Vitales Estresantes* con la *Orientación Suicida*. Presenta como novedad el estudio



conjunto de variables psicopatológicas y psicosociales en una misma población, con la consecuente posibilidad de establecer relaciones entre las mismas y la *Orientación Suicida*.

Finalmente, se presenta la discusión de los resultados del estudio presentado a la luz de los hallazgos previos sobre el tema en nuestro país y en el resto del mundo. Asimismo se analizan las conclusiones del mismo y las recomendaciones que de éstas pueden derivarse, tendientes a aumentar y mejorar la prevención y atención de las conductas suicidas en los adolescentes.



Capítulo I- Antecedentes.

1- Filosofía.

Cuatrocientos años antes del inicio de la era Cristiana, en la antigua Grecia, los sofistas sometían al pensamiento al servicio de la necesidad, y declaraban la absoluta relatividad de toda idea o percepción, mientras Sócrates desafiaba este relativismo sofista y proponía una búsqueda del conocimiento universal a través del método inductivo y la conversación dialéctica, estableciendo así los fundamentos de la filosofía occidental.

Su discípulo Platón, pondrá en boca de Sócrates las primeras posturas filosóficas sobre la muerte auto inflingida, que pueden hallarse en *El Fedón*. Estos pensadores veían en quitarse la propia vida una acción reprobable por ser contraria a la voluntad de los dioses, que son quienes debían definir el destino de los hombres. Por su parte, Aristóteles condena esta conducta por considerarla una interrupción del destino del individuo y un atentado a las leyes de la ciudad. Aquel que se quita la vida es un cobarde para vivirla, y por eso propone ritos funerarios mínimos y anónimos para estas personas.

Hacia el año 399 a. C. Sócrates muere tomando veneno de manera voluntaria, sin que esto sea considerado un suicidio sino una pena de muerte que él aceptó, y ejecutó. Fue llevado a juicio por no creer en los dioses y corromper a los jóvenes de la ciudad, y en su tiempo fue juzgado como un gran sofista.

En la Grecia antigua, se consideraba aceptable morir por orden de un tribunal ateniense. Asimismo estaba justificado quitarse la vida ante un dolor o vergüenza excesiva e inevitable. Sócrates murió de acuerdo a las ideas y las leyes de su tiempo, y representa un caso particular de una constante observable a lo largo de toda la historia de la humanidad: la existencia de formas aceptables de muerte auto inflingida. Algunos siglos después, la filosofía estoica defendía el quitarse la vida puede como un acto de libertad individual, y reconocía como causa justa una vida que no se considera digna. La libertad y el honor son dos valores centrales a la filosofía de Séneca, e informan una concepción del morir por propia decisión como un acto valiente y moral.

Luego del advenimiento del cristianismo, el discurso religioso de San Agustín de Hipona (siglo IV d.C.) opone al pensamiento estoico al resaltar la contradicción interna a sus proposiciones de soportar la adversidad y permitir el suicidio ante una vida mala. Sin que se haga referencia al mismo en el antiguo ni el nuevo testamento, San Agustín propone que el suicidio no es admisible por contradecir el mandato de no matar; y que quien se quita la vida es un homicida.

Desde entonces, el discurso religioso judeo cristiano define la valoración social del suicidio como ofensa a Dios. En el siglo XII, Santo Tomás de Aquino postula que provocar la propia muerte atenta contra tres razones principales: es contrario a la ley natural de preservación de la existencia que se observa en todo organismo vivo; es contrario a los intereses de la sociedad de la que el individuo forma parte; y es contrario a la voluntad divina, dado que la vida no le pertenece a los hombres sino a Dios, que es quien la da y la quita según su designio.

A partir del siglo XVIII, el discurso religioso pierde dominancia como paradigma de explicación de los hechos, apareciendo perspectivas mas o menos secularizadas sobre el suicidio.

En su obra “Sobre el Suicidio”, David Hume aporta una mirada del suicidio desde la sociología y la ética, desarrollando una justificación moral del mismo. Destaca que la existencia humana puede ser desdichada e indeseable, y que el individuo tiene la libertad de disponer libremente de ella sin que ello sea contrario a la voluntad de un Dios que permite tanto una cosa como la otra.

Por su parte, Immanuel Kant propone una dura crítica a la postura estoica del suicidio, al que condena éticamente por considerar que el suicidio es una usurpación del deber del hombre de conservarse a sí mismo. Para Kant, el suicidio no es malo porque Dios lo prohíba, sino que está prohibido por ser intrínsecamente malo e indigno por ir contra la humanidad.

Ligado mas al pensamiento moderno, Friedrich Nietzsche considera que el sufrimiento no redime al ser humano, sino que lo acerca a experiencias que sólo el dolor puede aportar. No obstante esto, acepta la vida puede ser trágica e incluso cruenta, justificando no sólo el suicidio sino también la eutanasia.

2- Psiquiatría.

Según el epistemólogo e historiador de la ciencia Thomas Kuhn (1971), el conocimiento avanza mediante revoluciones caracterizadas por una crisis de los supuestos sobre los cuales se explica un evento: los cambios de paradigma. El paradigma científico se desarrolla con fuerza a partir del siglo XVIII como parte de los que se conoce en historia de las ciencias como el movimiento iluminista. Un gran representante es Rene Descartes, quien al proponer una racionalidad objetiva, guiada por la duda metódica funda la metodología de la ciencia moderna.

La perspectiva científica del suicidio es un ejemplo de la aplicación del racionalismo y el empirismo propios de la ilustración francesa. Al respecto, es Montesquieu quien seculariza la problemática del suicidio al señalar la insuficiencia del discurso moralista y religioso como explicaciones del fenómeno, y da lugar a un análisis de sus causas a partir de datos objetivos.

Con un interés crecientemente científico propio de su época, el estudio del suicidio como un problema de salud surge a principios del siglo XIX. Es entonces cuando, desde una perspectiva médica, la nascente psiquiatría señala a existencia de una relación entre el suicidio y la presencia de trastornos mentales.

Pinel observa el suicidio a través del método clínico, y lo entiende como un síntoma de enfermedad mental, dando nacimiento a la visión patológica del mismo. Esquirol propone por ejemplo que el acto suicida es consecuencia de una crisis afectiva, distinguiendo tres tipos diferentes: el suicidio provocado por las pasiones, el provocado por una enfermedad mental, y el provocado por el tedio de vivir.

Algunas décadas mas tarde Moreau de Tours y Jousset elaboran una clasificación de los diferentes tipos de suicidio basada en los trastornos psiquiátricos asociados a ello. Distinguen así el suicidio maniático, producto de alucinaciones y delirios a las que el sujeto busca sustraerse; el suicidio obsesivo; el suicidio automático o impulsivo producto de un impulso súbito, y el suicidio melancólico. Con estos aportes, el suicidio se aleja de la concepción de pecado o delito, para convertirse en un fenómeno ubicado entre lo normal y lo patológico.

3- Sociología.

Otra de las primeras aproximaciones científicas al suicidio datan de fines del siglo XIX, y está relacionada con el surgimiento de la sociología como ciencia social y el desarrollo de su objeto de estudio y sus métodos mediante la obra de Émile Durkheim, autor de obras clásicas sobre el método sociológico y el suicidio.

Basándose en las primeras estadísticas sobre suicidios en países de Europa occidental, surge en Francia la escuela de los Estadísticos Morales, que buscaba relacionar los suicidios con las circunstancias sociales en que se producían. Con esos antecedentes, el tratado de Durkheim aborda el suicidio desde el método sociológico al estudiar un fenómeno individual desde una perspectiva social, proponiendo que el suicidio es un fenómeno emergente de la sociedad en la que se produce.

La obra de Durkheim ofrece una definición y una taxonomía del suicidio que permanece vigente hasta la actualidad. Lo define como “una muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado” (1897); y propone una clasificación en la que se distinguen cuatro tipos de suicidio según la relación del individuo con el conjunto social.

En primer lugar define un suicidio egoísta, en que un sujeto individualista se quita la vida para no tolerar las exigencias de la vida social, en este tipo se incluyen los suicidios por carencia de interés propios de la enfermedad mental. En segundo lugar está el suicidio altruista, en que el individuo se quita la vida por adherencia a principios sociales o religiosos, como el honorable suicidio ritual del Japón medieval bajo la forma del *seppuku*, o la muerte de los mártires. El suicidio anómico sobreviene en ausencia de valores sociales, éticos o religiosos que orienten a la persona y la sostengan a la vida, siendo propio de las sociedades modernas, menos integradas. Finalmente, el suicidio fatalista ocurre en contextos rígidos como el militar o el carcelario, cuando el sujeto siente que no puede modificar la situación negativa en la que se halla.

Según Durkheim, el suicidio es explicable mediante dos factores: integración y regulación social. Sociedades con elevada integración favorecen suicidios altruistas, mientras las sociedades con baja integración promueven el suicidio egoísta. Por su parte, las sociedades con alta regulación facilitan suicidios fatalistas, mientras las que

presentan una baja regulación favorecen el suicidio por anomia. La idea central es que el acto suicida es un fenómeno individual que responde a causas sociales, entendiendo como tales las características del entorno sociocultural en que se manifiesta, y concluyendo que la forma de prevención más eficaz es la promoción del sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad.

Desde su formulación, el trabajo de Durkheim ha sido objeto de numerosas críticas y observaciones que imponen tomar con cautela sus resultados. En particular, el abordaje metodológico y la validez de los datos con los que contaba para sacar sus conclusiones, y la poca consideración a los aspectos psicológicos del suicidio han sido señalados como fuentes de posibles errores.

4- Psicoanálisis

Si la sociología aportó una mirada al suicidio desde lo colectivo, es el psicoanálisis la disciplina que buscará complementar su comprensión al resaltar los aspectos individuales y subjetivos de esta conducta.

Aunque no se identifican en la vasta obra de S. Freud textos dedicados exclusivamente al tema, existen dos momentos en los que la teoría psicoanalítica se refiere al suicidio. En *Duelo y Melancolía*, propone su tesis de que el suicidio es la manifestación de impulsos agresivos hacia otra persona, y que por medio de un proceso de identificación el individuo se trata a si mismo como un objeto y dirige contra sí la hostilidad resultante de una pérdida objetal. Se sostenía que el acto suicida era consecuencia de una hostilidad inconciente hacia el objeto introyectado, que antes era amado y ahora es odiado.

El segundo momento de interés en la concepción psicoanalítica del suicidio es hacia 1920, cuando Freud modifica su teoría pulsional señalando la existencia de Eros y Tánatos como principios contrapuestos de la dinámica psíquica. A partir de entonces, se entiende que la pulsión de muerte puede manifestarse como fuerza destructiva hacia el mundo y los otros, pero también hacia el mismo sujeto, dando lugar al suicidio

Algunos años más tarde Karl Menninger (1938), representante de la medicina psicosomática norteamericana, relacionó al suicidio con las enfermedades crónicas al hablar de ambos fenómenos como una manifestación de un deseo de autocastigo en el



individuo. Menninger describió desde esa perspectiva dos formas particulares de suicidio, los suicidios crónicos y los suicidios localizados. Los primeros incluirían conductas autodestructivas como el alcoholismo, y también enfermedades crónicas de curso insidioso, como la diabetes o el cáncer; por su parte los suicidios localizados se refieren a fenómenos diversos como la policirugía, la impotencia y las lesiones autoinflingidas. Esta categorización cayó en desuso con el correr de los años, y actualmente no se considera que las conductas adictivas o de riesgo constituyan parte de la conducta suicida, sino que se entienden como un factor de riesgo para éstas.

Otro aporte a la dinámica psíquica del suicidio lo constituyó la identificación del *síndrome presuicidal*. Descrito por E. Ringel en 1949 luego de examinar a 745 personas que habían intentado el suicidio, consiste en un estado psíquico que antecede al acto y se caracteriza por constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan entre sí. En sí mismo, este conjunto de características no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio.



Capítulo II. Aproximaciones actuales.

Como hemos visto, el estudio empírico del suicidio comienza hace más de un siglo, y en el campo de las ciencias de la salud adopta como explicación psicológica una dinámica inconciente, que atribuye a un conflicto entre pulsiones.

Es hacia la segunda mitad del siglo XX, con el auge de la teoría del aprendizaje y la incipiente psicología clínica cognitiva que surgieron las primeras aproximaciones científicas a la conducta suicida. Partiendo de investigación conductual en modelos animales, la teoría de la indefensión aprendida, y su reformulación atribucional constituyen hasta la fecha un paradigma teórico sobre la depresión y el suicidio con amplia evidencia a su favor. Asimismo, la confirmación de varias hipótesis de la teoría cognitiva de la depresión demostró la importancia del procesamiento de información en los trastornos mentales y el suicidio.

No obstante, el establecimiento del suicidio como objeto de estudio científico, y la disciplina que se ocupa de ello, la *suicidología*, fueron impulsados en las décadas del 60' y 70' por Edwin Shneidman y Norman Farebrow, creadores en 1958 la primera institución dedicada al estudio y asistencia del suicidio. Desde entonces, la suicidología ha formulado conceptos, hipótesis y metodologías de investigación propias, con hallazgos significativos en varios aspectos. En los siguientes apartados se presentarán los abordajes propuestos al problema del suicidio por la psicología y la suicidología.

1- Abordajes Psicológicos del suicidio.

Los estudios de M. Seligman sobre la indefensión aprendida comprobaron que si un sujeto percibe continuamente una falta de correlación entre sus actos y los resultados logrados, aparece un sentimiento de impotencia e incapacidad de control que limita su conducta (Seligman, M. 1975). Según la teoría de la desesperanza de Abramson y cols. (1989), El aprendizaje e interiorización de expectativas negativas sobre la ocurrencia de eventos deseados e indeseados, junto la percepción de indefensión para cambiar la probabilidad de ocurrencia de esos eventos describen el fenómeno de la desesperanza, que para estos autores es un posible factor etiológico de la depresión.

La identificación de la desesperanza como variable psicológica que media la relación entre depresión y suicidio aportó un marco teórico para la comprensión de

ambos fenómenos (Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. 1973). La teoría de la desesperanza sostiene que la interpretación de los eventos negativos o la ausencia de eventos positivos es un factor cognitivo determinante de la aparición de este fenómeno. Estos eventos funcionan como disparadores de atribuciones causales, que si son globales, internas y estables configuran un estilo atribucional negativo y facilitan la desesperanza, la depresión y la conducta suicida. Desde entonces, el rol de la desesperanza en la conducta suicida ha sido confirmado de manera consistente, aún mas allá de su vínculo con la depresión. (Steer, R., Kumar, G. y Beck, A. 1993). A su vez, múltiples investigaciones han comprobado que la desesperanza es una variable mediadora entre la presencia de eventos estresantes y la presencia de conducta suicida (Abramson, L. y cols. 1989; Schotte, D. y Clum, G.1982).

Desde la psicología cognitiva D. Schotte y G. Clum, (1987) presentaron un modelo que aplicaba la prototípica teoría diátesis-estrés a la conducta suicida. Este modelo incluía también características cognitivas, como déficits de habilidades para resolver problemas y estilo atribucional depresivo. Sostenían que dichos factores predisponentes formaban parte de una “predisposición cognitiva al suicidio”.

Del mismo modo, rasgos como el perfeccionismo y las expectativas demasiado elevadas, han sido relacionados con la conducta suicida. Se reconocen tres tipos de perfeccionismo: respecto a sí mismo, respecto a los demás y socialmente prescripto, entendiéndose este último como la creencia en que los demás esperan que el individuo sea perfecto (Hewitt, P., Flett, G. y Turnbull-Donovan, W. 1992). De éstos tres tipos, el perfeccionismo socialmente prescripto y el relativo a sí mismo han sido asociados al suicidio de manera más consistente, tanto en adultos como en adolescentes (Flamenbaum, R. y Holden, R. 2007).

Shneidman y Farebrow (1957) describieron las características del pensamiento suicida, que caracterizaron como rígido, dicotómico e ilógico. Desde entonces, ha sido comprobado que quienes presentan conducta suicida poseen un estilo de pensamiento particular, en el que la capacidad para hallar soluciones viables a los problemas vitales y para afrontar el estrés cotidiano se encuentra disminuida (Levenson, M., y Neuringer, C. 1971).

Shneidman es también autor de un modelo psicológico específico del suicidio. El modelo cúbico de Edwin Shneidman (1987) identifica tres características centrales a

la conducta suicida: presión, perturbación y dolor. La presión se refiere a los eventos que afectan al individuo y le exigen reacción, la perturbación se refiere a la presencia de un estado anímico negativo y el dolor se refiere al sufrimiento psicológico relacionado a la insatisfacción de las necesidades personales. Los individuos que experimentan altos niveles de presión, perturbación y dolor son los que muestran motivación a escapar de ello mediante el suicidio.

La conceptualización de Shneidman sobre el suicidio hace especial hincapié en el tercer elemento de su modelo, el dolor del suicida, que caracteriza como eminentemente psicológico a través del neologismo *psychache* (dolor psíquico en castellano). Este autor resalta que en las sociedades judeo cristianas la mayoría de los suicidios se dan en contextos psicológicos de sufrimiento provocado por necesidades insatisfechas y/o distorsionadas.

Sin dejar de reconocer la incidencia de factores biológicos, culturales, interpersonales y filosóficos, Shneidman sostiene que el suicidio es sobre todo un problema psicológico, por lo que propone que la aproximación más acertada al problema es el estudio de las emociones humanas tal y como son experimentadas por los individuos.

En continuidad con el modelo antes descrito, la teoría del escape de Baumeister (1990) sostiene también que el suicidio es el resultado de una serie de eventos de los que el individuo cree que no hay salida posible. La novedad de la teoría del escape es que detalla el proceso involucrado en el suicidio.

Baumeister define una serie de pasos que comienzan con la experiencia de una discrepancia entre las expectativas de logro y los resultados realmente obtenidos por la persona en sus objetivos vitales. En el siguiente paso, el individuo atribuye internamente estas decepciones y se culpa a sí mismo. En el tercer paso se desarrolla un estado negativo de auto conciencia que desemboca en la experimentación de estados afectivos negativos similares al dolor psíquico definido por Shneidman.

Baumeister sostiene que en este punto, la persona escapa del sufrimiento y de la auto conciencia negativa por medio de un estado de *deconstrucción cognitiva* en el que el pensamiento sobre el sí mismo, el dolor y los objetivos fallidos es reemplazado por un nivel disminuido de atención a las sensaciones, los movimientos y las metas

personales que llevan a un estado de reducción de las inhibiciones y del control de impulsos para la conducta suicida. En este estado, la habilidad para identificar opciones de afrontamiento a los problemas se encuentra reducida y el suicidio puede aparecer como la única opción para escapar del dolor mental.

Otra propuesta reciente, que tiene como novedad el abordaje de las conductas suicidas desde una perspectiva de desarrollo, es la teoría psicológica – interpersonal de T. Joiner (2005). Esta teoría señala tres determinantes principales de la conducta suicida: la capacidad de dañarse, la pretenencia frustrada y el sentimiento de carga.

La capacidad de dañarse a uno mismo es una conducta que se adquiere y va aumentando mediante una práctica reiterada, en la que el individuo se habitúa a las consecuencias negativas como el dolor físico mientras se refuerza con sus consecuencias positivas, como el alivio del malestar en el corto plazo.

La teoría de Joiner sostiene que un factor determinante de la conducta suicida es la pertenencia frustrada, concepto que el autor toma de Baumeister y Leary (1995) quienes plantean que la necesidad de las personas de sentir pertenencia se satisface a través de interacciones positivas con los otros y el sentimiento de conexión que ello implica. En un estudio confirmatorio de ese aspecto de la teoría, Van Orden y Joiner (2005) hallaron que la pertenencia frustrada y la soledad fueron predictores de ideación suicida en adolescentes, haciendo especial hincapié el fuerte impacto que el rechazo del grupo de pares puede tener en esta población..

El tercer elemento de la teoría psicológica – interpersonal es el sentimiento de ser una carga para los demás. Los autores destacan que las familias de los adolescentes potencialmente suicidas manifiestan con frecuencia, directa e indirectamente, que éstos representan una carga para la familia. Estas manifestaciones son interpretadas por los jóvenes como señales de falta de interés o como deseo de que estuvieran muertos, contribuyendo potencialmente a la ideación y ejecución de conductas suicidas. La teoría psicológica – interpersonal prescribe una evaluación detallada de la red social y familiar de los adolescentes, que cuando son favorables constituyen un factor protector.

Estrechamente relacionado a la problemática del suicidio, el modelo de M. Linehan (1993) sobre la desregulación emocional en mujeres con trastorno límite de personalidad (TLP) aporta una hipótesis sobre el desarrollo de la conducta suicida en

mujeres con este diagnóstico. Su modelo biosocial sostiene que este grave trastorno es resultado de la combinación de una predisposición individual y un contexto invalidante. Factores biológicos y psicológicos constituyen la predisposición, una elevada reactividad emocional con un lento retorno a niveles normales de activación fisiológica, y cognitiva. Si una persona con esas características crece en un ambiente que no da respuesta adecuada a sus expresiones emocionales, sino que las castiga o las invalida, es probable que desarrolle un TLP

Uno de los criterios definitorios del TLP es la presencia de conducta suicida en diferentes grados, con una alta frecuencia de daño autoinfligido sin intención clara de muerte, intentos de suicidio y suicidios consumados. Al respecto, el modelo biosocial de Linehan considera que todas las manifestaciones de conducta suicida que se observa en estas pacientes son resultado de un modo disfuncional de responder a las demandas externas y de regular una emocionalidad negativa frecuente e intensa.

Las investigaciones sobre la teoría biosocial y la terapia dialéctico conductual han aportado una mirada interaccional y funcional sobre las conductas suicidas características del TLP. También ha desarrollado un enfoque orientado positivamente hacia las *razones para vivir*.

Al respecto, ha sido comprobado que variables como la responsabilidad hacia la familia, el miedo a la desaprobación social y las objeciones morales y religiosas hacia el suicidio constituyen factores psicológicos protectores para dicha conducta (Linehan, M. y cols. 1983).. Este constructo se ha mostrado eficiente para discriminar prospectivamente entre sujetos suicidas y no suicidas. Asimismo, el estudio del daño autoinfligido en el trastorno límite de personalidad ha enriquecido la discusión respecto a la inclusión del mismo como una manifestación de la conducta suicida o como un factor de riesgo para la misma.

El debate sobre la inclusión de esta categoría como parte de las conductas suicidas o como factor de riesgo para éstas es de suma actualidad. Al respecto, diferentes estudios han comprobado que entre el 55% y el 85% de las personas que se automutilan presentan un intento de suicidio (Dulit, R. 1994), por lo que M. Linehan (1986) ha argumentado que todo daño autoinfligido de forma deliberada debe ser considerado dentro de un continuo de letalidad, mas allá de la intención de muerte. En

contra de dicha inclusión se argumenta que, mientras las personas que intentan o cometen el suicidio experimentan sentimientos de desesperanza y depresión, quienes se automutilan presentan sentimientos de tensión y preocupación, que disminuyen luego de provocarse el daño. Se sostiene que el daño autoinfligido se define por la ausencia de intención de muerte y que, por lo tanto no debe ser incluido dentro de las conductas suicidas (Stanley, B., Gameroff, M., Michalsen, V. & Mann, J. 2001).

2- La Suicidología.

La suicidología, según R. Maris, A. Berman y M. Silverman (2000), es la ciencia de la conducta, el pensamiento y los sentimientos auto destructivos. Estos autores señalan también la suicidología forma parte de las ciencias del comportamiento y que no sólo debe tratar con el suicidio y los intentos fallidos, sino con todo un espectro de conductas que incluyen el gesto suicida, el parasuicidio, el daño autoinfligido, y la ideación suicida en sus varias formas. Asimismo, los autores señalan el espíritu preventivo de la suicidología.

En su artículo sobre el suicidio para la Enciclopedia Británica (1973), Shneidman lo define de manera simple, como el acto de causar intencionalmente la propia cesación. Sin embargo, reconoce que una clasificación de las conductas suicidas debía considerar una gran cantidad de sucesos relacionados con el problema como los intentos fallidos y los diferentes grados de intencionalidad suicida. En ese mismo artículo, Shneidman tomaba la definición de Stengel (1965) sobre los intentos de suicidio como un acto no fatal de auto perjuicio, llevado a cabo con conciente intención autodestructiva, no obstante vaga y ambigua.

De acuerdo a la clasificación mas común, establecida por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, la *conducta suicida* puede ser separada en tres categorías: *suicidio*, *intento de suicidio* e *ideación suicida* (Beck, A. T., Davis, Frederick, Perline, Pokorny, Schulman, Seiden, & Wittlin, 1972). Esta propuesta adoptó una acepción amplia de la categoría *intentos de suicidio*, en la que se incluyen los actos cuya intencionalidad de muerte puede ser vaga. Asimismo, tiene la particularidad de incluir una variable psicológica como parte de la conducta suicida, la ideación suicida. Este componente refiere a pensamientos acerca de suicidarse; que pueden presentar

varios grados de intensidad y elaboración, e incluyen también sentimientos respecto a estar cansado de vivir y el deseo de no despertar del sueño (Paykel, S y cols. 1974).

Desde sus inicios, la suicidología ha producido varias herramientas conceptuales y prácticas originales. El procedimiento de autopsia psicológica, consistente en la caracterización retrospectiva de personas que concretaron el suicidio, y el concepto de postvención como prevención posterior son ejemplos de ello.

La autopsia psicológica fue desarrollada como un modo de establecer con mayor certeza la causa de defunción de muertes dudosas, y desde entonces ha recibido un gran uso como forma de estudiar las características psicosociales de personas con suicidios o intentos de suicidio (Shneidman, E. & Farebrow, N. 1965).

Las investigaciones suicidológicas comprueban la baja proporción de intentos de suicidio que reciben atención profesional. Se calcula que la gran mayoría de los intentos de suicidio siguen pasando inadvertidos para los servicios de salud. (Diekstra, R. F. & Garnefski, N. 1995). La postvención se refiere a las acciones que se deben desarrollar luego de que uno o varios suicidios hayan ocurrido. El objetivo de las acciones de postvención es reducir el impacto negativo que el suicidio puede tener en la red social y familiar de la persona, favoreciendo la elaboración del duelo y previniendo el desarrollo de patología asociada, como el estrés postraumático, la depresión, y el posible contagio.

Asimismo, la suicidología elaboró la asociación observada entre el suicidio y antecedentes de conducta autolesiva sin intención de muerte. El término parasuicidio fue acuñado por N. Kreitman (1977) e incluye al daño deliberado autoinflingido sin intención de muerte, dejando la denominación de *intento de suicidio* para las conductas en donde la intención de morir está presente como objetivo. Por su parte, el daño autoinflingido deliberado ha sido utilizado principalmente por autores británicos, y representa una categoría mas amplia, que incluye a las lesiones menores sin intención de muerte y el parasuicidio (Shaw Welch, S. 2001).

Se formularon dos dimensiones fundamentales para la clasificación de los suicidios y sobre todos los intentos de suicidio: la *intencionalidad* de muerte y el grado de *letalidad* del acto (Beck, A., Beck, R. & Kovacs, M. 1975). La intencionalidad del acto es una variable psicológica que se refiere a los pensamientos y sentimientos de la persona al momento del acto, como son las expectativas de muerte, la concepción de la

letalidad del método elegido, el grado de premeditación, la contemplación de la posibilidad de ser rescatado por alguien, etc. Por su parte, la letalidad de la conducta suicida se refiere a condiciones objetivas de la misma, como la presencia de alguien en el lugar, las precauciones tomadas para no ser descubierto, los pedidos de ayuda previos, la presencia de notas y/o testamentos, y la comunicación o no de la intención del acto.

La operacionalización de estas variables impulsó la creación de una gran variedad de técnicas de evaluación psiquiátrica y psicológica de la conducta suicida. Un ejemplo de ello es la Escala de Intencionalidad Suicida, (SIS, en inglés), presentada por A. Beck, D. Schuyler e I. Herman (1974). Este instrumento busca medir los aspectos objetivos de la tentativa suicida como las circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otros aspectos relacionados. Su utilidad consiste en valorar la seriedad del intento suicida y analizar el riesgo subsecuente de nuevos intentos suicidas, aunque éste último aspecto predictivo ha sido objeto de discusión científica (Pierce, D. 1981; Pallis, J., Gibbons, J., Pierce, D. 1984)

La Escala de Ideación Suicida, (Beck, A., Kovacs, M., Weissman, A. 1979), permite evaluar las disposiciones psicológicas que predicen la aparición de actos suicidas, recogiendo las siguientes características: *Actitud hacia la vida / muerte, Pensamientos o deseos suicidas, Proyecto de intento de suicidio, Realización del intento proyectado, Intentos previos*. Asimismo, aunque no evalúa directamente riesgo suicida, la Escala de Desesperanza de Beck y cols. (1975) mide una variable que, como ya ha sido expuesto, es predictora de conducta suicida.

En nuestro medio, los desarrollos de la suicidología han tenido un relativo eco tanto en el ámbito académico como en el asistencial. Al respecto, las investigaciones llevadas a cabo por M. M. Casullo sobre el riesgo suicida, y la actividad de organismos como la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio o los Centros de Atención al Suicida que existen en Argentina son elementos de interés para un estudio local del tema. El desarrollo de la adaptación local de un instrumento psicométrico para la evaluación del riesgo suicida (Casullo, M. M. 1998) y las investigaciones sobre la



distribución del riesgo en la población adolescente y sus variables asociadas (Brenlla, M. E. 2001) son antecedentes del trabajo que se presenta a continuación.

3- La Epidemiología y el enfoque de riesgo.

En décadas más recientes, el abordaje del suicidio como un problema de salud permitió evaluar la magnitud y relevancia del problema. La OMS lleva una década llamando la atención sobre el aumento de las tasas de suicidio a nivel global. Según este organismo entre los años 1950 y 1995 aumentaron un 35% en hombres y un 10 % en mujeres, para todas las edades y a nivel mundial (OMS, 1999). Asimismo, ha sido reportado que en al menos 28 países, las tasas de suicidio aumentaron entre 1960 y 1990 (Lester, D., Yang, B. 1998).

Organizaciones sanitarias como la OMS, el NIMH de los Estados Unidos y las autoridades sanitarias de países como Finlandia, Nueva Zelanda e Inglaterra, han desarrollado investigaciones epidemiológicas sobre conducta suicida. El enfoque de riesgo sanitario describe y asocia hechos, comprando poblaciones y evaluando la incidencia o prevalencia de determinado evento, con el objetivo último de prevenir su ocurrencia. En el siguiente apartado, presentaremos brevemente los aspectos epidemiológicos de la conducta suicida adolescente a nivel mundial y local, para luego revisar algunos modelos conceptuales del riesgo suicida.

Epidemiología y conducta suicida adolescente.

El crecimiento global de las tasas de suicidio no ha sido sin embargo regular en el mundo. La OMS (2001) ha identificado que los países bálticos de Europa como Rusia y Lituania registran los mayores índices globales de muertes por suicidio, mientras Sudamérica y algunos países de Asia presentan las tasas más bajas.

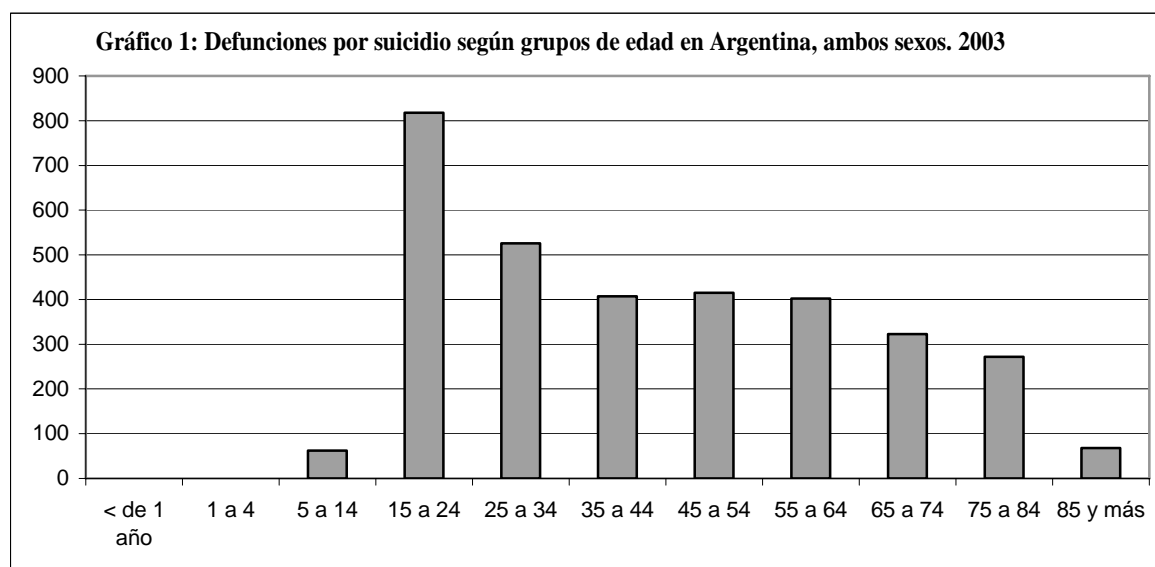
Factores como la raza, el género y la cultura influyen en la manifestación y las características del suicidio. Como será detallado más adelante, en la mayoría de los países de occidente, los hombres completan el suicidio con más frecuencia que las mujeres, mientras éstas presentan una mayor incidencia de conductas autolesivas e intentos de suicidio.

Respecto a la edad, aunque históricamente se observa que el suicidio tiende a aumentar con la edad, en los últimos años ha crecido la preocupación por un segundo

punto de incidencia del suicidio en la población más joven. En Estados Unidos, el suicidio se ubica como tercera causa de muerte para la población entre 15 y 24 años (Malone y col., 2000), y este dato se repite en países como Japón y Europa Occidental, donde el suicidio ocupa el segundo lugar para la población menor de 35 años. Asimismo, se ha reportado para Estados Unidos un aumento del 300% en la tasa de suicidios en la población más joven entre 1952 y 1992 (Centers for Disease Control, 1995). Este cambio en los patrones de edad implica una pérdida de años de vida mucho mayor, y un costo más elevado para las sociedades, por lo que ha recibido una atención creciente (Mardomingo Sanz, M. J. y col. 1992).

En nuestro país se observa una tendencia similar que indica que el suicidio de los más jóvenes es un problema sanitario de gran relevancia. En Argentina, las estadísticas sobre suicidios indican un crecimiento sostenido de las cifras durante las últimas décadas, que alcanza su expresión más contundente en la población adolescente (15 a 18 años) y los jóvenes (19 a 24 años). M. Casullo (1994) ha reportado que, entre 1960 y 1988 la tasa de suicidios en la población adolescente aumentó un 200%, cifra que sobrepasa ampliamente el aumento del 17% registrado para el total de la población en el mismo período.

Esta tendencia sigue agravándose, según estadísticas oficiales en el año 1996 la tasa estimada de suicidio fue de 6.4 por cada 100.000 habitantes de entre 15 y 24 años de edad (Ministerio de Salud y Acción Social, 1998), mientras que la tasa para el año 2003 fue de 12.4 por cada 100.000 habitantes para el mismo grupo etéreo (Ministerio de Salud de la Nación, 2006). Estas cifras indican un aumento de la tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes cercana al 100 % en tan solo siete años, y se ubican por encima de la tasa de suicidio para la población general en el mismo año, de 8.7 cada 100.000 habitantes. Si se observa en el gráfico 1 la incidencia del suicidio en los demás grupos etéreos, se comprueba que la mayor cantidad de suicidios corresponde a la población entre 15 y 24 años.



Asimismo, existe una preocupación creciente por la conducta suicida no mortal de vital importancia en relación a la población mas joven, dado que la conducta suicida no mortal tiene una prevalencia mayor en la misma, en comparación con la población mayor. Datos al respecto indican que en las personas mayores de 65 años, hay entre 2 y 3 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, mientras que entre la población menor de 25 años, por cada suicidio se estiman entre 20 y 200 intentos fallidos (OMS 2003).

Entre los años 1989 y 1992, la OMS desarrolló un estudio epidemiológico sobre intentos de suicidio en varios centros de Europa. (Schimdtke, A., Billie-Brahe, U., De Leo, D. y cols. 1996). En ese estudio, se comprobó que las tasas mas elevadas de intentos de suicidio pertenecían a la población entre 15 y 24 años. Otra conclusión de ese estudio es que las tasas de intentos de suicidio varían considerablemente de una región a otra, y aún dentro de la misma región en años sucesivos.

Mucho mas escasos en la bibliografía, los estudios sobre prevalencia de ideación suicida en adolescentes han reportado tasas variables entre un 6% y un 33%. Esta variación se debe en gran parte a las diferencias de criterio en la definición y evaluación de la ideación suicida, donde los estudios que adoptan criterios mas estrictos arrojan resultados menores. Estudios longitudinales al respecto han reportado una prevalencia de ideación suicida del 15% al 22% en adolescentes de hasta 16 años (Fergusson, D. & Lynskey, M. 1995; Reinherz, H. y cols. 1995). Estas cifras aumentan con la edad de las

poblaciones estudiadas, como resultado de la frecuencia acumulativa relacionada con el crecimiento. Por ejemplo, un estudio realizado con población de hasta 18 años halló una prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida de un 26% (Velez, C. & Cohen, P. 1988).

En Argentina, las estadísticas oficiales utilizan la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS 1995), y ubican al suicidio en la categoría “Causas Externas”, incluyendo accidentes, suicidios, muertes violentas y sucesos de intención no determinada. Al respecto, en nuestro país las causas externas han sido desde hace varios años la principal causa de muerte de la población más joven. Los datos nacionales pertenecientes al año 2003, sobre causas de muerte en la población argentina entre 15 y 24 años ubica a las muertes por causas externas en el primer lugar entre todas las causas, con un 64.8 % del total de las muertes para este grupo.

Sin embargo, aunque las causas externas como grupo ocupan desde hace tiempo el primer lugar entre las causas de muerte de la población mas joven, se observa que el suicidio como causa individual ha ido aumentando de manera sostenida. El detalle de las muertes por causas externas (tabla 1) arroja que, para el total del país, el suicidio se ubica, detrás de las muertes por agresiones, como segunda causa de muerte entre las causas externas, y entre todas las causas de muerte, para el grupo de 15 a 24 años en general (Ministerio de Salud de la Nación. 2006). Estos datos ponen de relieve que el suicidio en la población adolescente y joven en la República Argentina representa un problema sanitario creciente.

Tabla 1: Defunciones por causas externas en población entre 15 y 24 años, ambos sexos. República Argentina. Año 2003.

Causas externas	Defunciones
Agresiones	832
Suicidio	818
Otras causas externas de traumatismos accidentales	781
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	611
Sucesos de intención no determinada	478
Otros accidentes de transporte	61
Las demás causas externas	12

En un análisis detallado de las causas de muerte violenta en Argentina, para total de la población durante los últimos diez años, se halló que si bien estas tasas habían crecido moderadamente, ese aumento registrado se debe en su mayoría al aumento de los suicidios de varones entre 15 y 29 años (Bonaldi, 2000). Se confirma que en las últimas décadas el aumento en la proporción varones y mujeres jóvenes que mueren por suicidio, que ha pasado del triple al cuádruple. Este fenómeno ha sido denominado por Bonaldi como masculinización del suicidio.

En nuestro país no existen investigaciones sobre la incidencia de intentos de suicidio. Tampoco existen registros en los hospitales generales ni hay una política a nivel gubernamental para rastrear la incidencia de esta conducta. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha solicitado a los estados la recopilación de información sobre las conductas suicidas no mortales debido a su mayor prevalencia en la población y al hecho de que no están siendo atendidas por los servicios de salud (OMS. 2003).

Sin embargo, consideramos que estos hallazgos justifican la consideración del suicidio de los más jóvenes como un problema sanitario de relevancia a nivel mundial, pero también a nivel local, y que el conocimiento desarrollado al respecto puede ser aplicado a nuestro medio. En el siguiente apartado, se revisan los factores de riesgo suicida identificados en la bibliografía internacional.

Conducta suicida y factores de riesgo.

En el caso de las conductas suicidas, el riesgo de una persona o una población determinadas es fluctuante y está relacionado con un gran número de variables diferentes. Se denomina *factor de riesgo* a una variable cuya presencia o ausencia está asociada a la presencia o ausencia de un evento, como en el caso de las conductas suicidas. El riesgo es una abstracción conceptual mediante la cual se busca describir la probabilidad de ocurrencia de un evento determinado.

Un conjunto de factores de riesgo, organizados en dominios, fue propuesto por Blumenthal y Kupfer (1993) en su modelo de superposición. Según estos autores, los determinantes de la conducta suicida son cinco conjuntos de variables: el medio psicosocial, los rasgos de personalidad, factores biológicos, trastornos mentales e historia y genética familiar.

Otra clasificación por dominios es la que propone por A. Beautrais (1998) para los factores de riesgo. Según la autora, la interacción de los factores agrupados en seis dominios determina la aparición de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida. De manera similar, se considera que inciden en el riesgo suicida Factores sociodemográficos (edad, género, raza, estatus socioeconómico, religión, nivel educativo, estado civil), Características familiares y experiencias infantiles (psicopatología parental, violencia, pérdida parental, tipo de cuidados parentales, abuso, disfunción familiar), factores de personalidad y estilo cognitivo (personalidad antisocial/borderline, desesperanza, impulsividad, neuroticismo, locus de control), factores genéticos y biológicos (antecedentes de suicidio en la familia, disfunción serotoninérgica, traumatismos craneales), morbilidad psiquiátrica (trastornos mentales y del comportamiento, comorbilidad, intento previo) y factores contextuales y ambientales (pérdida parental, eventos vitales, desempleo, problemas escolares, factores de imitación y contagio)

Garnefski y Diekstra (1995) han señalado que, no obstante la multiplicidad de factores de riesgo identificados en la bibliografía, los estudios han dado como resultado bajos porcentajes de varianza explicada debido al sesgo conceptual y metodológico que constituye el relacionar una sola variable con la conducta suicida. Estos autores hallaron que comparando una gran variedad de factores en un grupo de adolescentes con y sin conductas suicidas, el número total de problemas emocionales, cognitivos y comportamentales resultó de mayor importancia en relación con los antecedentes suicidas que el tipo específico de los mismos. Sostienen que, respecto al suicidio, la observación de una variable no alcanza para dar cuenta de la complejidad de un problema cuyos determinantes son múltiples.

En una amplia revisión de la literatura al respecto, se identificaron dos modelos principales sobre el riesgo suicida adolescente (Hilder, P. 1998). El primero de esos modelos se basa en el hallazgo de las altas tasas de psicopatología halladas en los adolescentes y jóvenes que cometen o intentan el suicidio. El segundo modelo pone mayor atención sobre variables de tipo psicosocial, relacionadas con el contexto de la conducta suicida, sostiene que dicha conducta representa una respuesta frente a estresores que pueden sobrepasar la capacidad del individuo, y que la presencia de psicopatología no es la variable más importante (Rubenstein, J. 1989).

Un modo de organización que nos parece interesante es el propuesto por E. Moscicki (1995) que distingue entre factores proximales y distales para la conducta suicida. Los factores distales incluyen características demográficas, familiares y personales que implican un mayor riesgo, por ejemplo la presencia de antecedentes de conducta suicida en la familia o en la propia historia personal, rasgos de personalidad impulsiva o depresión. Los factores proximales son aquellos inmediatamente relacionados con la conducta suicida, e incluyen ruptura de relaciones, accesibilidad a medios letales o eventos estresantes. La combinación de ambos tipos de factores de riesgo determina una posibilidad aumentada de manifestar conducta suicida.

Factores distales:

- Antecedentes de conducta suicida:

La presencia de una intentos de suicidio o lesiones auto inflingidas en la historia de una persona es uno de los mejores, sino el mejor, predictor de suicidio completado (Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. 2003). La evidencia aportada por estudios prospectivos indica que alrededor de un 10% de los jóvenes atendidos psiquiátricamente por crisis suicidas o intentos de suicidio mueren de esta manera hasta 15 años después de la admisión (Motto, J. 1984)

- Trastornos Mentales:

Tanto en adolescentes como en adultos, la conducta suicida se asocia a diversos trastornos mentales y del comportamiento. Mediante varios métodos, incluidas las autopsias psicológicas, se ha llegado a estimar que alrededor del 90% de las personas que se suicidan padecen al momento de morir uno o varios trastornos mentales, aunque esta tasa podría ser menor en adolescentes (Beautrais. 2001). Los diagnósticos mas frecuentes en adolescentes suicidas son depresión, abuso de sustancias, conducta disruptiva y trastornos de personalidad (Miller, Rathus, Linehan. 2007).

Respecto a la depresión, tanto en Estados Unidos, como en Finlandia, se ha estimado que entre un 49% y un 65% de los adolescentes que intentan o completan el suicidio padecían depresión (Brent, D. 1993; Marttunen, J. 1992). Asimismo, intentar o lograr quitarse la vida es más común si existen antecedentes depresivos desde la infancia.

En relación al uso y abuso de sustancias, ha sido establecido que son conductas frecuentes en adolescentes que manifiestan conducta suicida. Se estima que entre el 25% y el 50% de los suicidios consumados tanto por adultos como adolescentes involucra el abuso de alcohol u otro tipo de sustancia (Mäkelä, P. 1996). En la actualidad, el abuso de alcohol de los adolescentes ha sido propuesto como parte de la explicación de las elevadas tasas de suicidio observadas en algunos países del hemisferio norte.

La conducta impulsiva y el comportamiento antisocial también son características observables en adolescentes suicidas. Al respecto, Plutchik y cols (1989) sugieren que el riesgo suicida aumenta cuando los impulsos agresivos son potenciados por factores como el abuso de sustancias, y no encuentra la contención que necesita de los otros. Incluso se ha comprobado que la mayoría de los suicidios e intentos de suicidio de los adolescentes constituyen actos impulsivos, y sólo un cuarto de los casos implican planificación (Hoberman y Garfinkel 1988).

Finalmente, existe evidencia suficiente para considerar a los trastornos de personalidad, y en particular el trastorno límite de personalidad, como factores de riesgo para la conducta suicida. Diferentes estudios estiman que entre un 26% y un 33% de las adolescentes y jóvenes que completan el suicidio cumplen criterios del trastorno límite de personalidad (Marttunen y cols. 1995)

Si bien cada uno de estos diagnósticos por sí mismos implica riesgo, un elemento de importancia clave a la hora de evaluar el riesgo suicida en adolescentes es la coexistencia de más de un trastorno mental. Al respecto Berman y Jobes (1991) señalan que el abuso de sustancias comórbido a un trastorno del estado de ánimo en adolescentes y jóvenes implica una probabilidad elevada de intentar o completar el suicidio.

- Contexto familiar:

La influencia el entorno en que se desarrollan los adolescentes tiene sobre la manifestación de conducta suicida ha sido demostrada a través del estudio de diferentes características. La existencia de antecedentes familiares de suicidio, la presencia de trastornos mentales en alguno de los padres, especialmente depresión y abuso de sustancias, mala comunicación familiar y bajo apoyo emocional representan factores de

riesgo comprobados en adolescentes. (Heikkinen, M. y cols. 1995; Campbell, N. y cols. 1993). Asimismo, la pérdida parental antes de los 12 años ha sido reportado como un factor de riesgo para intentos de suicidio y suicidios consumados (Lewinshon, P. y cols. 1996).

- Género:

Las diferencias de género respecto a la conducta suicida son uno de los hallazgos más consistentes en la literatura internacional. En adolescentes, se ha comprobado que las mujeres muestran con mayor frecuencia ideación suicida e intentos de suicidio, mientras que los varones muestran una proporción mayor de suicidios consumados (Anderson, 2002).

Las causas propuestas para estas diferencias de género son varias. En primer lugar, se reconoce que la mayor proporción de suicidios completos en varones se debe a que eligen métodos más letales que las mujeres y a que manifiestan con mayor frecuencia abuso de sustancias y conducta agresiva. Por otra parte, la mayor frecuencia de ideación e intentos de suicidio en mujeres se relaciona con la mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo en esta sub población. (Brent, 1999).

- Orientación sexual:

En población adolescente, se ha demostrado que los homosexuales y bisexuales de ambos sexos poseen un riesgo aumentado entre dos y seis veces de intentar el suicidio en comparación con pares heterosexuales (Blake, 2001). En una revisión de la evidencia, Harry (1989) concluyó que el riesgo suicida aumenta en esta etapa como consecuencia del desafío que implica para un adolescente asumir su pertenencia a una minoría sexual y afrontar el estigma familiar y social que ello puede conllevar.

- Biología:

Dos líneas de investigación señalan que factores genéticos y biológicos influyen en el riesgo suicida de las personas. La primera involucra estudios realizados en gemelos y estudios sobre adopción, y aporta evidencias sobre el papel que la herencia biológica tiene en la manifestación de conducta suicida. Al respecto, estudios realizados en gemelos monocigóticos y dicigóticos han reportado una concordancia mayor entre los

primeros tanto para el suicidio completo como para los intentos de suicidio (Roy, A. y cols. 1991).

Otra de las evidencias más contundentes son los estudios de Wender y cols. (1986) sobre adopción en Dinamarca, donde sobre un total de más de 5000 adopciones realizadas entre 1924 y 1947, se estudiaron 57 casos de suicidio y la presencia de antecedentes en los familiares biológicos de quienes se quitaron la vida, comparados con un grupo control de personas adoptadas que no manifestaron dicha conducta. Los resultados indicaron que los sujetos adoptados que se suicidaron tenían significativamente más antecedentes de suicidio en sus familiares biológicos que el grupo control.

La segunda línea de evidencias sobre aspectos biológicos de la conducta suicida son los estudios de la química cerebral. En relación a ello, Cohen y cols. (1988) han reportado un nivel reducido de la función serotoninérgica en personas que intentan o completan el suicidio, y que esta disfunción puede estar relacionada también a la conducta impulsiva y agresiva. Asimismo, ha sido propuesto que la relación entre el abuso de alcohol, trastornos mentales y conducta suicida podría estar basada que todos comparten esta disfunción serotoninérgica (Oquendo, M & Mann, J. 2000). Asimismo, estos autores han establecido que los sujetos con esta disfunción tienden a producir conductas suicidas más violentas.

- Funcionamiento cognitivo:

Algunas variables cognitivas han sido reiteradamente asociadas a la conducta suicida (Wagner y cols. 2000; Rotheram-Borus, M. y cols. 1990; Contreras, A. 2001; Keinhorst, C. y cols. 1992). Sin embargo, existen evidencias contradictorias, por lo que se ha propuesto que estas características podrían ser alternativamente explicadas por la presencia de trastornos mentales, y por lo tanto no resultarían específicas del suicidio (Spirito, A. y cols. 1994).

También ha sido propuesto que estas variables son interdependientes, y que la rigidez cognitiva constituye un denominador común al resto de los rasgos (Marzuk, P., Hartwell, N., Leon, A., y Portera, L. 2005). Esta afirmación resulta consistente con la experiencia clínica, en donde el paciente suicida presenta dificultad para pensar alternativas, así como conceptos del tipo bueno/malo sobre las personas y el sí mismo.

A favor de esta hipótesis, existen evidencias neuropsicológicas sobre déficits específicos en las funciones ejecutivas, implicadas en la resolución de problemas, como sustrato cerebral de diferencias entre sujetos suicidas y no suicidas. Por ejemplo, Keilp y cols.(2001) hallaron un peor funcionamiento neurocognitivo en pacientes con antecedentes de suicidio, comparados con un grupo control, así como diferencias en el rendimiento entre pacientes con intentos de alta y baja letalidad. Interpretan estos resultados como producto de una disfunción cortical de los lóbulos prefrontales.

Factores proximales:

Como ha sido mencionado, la presencia de uno o varios factores distales de riesgo puede no ser suficiente para determinar la aparición de conducta suicida. En la mayoría de los casos, esta conducta se precipita cuando un factor proximal se combina con ellos (Moscicki 1995). En los siguientes párrafos se reseñan los más importantes factores proximales identificados para la conducta suicida adolescente.

- Eventos estresantes:

El factor precipitante más común en adolescentes es la presencia de conflictos interpersonales y separaciones (Marttunen, M. y cols. 1992). La ruptura de relaciones de pareja, los problemas disciplinares o legales, las discusiones y el maltrato son eventos vitales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes. Las investigaciones han demostrado también que el abuso físico y sexual se asocian con frecuencia a la conducta suicida en adolescentes (Brent, D. y cols. 1993). Las dificultades en la escuela, el ausentismo y la deserción escolar han demostrado en varios países ser un factor precipitante de ideación, intentos de suicidio y suicidio consumados (Beautrais, J. y cols. 1996)

- Discapacidad debida a enfermedad o lesiones:

Si una enfermedad o lesión deja como secuela una incapacidad funcional en un adolescente, existe un riesgo de suicidio aumentado (Lewinshon, P. y cols. 1996).

- Suicidio en el medio social:

Estar expuesto a la conducta suicida de otros puede precipitar comportamientos por imitación. Por ejemplo, ha sido confirmada una mayor incidencia de conducta suicida

en las redes sociales y familiares de personas con ideación, intentos o suicidios consumados comparados con grupos control (Brent, Bridge Johnson & Connolly 1996).

Velting & Gould (1997) proponen que estas conductas pueden ser modeladas a través de la exposición en la comunidad y la cobertura de los medios de comunicación, y que si bien hay factores de riesgo mas relevantes (como la presencia de trastornos mentales o antecedentes de conducta suicida) los adolescentes son el grupo etéreo con mayor tendencia al contagio.

Este comportamiento de imitación del suicidio ha sido denominado *efecto werther* y debe su nombre la novela publicada por Goethe en 1774 titulada *Las desventuras del joven Werther*. En la época de publicación de esta obra, en la que el protagonista se suicida a causa de un amor contrariado, se reportó un aumento de las muertes por esta causa en jóvenes. Mas de doscientos años después un estudio realizado en Alemania confirmó la relevancia de este efecto al hallar un aumento del 147% de suicidios relacionados al ferrocarril en la población masculina entre 15 y 19 años luego de que en una ficción de televisión un joven de 19 años cometiera el suicidio saltando delante de un tren (Schmidtke & Hafner 1988).

- Accesibilidad a medios letales:

La presencia de elementos potencialmente letales en el entorno es un factor de riesgo importante para la conducta suicida. En países como Estados Unidos, donde la tenencia de armas es un elemento culturalmente aceptado, el 67,5% de las muertes por suicidio en adolescentes involucró armas de fuego (National Centre for Health Statistics. 1996). Brent y cols. (1991) hallaron que la probabilidad de suicidios aumenta hasta cinco veces cuando existe un arma en el hogar, y que este elemento contribuye al riesgo suicida mas fuertemente que la presencia de psicopatología en alguna poblaciones.

A nivel mundial, la mayor parte de las muertes por suicidio involucran el ahorcamiento como método. En Nueva Zelanda y Australia, el 54% y el 36% de las muertes por suicidio en jóvenes ocurrió de esta manera. Por otra parte, en países con mayor población agraria, el uso de pesticidas como modo de envenenamiento es una método de suicidio recurrente (Berman, Jobes y Silverman 2006).

En relación a los intentos de suicidio, las estadísticas indican que en Estados Unidos e Inglaterra, la gran mayoría de los adolescentes que intentan quitarse la vida realizan



sobreingestas de medicaciones prescriptas a ellos mismos a sus familiares, en particular analgésicos, antidepresivos y tranquilizantes (Lewinshon, P. y cols. 1996).



Capítulo III. Orientación Suicida y factores de riesgo en adolescentes.

1- Introducción,

El presente trabajo aborda el tema del suicidio de la población adolescente desde una perspectiva amplia, entendiéndolo como una de las manifestaciones de la *Conducta Suicida*, que incluye los suicidios consumados, los intentos de suicidio, y la ideación suicida.

Desde un enfoque preventivo, la ideación suicida constituye un elemento central en la identificación de personas en riesgo, ya que en muchos casos precede en el tiempo a los intentos y a los suicidios consumados. En consecuencia, se tomará como variable de estudio la *Orientación Suicida*, que mide la presencia de ideación suicida y otros componentes psicológicos del riesgo suicida como la desesperanza y la baja autoestima, en un grupo de adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires.

El presente trabajo busca también profundizar el estudio de los factores de riesgo para la conducta suicida en adolescentes. Debido a ello, se estudiará la asociación entre la *Orientación Suicida* y dos factores de riesgo identificados en la literatura sobre el tema: *Síntomas Psicopatológicos* y *Sucesos Vitales Estresantes*. De acuerdo a ello, el primer objetivo del presente trabajo será evaluar la presencia de *Orientación Suicida*, *Síntomas Psicopatológicos* y *Sucesos Vitales Estresantes* en una muestra de adolescentes escolarizados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El segundo objetivo será evaluar las posibles relaciones entre la *Orientación Suicida* y las restantes variables. Se sostiene la hipótesis de que se hallará una relación positiva entre presencia de *Síntomas Psicopatológicos* y *Orientación Suicida*. También sostenemos la hipótesis de que se hallará una relación positiva entre la presencia de *Sucesos Vitales Estresantes* y *Orientación Suicida*, y que la misma será mas débil que la relación entre psicopatología y orientación suicida.

A la vez, en un intento de satisfacer la demanda de datos que existe en nuestro país respecto a la incidencia de intentos fallidos en población adolescente, y de todas las edades en general, se incluyó como parte de la batería de evaluación el reactivo “*Has*

intentado quitarte la vida alguna vez?”, con dos opciones de respuesta (sí / no). El objetivo de incluir dicha pregunta fue obtener una estimación de la incidencia a lo largo de la vida de intentos fallidos en la población estudiada, a la vez que obtener datos que nos permitan relacionar ambas manifestaciones de la conducta suicida. Sostenemos que se hallará una relación significativa entre la presencia de intentos previos y la orientación suicida.

Este trabajo busca replicar algunos de los hallazgos previamente realizados en nuestro país y el resto del mundo respecto a la orientación suicida y la prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes. A su vez, intenta profundizar el estudio de la relación entre la presencia de intentos previos, *Síntomas Psicopatológicos* y *Sucesos Vitales Estresantes* con la *Orientación Suicida*. Presenta como novedad el estudio conjunto de variables psicopatológicas y psicosociales en una misma población, con la consecuente posibilidad de establecer relaciones entre las mismas y la *Orientación Suicida*. Esto representa un potencial avance en el estudio de la conducta suicida adolescente en nuestro país en general, y en la ciudad de Buenos Aires en particular, ya que no existen antecedentes de estudios locales con este diseño.

2- Aspectos Metodológicos

Participantes.

308 adolescentes asistentes a los últimos tres años de dos escuelas públicas completaron la batería de evaluación. Del total de la muestra un 42.8% eran varones (n = 132) y un 57.2 % mujeres (n = 176). La edad promedio de la muestra fue de 16.66 años, y el rango de edades fue de 15 a 20. A continuación se presenta el detalle de la composición total de la muestra, por sexo y edad.

Procedimiento.

Adolescentes asistentes los tres últimos años de educación secundaria (3º, 4º y 5º) en dos escuelas públicas de la Ciudad de Buenos Aires fueron invitados a participar, voluntariamente y de manera anónima, en un estudio de investigación sobre salud mental, sus padres fueron informados y se solicitó su consentimiento informado. A los adolescentes cuyos padres hubieran firmado la conformidad se les administró el



protocolo de investigación consistente en una serie de autoinformes. Los protocolos fueron completados de forma grupal, en las aulas correspondientes a cada división. La participación fue voluntaria y durante la toma los sujetos contaron con un evaluador entrenado en la batería para aclarar las dudas que pudieran surgir al respecto. A quienes se negaron a completar la evaluación se los invito a esperar en otra aula hasta la finalización de la toma.

A los adolescentes se les explicó que sus datos no serían accesibles a las autoridades del colegio, aunque se solicitaron datos personales de cada uno para poder informar sobre situaciones de riesgo que se detectaran, a ellos primero y a sus padres o tutores en segundo lugar. A su vez, se invitó a los adolescentes y a sus padres a solicitar devoluciones o consultas sobre los resultados obtenidos.

Aunque no forma parte de este trabajo, se deja constancia que luego de evaluar los protocolos, se convocó a los adolescentes cuyos puntajes implicaran situaciones de riesgo. Se realizaron entrevistas con los adolescentes y algún mayor responsable, informando sobre situaciones de riesgo y orientando la búsqueda de atención en el sistema público de salud. Asimismo, se realizaron devoluciones a las autoridades de las escuelas referidas al total de la muestra.

Tabla 2: Composición de la muestra por edades y sexo.

Edad	n	Varones	% acumulado	Mujeres	% acumulado
15	48	19	14,5	29	16,3
16	99	41	43,5	58	49,4
17	97	40	74,0	57	82,6
18	44	23	91,6	21	94,8
19	17	7	99,2	10	98,8
20	3	2	100,0	1	100,0
Total	308	132		176	



Medidas.

- *Orientación Suicida:* El “Inventario de Orientaciones Suicidas” (IOS-30) fue originalmente diseñada por J. King. y B. Kowalchuk (1994), y ha sido adaptado en nuestro país por M. Casullo. Es un inventario autoadministrado de treinta ítems que evalúa la las siguientes dimensiones de la orientación suicida: Desesperanza, Baja Autoestima, Incapacidad para afrontar emociones, Soledad/Abatimiento e Ideación Suicida, esta última subescala está formada por seis ítems críticos que resultan de especial relevancia para su evaluación. Ha sido utilizada en contextos escolares como prueba de rastillaje epidemiológico de población en riesgo suicida Casullo, M. M. (1998).

- *Intento previo:* al final de la escala IOS-30, se incluyó el reactivo “*Has intentado quitarte la vida alguna vez?*” con una opción de respuesta dicotómica (si / no). No se pidieron especificaciones al respecto.

- *Sucesos Estresantes:* La Escala de Sucesos Vitales (ESV) Casullo, M. M. (1998). evalúa la incidencia de sucesos estresantes y el impacto emocional percibido en población adolescente. El instrumento consta de cincuenta situaciones o eventos estresantes a los que el sujeto debe responder en caso de que le haya sucedido el evento de que se trate. Para responder, debe elegir su respuesta entre cinco opciones que indican cuanto lo afectó ese evento (nada, poco, algo, bastante, mucho). Los sucesos se distribuyen en siete subescalas (familia, salud, trabajo, problemas personales, escuela, afectos y pareja, legal). Al finalizar la prueba, se le pide al sujeto que marque con una cruz aquellos sucesos que le hayan ocurrido durante el último año y que todavía lo siguen afectando. Para el presente trabajo, el puntaje de esta prueba fue calculado contabilizando la cantidad total de sucesos calificados por los sujetos como altamente estresantes ocurridos durante el último año.

- *Síntomas Psicopatológicos:* El inventario de síntomas SCL-R 90 es un instrumento diseñado para detectar personas con problemas psicopatológicos. Deriva de su antecesor el SCL-90, diseñado por L. Derogatis en 1973. En nuestro país ha sido aplicado y validado en población adolescente (Casullo, M. M., Castro Solano, A. 1999). El instrumento consta de 90 ítems que el sujeto puede responder eligiendo una de cinco opciones respecto al malestar o preocupación que cada síntoma le haya provocado en la

semana previa. Evalúa 9 dimensiones sintomáticas: (Somatización, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ideación Paranoide, Ansiedad fóbica, Psicoticismo). Asimismo, permite extraer tres índices globales de malestar psicológico.

3- Resultados

Orientación Suicida.

La puntuación media en el IOS-30 para el total de los sujetos fue de 26.9 puntos, con un desvío estándar de 13.3 puntos y un rango que varió entre los 3 y los 70 puntos. Respecto al sexo, la puntuación media de las mujeres, 28.2 (s=13.8), fue un poco mas elevada que la de los varones: 25 (s=12). Se realizó una prueba t para comparar ambas medias y se halló que la diferencia según sexo fue estadísticamente significativa ($F=1.83$, $p=.034$).

Para evaluar la existencia de diferencias por edades respecto a la orientación suicida se realizó una prueba de diferencia de medias en la puntuación del IOS-30 para cada edad de la muestra (15, 16, 17, 18, 19 y 20), compensando mediante una ponderación las diferencias de tamaño de cada subgrupo. Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre los sujetos de diferentes edades respecto a orientación suicida ($F=.082$, $p=.774$).

Utilizando los puntos de corte propuestos por los autores, las puntuaciones fueron divididas en tres grupos respecto a la orientación suicida: alta, media, y baja. La tabla 3 presenta los resultados obtenidos discriminados por sexo y expresados como frecuencias y porcentajes. El 34.4% de la muestra estudiada presentó un puntaje compatible con riesgo suicida entre moderado (25%) y alto (9.4%).

Intento previo.

En relación a la presencia de intentos de suicidio previo, se halló que ante la pregunta “*Has intentado quitarte la vida alguna vez?*” un 9.7% (n=30) de la muestra respondió afirmativamente, mientras el 87.4% restante respondió negativamente. De los sujetos que respondieron positivamente al reactivo, el 70% fueron mujeres (n=21) y el 30% restante varones (n=9). Un 2.9% de la muestra no respondió a la pregunta (n=9).

Resulta de interés señalar que como respuesta a este reactivo, varios de los sujetos estudiados excedieron la modalidad de respuesta dicotómica agregando comentarios como “*No lo intenté, pero lo haría*” o “*Lo hice pero estoy arrepentida*”, lo que deja en evidencia las limitaciones de una indagación puntual sobre un tema delicado.

Tabla 3: Riesgo suicida según sexo de la muestra.

	Varones		Mujeres		Total muestra	
	n	%	n	%	n	%
Bajo Riesgo	92	70.1	110	62	202	65.6
Riesgo Moderado	32	23.9	45	25.8	77	25
Alto Riesgo	8	6	21	12.2	29	9.4
Total	132	100	176	100	308	100

Síntomas Psicopatológicos.

El inventario SCL-90-R permite la estimación del nivel de psicopatología de los adolescentes evaluados mediante el cálculo de nueve puntuaciones específicas de diferentes *clusters* sintomáticos.

Para analizar las diferencias relativas al sexo de los sujetos de la muestra, se realizó una prueba t comparando las puntuaciones medias obtenidas por varones y mujeres en cada una de las subescalas del instrumento. Esta prueba confirmó la existencia de diferencias significativas en todas las subescalas menos en Obsesiones y Hostilidad, con las mujeres obteniendo puntuaciones mas elevadas que los varones. A continuación se presentan las puntuaciones medias y el desvío para cada subescala, discriminando por sexo.

El instrumento también cuenta con tres índices que evalúan de manera global el resultado obtenido: el *Índice de Global de Severidad (IGS)*, el *Total de Síntomas Positivos (TP)*, y el *Índice de Malestar Positivo (PSDI)*. Dada la gran dispersión de los resultados obtenidos, debida mayormente a la presencia de puntuaciones extremas dentro de la muestra, se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para

los tres indicadores dejando por fuera de su cálculo al 5% superior e inferior de la misma. A continuación se reproducen en una tabla la media (recortada) y el desvío para cada uno de los indicadores globales del SCL-90-R, discriminados por sexo.

Tabla 4: Media y desvío de las Subescalas del SCL-90-R según sexo de la muestra

	Varones		Mujeres	
	Media	Desvío	Media	Desvío
Somatizaciones (Som) *	0.50	0.50	0.76	0.6
Obsesiones y Compulsiones (Obs)	1.1	0.69	1.2	0.66
Sensibilidad Interpersonal (SI) *	0.77	0.59	1.15	0.73
Depresión (Dep) *	0.62	0.51	1	0.73
Ansiedad (Ans) *	0.62	0.57	0.9	0.69
Hostilidad (Hos)	0.92	0.81	0.85	0.74
Ansiedad Fóbica (Fob) **	0.3	0.46	0.48	0.57
Ideación Paranoide (Par) **	0.75	0.68	0.95	0.79
Psicoticismo (Psic) **	0.46	0.52	0.58	0.58

* $p < 0.001$; ** $p < 0.05$

Tabla 5: Media y desvío de los Índices del SCL-90-R según sexo de la muestra

	Varones		Mujeres	
	Media	Desvío	Media	Desvío
TP	34.2	16.3	39.6	17.5
IGS	61.9	34.3	75.6	38.1
PSDI	1.78	0.47	1.87	0.43

Para evaluar la existencia de diferencias por edades respecto a la presencia de síntomas psicopatológicos se realizó una prueba de diferencia de medias en la puntuación global del SCL-90-R para cada edad de la muestra (15, 16, 17, 18, 19 y 20), compensando mediante una ponderación las diferencias de tamaño de cada subgrupo.

Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre los sujetos de diferentes edades en el reporte de síntomas ($F=1.790$, $p=.182$).

Consideramos que los resultados obtenidos en la prueba SCL-90-R son consistentes con las normas locales para dicho instrumento (Casullo, M. M. 1999). Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones en todos los índices y subescalas, exceptuando Obsesiones y Hostilidad. No se encontraron diferencias significativas para las diferentes edades de la muestra.

Sucesos Vitales Estresantes.

La Escala de Sucesos Vitales (ESV) permite una estimación rápida del nivel de malestar percibido por los adolescentes estudiados en relación a la presencia de eventos que generalmente representan un factor de estrés psicológico. Como ha sido descrito antes, el instrumento solicita a los sujetos que informen cuáles de cincuenta situaciones presentadas por el mismo les han ocurrido en el último año, y que marquen una de las cinco opciones sobre cuánto les han afectado las mismas (nada, poco, algo, bastante o mucho).

Para el análisis de los datos, se tomaron como sucesos estresantes los ocurridos durante el último año que los adolescentes describieran como habiéndoles afectado bastante o mucho. A continuación se muestra la distribución de frecuencias de la cantidad de sucesos estresantes reportados por los sujetos, expresados como porcentajes del total de la muestra y separados por sexo. Puede observarse que el 35.5% la muestra no reportó ningún evento estresante, un 21.4% reportó un evento altamente estresante, y el 43.1% restante reportó dos o mas sucesos estresantes en el año previo, percibidos como habiéndoles afectado bastante o mucho.

Los ítems de la ESV se distribuyen en siete áreas: Familia, Salud, Trabajo, Problemas personales, Escuela, Legales y Afectos y pareja. De acuerdo a esta categorización, se procedió a realizar un análisis del total de las situaciones reportadas por los sujetos como fuentes significativas de estrés y a separarlas de acuerdo a las áreas antes mencionadas.

El resultado de dicho análisis muestra que Familia, Salud y Problemas personales son las áreas mas reportadas como fuentes de estrés A continuación se

presenta una tabla con el porcentaje del total de sucesos altamente estresantes reportados distribuidos de acuerdo a cada área.

Tabla 6: Cantidad de sucesos estresantes reportados según sexo de la muestra

Cantidad de sucesos estresantes reportados	Total	varones	mujeres
0	35,5%	48,5%	25,3%
1	21,4%	21,6%	21,2%
2	16,1%	12,7%	18,8%
3	8,2%	7,5%	8,8%
4	5,3%	3,7%	6,5%
5	4,9%	1,5%	7,6%
6	3,6%	.7%	5,9%
7	2,0%	1,5%	2,4%
8	1,0%	.7%	1,2%
9	1,3%	1,5%	1,2%
10 o mas	0,6%	0%	1,2%
total	100%	100%	100%

Tabla 7: Áreas de la ESV, porcentajes del total de sucesos reportados

Área	% del total
Familia	20.4%
Salud	22.3%
Trabajo	9%
Probl. Personales	18.8%
Escuela	14.5%
Legales	1.4%
Afectos y pareja	13.5%
Total de sucesos reportados	100%

También se realizó un análisis de cada uno de los cincuenta ítems para ver cuáles de ellos resultaron ser los mas frecuentemente reportados como altamente estresantes. El resultado de dicho análisis permite observar que las dos situaciones estresantes mas frecuentemente reportadas por los adolescentes evaluados fueron “*Confusión vocacional, no saber qué estudiar*” y “*Estar separado/a de un ser querido*”, puntuadas como habiéndoles afectado bastante o mucho en el último año a 49 y 47

sujetos respectivamente. A continuación se muestran los 10 ítems reportados con mayor frecuencia, expresados como porcentajes del total de la muestra.

- Confusión vocacional, no saber qué estudiar. 16%
- Estar separado/a de un ser querido. 15%
- Ruptura de noviazgo o pareja 11%
- Serios problemas económicos familiares 9.7%
- Problemas familiares graves 9.4%
- Muerte de algún abuelo 9.1%
- Enfermedad física seria de la madre 6.5%
- Problemas personales con algún docente 5.8%
- Mudanzas 5.8%
- Enfermedad física seria del padre 5.8%

Para analizar las diferencias relativas al sexo de los sujetos de la muestra, se realizó una prueba t comparando las puntuaciones medias obtenidas por varones y mujeres, hallándose que la media de las mujeres (2.35) fue significativamente ($F=12.7$, $p<0.001$) mas alta que la de los hombres (1.26). Asimismo, de la observación de la tabla 6 puede verificarse que mientras casi la mitad de los varones no reportaron ningún evento estresante, sólo un cuarto de las mujeres respondieron de esta manera.

Para evaluar la existencia de diferencias por edades respecto a la cantidad de sucesos estresantes reportados se realizó una prueba de diferencia de medias en la ESV para cada edad de la muestra (15, 16, 17, 18, 19 y 20), compensando mediante una ponderación las diferencias de tamaño de cada subgrupo. Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre los sujetos de diferentes edades en el reporte de sucesos estresantes ($F=0.77$, $p=0.38$)

Orientación Suicida e Intento Previo.

Para analizar la relación entre la existencia de intentos previos y la presencia de orientación suicida, la variable orientación suicida fue transformada en una variable nominal ordinal utilizando los puntos de corte y separando las puntuaciones en tres grupos: baja, moderada y alta orientación suicida. Esa categorización se introdujo en

una tabla de doble entrada junto a la variable dicotómica intento previo y se realizó una prueba de chi cuadrado con la distribución de frecuencias resultante, que se presenta en la tabla 8.

Tabla 8: Intento previo por grupos de riesgo según IOS-30.

Intento Previo	Orientación suicida		
	Baja	Moderada	Alta
Si	2.6%	20%	33.3%
No	97.4%	80%	66.7%
Total	100%	100%	100%

Los resultados indicaron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2= 37.4$, $gl=2$ $p<.001$). Dado que la prueba chi cuadrado sólo permite afirmar la presencia o no de una relación entre dos variables, para analizar la magnitud de la relación hallada se calculó la V de Cramer, que reportó una relación de magnitud moderada (.355, $p<.001$) entre la presencia de intento previo y la orientación suicida.

Orientación Suicida, Síntomas Psicopatológicos y Sucesos Vitales Estresantes.

Para analizar la relación entre orientación suicida y la presencia de síntomas psicopatológicos se realizó un análisis de correlación entre el resultado global de ambas variables. También se realizó un análisis de correlación entre cada subescala del SCL-90-R y el resultado global de IOS-30 con el objetivo de evaluar qué grupo de síntomas estaba más asociado a dicha variable. A continuación se presenta la matriz de correlaciones correspondiente.

Para el total de la muestra, se halló una correlación estadísticamente significativa y elevada (.591) entre orientación suicida y el resultado global del SCL-90-R. Asimismo, se hallaron correlaciones significativas entre orientación suicida y cada una de las subescalas de síntomas que componen la técnica antes mencionada. Las mismas fueron de una magnitud elevada a alta. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas con un valor $p< 0.01$.

Con el objetivo de evaluar las diferencias relativas al sexo en la relación antes comprobada entre las subescalas del SCL-90-R y el puntaje del IOS-30, se realizaron las correlaciones para varones y mujeres por separado. El resultado de dicho análisis mostró que tanto para los varones como para las mujeres la correlación entre el puntaje global del SCL-90-R y el IOS-30 fue la mas alta, con magnitudes similares para ambos sexos. A la vez, se comprobó que de todas las subescalas, Depresión fue la que mostró la correlación mas elevada con orientación suicida, tanto para hombres como para mujeres.

Para analizar la relación entre orientación suicida y la presencia de sucesos estresantes en la muestra estudiada, se realizó un análisis de correlación entre los resultados globales de las pruebas utilizadas para medir esas variables, IOS-30 y ESV. También se realizó un análisis correlacional de cada una de las categorías en que se dividen los sucesos estresantes y orientación suicida. De dicho análisis surge que la correlación entre ambas variables es mayor para las mujeres que para los varones, y que existen diferencias relativas al sexo en la correlación entre las categorías de sucesos estresantes y la orientación suicida. Para las mujeres, la categoría Problemas Personales, Familia y Salud son las más altamente relacionadas con orientación suicida, mientras para los varones es Escuela. Ambos sexos muestran correlaciones en Afectos y Pareja y Problemas Personales. En la tabla 9 se presentan los resultados para el total de la muestra, discriminados por sexo.

Tabla 9: Correlaciones de Pearson entre IOS-30 y SCL-90-R y subescalas.

	IOS-30. Total muestra	IOS-30. Varones	IOS-30. Mujeres
Total de Síntomas Positivos	.591*	.598*	.581*
Somatizaciones	.447*	.544*	.375*
Obsesiones	.552*	.562*	.544*
Sensibilidad Interpersonal	.589*	.621*	.563*
Depresión	.673*	.656*	.683*
Ansiedad	.560*	.575*	.538*
Hostilidad	.451*	.434*	.485*
Ansiedad Fóbica	.366*	.511*	.270*
Paranoia	.621*	.573*	.638*
Psicosis	.595*	.605*	.580*

*p<0.01

En vistas de los resultados hallados mediante el análisis correlacional de las tres variables principales del presente trabajo, podemos afirmar la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre la *Orientación Suicida* y la presencia de *Síntomas Psicopatológicos* y *Sucesos Vitales Estresantes*.

Tabla 10: Correlaciones de Pearson entre IOS-30 y ESV y subescalas.

	IOS-30. Total muestra	IOS-30. Varones	IOS-30. Mujeres
Total ESV	.429*	.313*	.519*
Familia	.203*	.044	.264*
Salud	.215*	.03	.285*
Trabajo	.085	.089	.111
Probl. Personales	.467*	.249*	.569*
Escuela	.221*	.409*	.107
Legales	.128	.092	.150
Afectos y pareja	.245*	.268*	.233*

*: $p=0.01$

Para investigar la posibilidad de interacción entre las variables independientes y la orientación suicida, se realizó un cálculo de correlaciones parciales, en el que se evalúa la relación entre dos variables, controlando el efecto de una tercera. En vistas de las diferencias relativas al sexo halladas, se calcularon las correlaciones parciales entre orientación suicida y cada subescala de las variables independientes para hombres y mujeres por separado. A continuación se reproduce el resultado de dicho análisis.

Tabla 11: Correlaciones entre IOS y el puntaje global y subescalas del SCL90-R, controlando Sucesos Vitales Estresantes.

	IOS-30. Varones	IOS-30. Mujeres
Total de Síntomas Positivos	.572*	.473*
Somatizaciones	.480*	.260*
Obsesiones	.497*	.439*
Sensibilidad Interpersonal	.577*	.463*
Depresión	.603*	.592*
Ansiedad	.509*	.436*
Hostilidad	.377*	.417*
Ansiedad Fóbica	.463*	.141**
Paranoia	.545*	.557*
Psicosis	.548*	.476*

* $p=0.01$ **= $p < 0.05$

Tabla 12: Correlaciones entre IOS y puntaje global y subescalas del ESV, controlando Síntomas Psicopatológicos.

	IOS-30. Varones	IOS-30. Mujeres
Total ESV	.217**	.298*
Familia	-.013	.141
Salud	.005	.155**
Trabajo	0.68	.033
Probl. Personales	.117	.436*
Escuela	.334*	-.088
Legales	.098	.146
Afectos y pareja	.210**	.078

* = $p < 0.001$ ** = $p < 0.05$

Los resultados de las correlaciones parciales mostraron que, aunque las correlaciones entre Orientación Suicida y Síntomas Psicopatológicos mantuvieron su sentido y magnitud, la interacción entre estas variables mostró ser más grande para las mujeres que para los hombres. Respecto a la relación entre Orientación Suicida y cada subescala, aún controlando por la presencia de Sucesos Vitales Estresantes, depresión fue para ambos sexos la subescala sintomática más asociada a la Orientación Suicida.

Respecto a las correlaciones parciales entre Orientación Suicida y la presencia de Sucesos Vitales Estresantes, los resultados mostraron que dicho control estadístico afectó la magnitud de las mismas. No obstante, las correlaciones entre los resultados globales del inventario ESV y el IOS-30 se mantuvieron tanto para mujeres como varones, lo que indica que la misma está mediada sólo en parte por la presencia de Síntomas Psicopatológicos.

El detalle de las subescalas de sucesos negativos demostró que los problemas escolares y los sucesos negativos relacionados con los afectos para los varones, y los sucesos negativos relacionados con los problemas personales para las mujeres, son las categorías de problemas que guardan mayor relación con la presencia de Orientación Suicida, aún controlando el efecto de la presencia de Síntomas Psicopatológicos.



4- Discusión.

Como ya ha sido mencionado, uno de los objetivos del estudio realizado era obtener datos sobre la prevalencia del riesgo suicida en una muestra de adolescentes. Nuestros resultados indican que del total de 308 sujetos estudiados, un 25% presentó un riesgo moderado y un 9,4% presentó un riesgo alto, mientras un 65.5% no presenta riesgo suicida. Estos datos tienen sentido, ya que en investigaciones previas realizadas con adolescentes escolarizados hallaron en una muestra de tamaño similar, que un 20% de los sujetos presentaba un riesgo moderado y el 10 % un riesgo alto, según el IOS-30 (Casullo, M. M. 1998, Fernandez Liporace, M. 2000). Podemos afirmar entonces que más del 30% de la muestra estudiada presenta algún grado de riesgo suicida, y que ese porcentaje ha sido aproximadamente el mismo en varios estudios que utilizaron el IOS-30 en población escolarizada adolescente de la Ciudad de Buenos Aires.

Respecto al autoreporte de intentos previos, reconocemos que la metodología de obtención de los datos resulta limitada en su alcance, ya que no se pidieron detalles sobre el o los intentos de quienes reportaran haber intentado quitarse la vida alguna vez. No obstante, es posible sacar algunas conclusiones a partir de los datos recolectados. Del total de 308 sujetos, el 9.7% de la muestra (n=30) reportó haber intentado quitarse la vida alguna vez. El 70% de ese grupo eran mujeres, y el 30% restante varones. En la muestra estudiada se confirma el predominio de las mujeres por sobre los varones respecto a intentos de suicidio. La proporción entre ambos sexos es de 2 a 1 aproximadamente, y resulta menor que la habitualmente reportada, de 4 intentos femeninos por cada intento masculino.

Si comparamos el porcentaje que reporta al menos un intento previo con los resultados de otras investigaciones similares vemos que, de una muestra de 216 estudiantes secundarios de la Ciudad de Buenos Aires, un 7% reportó al menos un intento de suicidio (Casullo, M. M., Passalacqua, A. 1994). Estudios llevados a cabo en Estados Unidos con grandes muestras de adolescentes escolarizadas (n > 1000) han arrojado una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor del 7% para los 17 años. (Shaffer, D. y cols. 1990, Andrews, J. & Lewinsohn, P. 1992).

Dado que los intentos de suicidio no son algo que las personas estén dispuestas a comunicar con facilidad, debemos asumir la posibilidad de que los resultados no reflejen muchos intentos no reportados, así como también deben haber quedado consignados intentos de baja o nula letalidad. La razón de la diferencia entre hallazgos previos y nuestros resultados son un tema de interés para futuras investigaciones, y puede deberse tanto a diferencias en el modo de obtención de los datos como a un aumento de la frecuencia de intentos de suicidio en la población de estudio.

Del total de 30 sujetos que reportaron al menos un intento previo, 25 pertenecían al grupo de moderado o alto riesgo suicida, y sólo 5 al grupo de bajo riesgo. Comprobamos una relación estadísticamente significativa, de magnitud moderada, entre la presencia de intento previo y el nivel de riesgo suicida. Este resultado confirma la relevancia de los intentos previos en la configuración del riesgo suicida. De hecho, la presencia de intentos previos ha sido propuesta como el mejor predictor, y por lo tanto el primer factor de riesgo, para un intento de suicidio futuro (Leon, A. y cols. 1990). Mas allá del poder predictivo de los intentos de suicidio en relación al suicidio consumado, debe considerarse también que los intentos de suicidio son acontecimientos indeseables en la vida de los adolescentes y jóvenes, con costos considerables para la salud que pueden y deben ser prevenidos. Desde la psicología, ha sido comprobado que la ideación suicida precede en muchos casos a los intentos de suicidio (Fergusson, D. & Lynskey, M. 1995), y que existen una serie de variables psicosociales que determinan la aparición de la misma. La atención a esas variables predictoras, así como a la ideación suicida se confirman entonces como medidas potencialmente efectivas en la prevención del suicidio.

Sobre la relación entre los trastornos psicopatológicos y el riesgo suicida, varias investigaciones han reportado que entre el 80% y el 90% de los adolescentes que intentan o cometen el suicidio presentan algún trastorno mental (Lewinsohn, P. 1996). Esta relación ha sido bien documentada en varios países del mundo y con diferentes metodologías (Lewinsohn, P. y cols. 1996; Isometsä, E., y cols. 1995). En un estudio nacional llevado a cabo en Dinamarca, sobre un total de 21.169 suicidios consumados se halló que la presencia de una internación psiquiátrica era el factor de riesgo suicida más importante de una gran cantidad de variables socioeconómicas, demográficas, psiquiátricas y familiares estudiadas (Quin, P. y cols. 2003). Las autopsias psicológicas

han demostrado también la presencia de trastornos mentales en la mayoría de los suicidios consumados de adolescentes y jóvenes (Shaffer, D. y cols. 1996). En el mismo sentido, ha sido comprobado que los adolescentes con múltiples intentos de suicidio presentan niveles mayores de psicopatología, comparados con sujetos con un solo intento (Stein, D. y cols. 1998). Los diagnósticos más comúnmente asociados a la conducta suicida son los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias, particularmente alcohol y los trastornos del comportamiento (Shaffer, D. y cols. 1996).

En nuestro estudio hallamos una correlación positiva de gran magnitud entre los resultados globales de las variables Orientación Suicida y Síntomas Psicopatológicos (0.597 $p < 0.01$). A la vez, las correlaciones calculadas entre la orientación suicida y las diferentes subescalas de síntomas mostraron una magnitud entre moderada y elevada (entre 0.366 y 0.673 $p < 0.01$). De todos los grupos de síntomas evaluados, la correlación más elevada para ambos sexos fue entre Orientación Suicida y Depresión, con valores de 0.656 y 0.683 para varones y mujeres respectivamente ($p < 0.01$).

En relación a los trastornos de estado de ánimo, ha sido reportado que los adolescentes deprimidos tienen un riesgo de suicidio 27 veces mayor que los adolescentes no deprimidos (Fergusson, D. & Lynskey, M. 1995). Estudios longitudinales hallaron que la presencia de depresión en la infancia y la adolescencia son predictores de conducta suicida aún diez años después de haber padecido el trastorno (Fombone, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. & Rutter, M. 2001). A la vez, numerosas investigaciones indican que más de la mitad de las personas que se suicidan padecen depresión (Wolfersdorf, M., Hole, G., Steiner, B., & Keller, F. 1990). Estos datos son coherentes con nuestros resultados, y permiten afirmar que, en la muestra estudiada, la depresión es el problema de salud mental más asociado a la orientación suicida.

Aunque la prevalencia de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos es baja en comparación con los trastornos del estado de ánimo, el riesgo suicida de estos pacientes es también elevado (Westermeyer, J. 1991). Un estudio desarrollado por la OMS halló que el suicidio es la causa de muerte más común en personas con síntomas psicóticos (Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., y cols. 1986). Asimismo, ha sido estimado que alrededor de 9-13% de los esquizofrénicos cometen el suicidio, y que entre el 20% y el

40% lo intentan (Caldwell, C. & Gottesman, J. 1990). En nuestro estudio, hallamos que detrás de la variable Depresión, la relación entre orientación suicida y las subescalas sintomáticas Paranoia y Psicosis fue positiva y de magnitud elevada para ambos sexos ($r=.621$ y $.595$ respectivamente. $p<0.01$), lo que confirma que la relación entre estos síntomas y el riesgo suicida en los adolescentes y jóvenes estudiados.

La evidencia sobre la relación de la conducta suicida y la presencia de psicopatología es más débil en relación a los trastornos de ansiedad, donde algunos estudios han hallado diferencias entre adolescentes que presentan conductas suicidas y un grupo control, sin que esas diferencias alcanzaran significación estadística (Taylor, E. & Stansfield, S. 1984), mientras otros estudios reportaron diferencias significativas al respecto (Ohring, R. y cols. 1996). Por ejemplo, ha sido hallado que los adolescentes que sufren ataques de pánico reportan tres veces mas ideación suicida y el doble de intentos de suicidio, en comparación con un grupo control (Pilowsky, D., Wu, L. & Anthony, J. 1999).

Nuestros resultados indicaron que la presencia de síntomas correspondientes a las subescalas Ansiedad y Obsesiones, ambas pertenecientes al grupo de los Trastornos de ansiedad según el DSM IV (American Psychiatric Association. 1994), mostraron correlaciones positivas y moderadas con Orientación Suicida ($r=.552$ y $.560$ respectivamente. $p<0.01$), lo que permite afirmar que en la muestra estudiada se verifica que dichos síntomas están relacionados con un mayor riesgo suicida. Por otra parte, la subescala Ansiedad Fóbica exhibió un patrón de correlación diferenciado para varones y mujeres, donde estas últimas mostraron una correlación estadísticamente significativa pero de magnitud menor a la de los primeros ($r=.270$ y $.511$ respectivamente. $p<0.01$)

Aunque no ha sido evaluado en el presente trabajo, el abuso de alcohol también constituye un factor de riesgo comprobado para la conducta suicida (Harris, E. & Barraclough, B. 1997). En relación al suicidio de la población mas joven, ha sido propuesto que el aumento de las tasas de suicidios experimentado por algunos países como Finlandia y Estados Unidos se debe, en parte, al aumento en la incidencia del alcoholismo en esa población (Mäkelä, P. 1996).

Otro elemento que no ha sido directamente considerado en este trabajo es el efecto de la presencia de comorbilidad. La presencia de mas de un diagnóstico en

adolescentes ha sido relacionada a un mayor riesgo suicida, en comparación con sujetos que presentan solo un diagnóstico (Soloff, P. y cols. 2000). Teniendo en cuenta estos antecedentes, ha sido propuesto que el aumento del suicidio en la población mas joven se debe a un aumento de las tasas de psicopatología, principalmente depresión, a nivel mundial. El aumento de dichas tasas como explicación del crecimiento del suicidio ha recibido evidencias a favor (Joyce, y cols. 1990) y en contra (Lehtinen, V, y cols. 1991).

Nuestros resultados confirman que la presencia de síntomas psicopatológicos de cierta severidad correspondientes a varios diagnósticos psicopatológicos, como la presencia de síntomas depresivos y psicóticos, constituyen un factor de riesgo considerable para la presencia de ideación suicida en los adolescentes estudiados. Consideramos que la relación hallada entre la presencia de psicopatología y la orientación suicida confirma en la muestra de adolescentes estudiada la relación entre los trastornos mentales y las diferentes manifestaciones de la conducta suicida, incluyendo la ideación suicida. El efecto de la comorbilidad puede estar en parte expresado en la fuerte relación hallada entre el resultado total de la prueba SCL-90-R y el Inventario de Orientaciones Suicidas.

Respecto a la relación entre las variables Orientación Suicida y Sucesos Estresantes, investigaciones previas han mostrado la importancia de los conflictos interpersonales, las dificultades en las relaciones y los problemas legales/disciplinarios como factores precipitantes de estas conductas suicidas (Rich, C. y cols.. 1988). Otros eventos negativos que han sido relacionados con la presencia de conducta suicida son aquellos que involucran pérdidas, rupturas de relaciones amorosas, dificultades escolares y exposición a suicidios de terceros (Brent, D. y cols. 1993).

Se sostiene que la influencia de los eventos negativos sobre la conducta suicida se da de dos formas diferentes. Por una parte, la presencia de eventos negativos durante la infancia y la adolescencia funciona como *factor predisponente* en la configuración del riesgo suicida en adolescentes, jóvenes y adultos. Al respecto, ha sido comprobado que la presencia en la infancia de eventos traumáticos como el abuso físico, sexual o emocional, el abandono y la pérdida parental temprana son factores de riesgo para la conducta suicida (Brown J., Cohen P., Johnson J. & Smailes E. 1999). Además, la presencia de eventos traumáticos en la infancia ha sido propuesto como un factor que

reduce la edad de aparición de la conducta suicida, así como aumenta el número de intentos de las personas afectadas (Roy, A. 2004).

El rol de los eventos negativos en la infancia como factores predisponentes para la conducta suicida en la adolescencia ha sido explicado mediante variables mediadoras de dicho efecto. Al respecto, ha sido propuesto que situaciones de abuso en la infancia favorecen la aparición de agresividad e impulsividad en los adolescentes, lo que a su vez aumenta la probabilidad de emprender conductas suicidas (Brodsky, B. & Stanley, B. 2001). Del mismo modo, ha sido propuesto que el cuidado parental deficiente durante la infancia produce desesperanza y baja autoestima en la adolescencia, lo que a su vez aumenta el riesgo de presentar conducta suicida (Mc Gee, R. y cols. 2001).

La segunda forma en que los eventos negativos influyen sobre la conducta suicida es como *factor precipitante* de la misma. Existe un gran número de estudios que han comprobado que la conducta suicida es a menudo precedida por un evento estresante, que funciona como precipitante en adolescentes que ya presentaban factores de riesgo (Brent, D. 1993). Por ejemplo, un evento negativo en aumento para los adolescentes es la separación de los padres. En relación a ello, existen evidencias que vinculan el divorcio con la presencia de conducta suicida (Brent, D., Perper, J., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L. & Schweers, J. 1993). La pérdida de un ser querido también ha sido asociada a la conducta suicida. Al respecto, ha sido comprobado que los jóvenes expuestos a la muerte de familiares presentan un mayor riesgo suicida (Birtchnell, J. 1970). Este riesgo aumenta significativamente cuando la pérdida se debe a un suicidio consumado, resultando que las personas con antecedentes familiares de suicidio consumado tienen el doble de posibilidades de cometer el suicidio, comparados con personas sin historia familiar al respecto (Runeson, B. & Åsberg, M. 2003).

Otro evento altamente estresante relacionado con la presencia de conductas suicidas lo constituyen los cambios relacionados con factores culturales, como la migración y la aculturación. Debido a ello, ha sido reportado un aumento del riesgo suicida en los adolescentes migrantes y en las poblaciones indígenas (Jilek-Aall L. 1988). La presencia de enfermedades serias, crónicas y discapacitantes, tanto en terceros significativos como en los adolescentes mismos también constituye una fuente

significativa de estrés, y está relacionada con mayor riesgo suicida. Un ejemplo típico lo constituyen los problemas psiquiátricos de los adultos, cuya aparición y curso exponen al adolescente a una considerable carga de estrés. Estudios al respecto han reportado un aumento de la ideación suicida en adolescentes cuyos padres presentaban trastornos mentales (Gould, M. y cols. 1999). Problemas socioeconómicos como el desempleo y escasez de ingresos también han sido relacionados con una mayor incidencia de conductas suicidas en la población general (Heikkinen, M., Isometsa, E., Marttunen, M., Aro, H. & Lonnqvist, J. 1995). En el presente trabajo, estas y otras situaciones de alto impacto psicológico han sido consideradas en relación a la configuración del riesgo suicida como potenciales factores precipitantes de la misma.

Nuestros resultados indicaron que para el total de la muestra, los problemas relacionados con la salud propia o de terceros, los problemas familiares y los problemas personales fueron las categorías con mayor cantidad de sucesos reportados. *Confusión vocacional, no saber qué estudiar y Estar separado de un ser querido*, fueron las dos situaciones más reportadas como altamente estresantes por los sujetos. En la comparación intragrupos, las mujeres reportaron una mayor cantidad de eventos negativos que los varones. El análisis correlacional entre la cantidad de sucesos estresantes y la orientación suicida permitió establecer la presencia de una relación estadísticamente significativa de magnitud moderada y positiva entre ambas variables ($r=.429$, $p=0.01$). La relación entre la cantidad de sucesos estresantes reportados y la orientación suicida fue de magnitud mayor para las mujeres ($r=.519$, $p=0.01$) que para los varones ($r=.313$, $p=0.01$).

A. Beautrais (1997) señala que, si bien la presencia de eventos vitales negativos es frecuente en los jóvenes y adolescentes que intentan o completan el suicidio, una de las dificultades metodológicas en el estudio de la relación entre la conducta suicida y los eventos vitales mediante autoinformes, es que las respuestas dadas por los sujetos pueden ser influenciadas por la presencia de trastornos mentales. Con el objetivo de contrastar los resultados arriba comentados respecto a esta posibilidad se realizó un análisis de correlación parcial, controlando el efecto de la variable Síntomas Psicopatológicos sobre la relación entre Orientación Suicida y Sucesos Estresantes.

Dicho análisis comprobó que la relación entre los sucesos vitales estresantes percibidos y la orientación suicida estaba mediada sólo en parte por la presencia de síntomas psicopatológicos. Controlando el efecto de la presencia de síntomas psicopatológicos, se observó que la percepción de sucesos vitales negativos mantiene una relación estadísticamente significativa con la orientación suicida, y que dicha relación sigue siendo más importante en las mujeres ($r=.298$, $p<0.001$), que en los varones ($r=.217$, $p<0.05$). Asimismo, aún controlando el efecto de la variable psicopatológica, el detalle de las categorías de eventos estresantes mostró que los *Problemas Personales* para las mujeres ($r=.436$, $p<0.001$), y los problemas relativos a la *Escuela* para los varones ($r=.334$, $p<0.001$) tienen una relación estadísticamente significativa con la presencia de orientación suicida.

Estos resultados permiten afirmar que, aún controlando el efecto de la presencia de psicopatología, la percepción de sucesos negativos altamente estresantes muestra una relación estadísticamente significativa con la orientación suicida. Por ello, podemos afirmar que en la muestra estudiada los sucesos estresantes ocurridos en el último año, tomados globalmente, configuran un factor de riesgo suicida para ambos sexos, pero sobre todo para las mujeres. A la vez, los resultados parecen indicar que la orientación suicida se presenta relacionada con áreas de conflicto percibido diferentes para hombres y mujeres. Las mujeres serían más vulnerables a situaciones relacionadas con los afectos y las relaciones interpersonales, mientras los varones lo serían a situaciones relacionadas con el desempeño y los logros.

Los resultados del presente trabajo permiten afirmar que la presencia de psicopatología y de eventos estresantes son dos factores de riesgo relevantes en la determinación de la conducta suicida en general, y de la orientación suicida en particular. También confirman lo que numerosas revisiones y meta análisis sobre factores de riesgo para la conducta suicida adolescente han demostrado: que la presencia de psicopatología, en particular depresión es el factor de riesgo de mayor importancia en la predicción de la ideación suicida (Hilder, P, 1998). Sin embargo, la existencia de interacción entre las variables sugiere que es más correcto conceptualizar a la orientación suicida como emergente de una cantidad mayor de factores entre los cuales hemos podido confirmar la presencia de intentos previos, la presencia de síntomas psicopatológicos y la presencia de sucesos estresantes.

Los estudios longitudinales al respecto han hallado una secuencia temporal que intenta modelar la interacción recursiva entre eventos estresantes y la presencia de trastornos mentales (junto a otros factores de riesgo no abarcados en el presente trabajo). Al respecto, un estudio de cohorte realizado en Nueva Zelanda (Fergusson, D. & Lynskey, M. 1995) identificó una cadena temporal/causal en la que los problemas en la infancia estaban relacionados con la presencia de psicopatología y problemas de ajuste personal en la infancia y la adolescencia que, a su vez se relacionaron para los 16 años con tasas mas elevadas de intentos de suicidio. En un estudio comparativo que aporta evidencia concurrente con dicho modelo, se halló que la falta de apoyo familiar, los conflictos con los padres, los eventos estresantes, la insatisfacción con las calificaciones y la falta de habilidades de afrontamiento predicen la aparición de depresión en adolescentes (Lewinsohn, P., Roberts, R., Seeley, J., Rohde, P., Gotlib, I., & Hops, H. 1994).

Respecto a la forma en que interactúan los múltiples factores, J. J. Mann (2002) apoya la idea de un proceso diátesis-estrés para la conducta suicida en el que, tanto los eventos negativos como la presencia o la agudización de un cuadro psicopatológico, funcionan como un estresor que precipita el acto suicida, en combinación con una serie de factores predisponentes como sexo, religión, aspectos familiares y genéticos, experiencias infantiles, etc. En nuestro país, M. Casullo (1998) ha desarrollado un modelo *cognitivo-mediacional-psicodinámico* sobre la conducta suicida que considera las características personales, del contexto psicosocial y del comportamiento de las personas. Este modelo también entiende la conducta suicida como producto de la interacción entre factores concurrentes y precipitantes.

Aunque un análisis detallado de la dinámica de los factores que inciden en la manifestación de conducta suicida en los seres humanos está mas allá de los límites del presente trabajo, creemos que la evidencia recogida permite hacer una serie de recomendaciones prácticas al respecto, que se presentan a continuación.

5- Conclusiones y Recomendaciones.

Hemos estudiado en detalle la relación entre ideación suicida, morbilidad psiquiátrica y eventos estresantes con la hipótesis que las dos últimas mostrarían

relación con la orientación suicida. Al respecto hemos hallado que, tal y como fue hipotetizado al comienzo, la presencia de síntomas psicopatológicos constituye un factor de riesgo de suma importancia para la ideación suicida, mientras la presencia de sucesos estresantes tuvo una relación estadísticamente significativa y de menor magnitud con la variable dependiente estudiada, aún controlando la posibilidad de que la presencia de trastornos mentales pudiera influir el reporte de sucesos negativos.

Nuestros resultados permiten sacar algunas consideraciones de utilidad práctica. En primer lugar, la gran proporción de la muestra exhibiendo moderada o alta orientación suicida confirma la relevancia de la problemática estudiada en el ámbito escolar, ya que aún teniendo en cuenta la posibilidad de que algunos de los sujetos identificados en riesgo no presenten esa condición, podemos decir de todas formas que **alrededor de un 30% de la población adolescente escolarizada de la Ciudad de Buenos Aires podría ser objetivo de acciones dirigidas a la prevención del suicidio.**

En segundo lugar, confirmamos que tanto la presencia de síntomas psicopatológicos, en especial síntomas depresivos, como los eventos vitales negativos son variables que guardan relación con la ideación suicida. La correlación elevada entre Orientación Suicida y Síntomas Psicopatológicos hallada en el presente trabajo, sugiere que **la atención de los trastornos mentales y del comportamiento es una estrategia potencialmente eficaz en la prevención del suicidio adolescente.**

A la vez, ha quedado demostrada la importancia de los intentos de suicidio previos en la determinación del riesgo suicida en los adolescentes. En este sentido, sostenemos que **el registro y la atención de los intentos de suicidio** debe ser parte de una estrategia de atención. Conocer las características de los intentos de suicidio de la población adolescente es vital para poder implementar acciones directas sobre el problema. Por otra parte, la correcta atención de un intento de suicidio puede reducir el riesgo de intentos futuros, aunque nunca eliminarlo.

La comprobación de una relación estadísticamente significativa entre la Orientación Suicida y la presencia de Sucesos Estresantes abre la posibilidad a continuar profundizando el estudio de las diferentes fuentes de malestar psicológico a las que los adolescentes están expuestos con el objetivo de establecer líneas de acción. Al respecto, consideramos que nuestros resultados ya permiten confirmar la hipótesis de

un aumento del riesgo suicida en aquellos adolescentes mas expuestos a sucesos vividos con mucho estrés. Esto tiene implicaciones que consideramos muy importantes para la planificación de acciones destinadas a la prevención del suicidio.

Consideramos que, mas allá de reducir la probabilidad de exposición a ciertos eventos negativos que resultan altamente estresantes (por ej: la prevención del embarazo adolescente), **una estrategia mas abarcativa del problema debería incluir acciones inespecíficas, destinadas a mejorar la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes, y a mejorar sus capacidades de afrontamiento y las redes de apoyo con las que cuentan.** Si bien típicamente resulta muy difícil medir el impacto de estas acciones sobre objetivos sanitarios específicos, ha sido propuesto que sostener los derechos humanos a la salud, al trabajo y la educación a través de programas de acción social y fomentar vínculos solidarios que contengan a los grupos de alta vulnerabilidad, pueden formar parte de una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de salud de la población adolescente, y en consecuencia reducir los daños a la salud causados por la conducta suicida (Wolfberg, E. 1994).

Nuestros resultados permiten suponer que las acciones destinadas a mejorar los determinantes socioambientales de los adolescentes y jóvenes, como son fomentar un entorno familiar saludable, la adecuada atención de los problemas de salud propios y de terceros, y el desarrollo de redes sociales de apoyo, deberían reducir el nivel de malestar y modular las situaciones de riesgo.

Estas consideraciones pueden parecer obvias, pero están lejos de serlo, aún en los países del primer mundo, se estima que una gran parte de los adolescentes y jóvenes que presentan algún grado de ideación o comportamiento suicida no recibe atención profesional en Salud Mental (Pirkis, J. y cols. 2003). En nuestro medio no existen todavía políticas públicas que aborden el tema del suicidio de las poblaciones, así como se carece de registros estadísticos abarcativos y sistemáticos sobre conducta suicida no mortal. De hecho, las investigaciones y acciones respecto a este problema han sido mayormente desarrolladas por diversas organizaciones no gubernamentales.

Este trabajo busca alertar sobre la necesidad de profundizar el conocimiento sobre el suicidio adolescente e intenta aportar evidencia que permita dar respuestas más



efectivas frente al enorme desafío que el mismo representa para los profesionales de la salud mental y la comunidad en general.



Bibliografía.

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological Review, 96, 358–372.

American Psychiatric Association, (1994). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4º Edición. Buenos Aires. Masson.

Andrews, J. & Lewinsohn, P. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric symptoms. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31, 655-662.

Baumeister, R.F., & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin, 117, 497-529.

Beautrais, A., Joyce, P. & Mulder, R. (1996) Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35, 1174-1182.

Beautrais, A., Joyce, P. & Mulder, R. (1997) Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 1543-1551

Beautrais, A. (1998) A review of evidence: in our hands the New Zealand youth suicide prevention strategy. Ministry of Health, Wellington.

Beck, A. T., Davis, J. H., Frederick, C. J., Perlin, S., Pokorny, A. D., Sjulman, R. E., Seiden, R. H., & Wittlin, B. J. (1972). En H. Resnik & B. Hathorne (Eds.). Suicide prevention in the 70's. Washington, US Government Printing Office.

Beck, A. T., Schuyler, D., Herman, I. (1974). *Development of suicidal intent scales*. En Beck, A. T., Resnick H. L. P., Lettieri, D. J. (Eds.). The prediction of suicide. Bowie. CharlesPress.

Beck, A., Beck, R. & Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. American Journal of Psychiatry, 132, 285–287.

Beck, A., Kovacs, M: & Weissman, A. (1979). Assesment of suicidal ideation: The scale for suicidal ideation. Journal of Consulting and clinical psychology. 47, 343-352.

Berman, A.& Jobes, D. (1991). Adolescent Suicide. Assessment and intervention. Washington. APA.

Blumenthal, S. & Kupfer, D. (1993) Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. American Psychiatric Press. Washington.

Birtchnell, J. (1970). The relationship between attempted suicide, depression and parent death. British Journal of Psychiatry, 116, 307–313.

Bonaldi, P. (2000). El estudio del suicidio desde una perspectiva sociológica. En Casullo, M., Bonaldi, P. & Fernández Liporace, M. Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte. Buenos Aires. Lugar Editorial.



- Brent, D., Perper, J., Goldstein, C. & Kolko, D. (1988). Risk factors for adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 45, 581-588.
- Brent, D., Perper, J., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L. & Schweers, J. (1993). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. Suicide & Life-Threatening Behavior, 23, 179-187.
- Brenlla, M. E. (2001). *Orientación suicida y percepción de eventos vitales estresantes en pacientes psiquiátricos*. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología / UBA, 6, 19-36.
- Brodsky, B., Malone, K., Ellis, S., Dulit, R. & Mann, J. (1997). Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated With Suicidal Behavior. American Journal of Psychiatry, 154, 1715–1719.
- Brodsky, B. & Stanley, B. (2001). Developmental effects on suicidal behavior: the role of abuse in childhood. Clinical Neuroscience Research, 1, 331–336.
- Brown, L., Overholser, J., Spirito, A., Fritz, G. (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 95-99.
- Brown J., Cohen P., Johnson J. & Smailes E. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1490–1496.
- Caldwell, C. & Gottesman, J. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. Schizophrenia Bulletin, 16, 571-589
- Campbell, N. B., Milling, L., Laughlin, A. & Bush, E. (1993). The psychosocial climate of families with suicidal, pre adolescent children. American Journal of Orthopsychiatry, 63, 142-45.
- Casullo, M. M., Passalacqua, A. (1994). Investigación epidemiológica sobre síntomas depresivos en estudiantes adolescentes. Informe UBACYT. Universidad de Buenos Aires.
- Casullo, M. M. (1994). Comportamiento suicida adolescente: Epidemiología y Prevención. En: S. Quiroga (comp.) Patologías de la autodestrucción en la adolescencia. Buenos Aires: Kargieman
- Casullo, M. M. (1998). Adolescentes en riesgo. Buenos Aires. Paidós
- Casullo, M. M. (1999). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación. CONICET. Universidad de Buenos Aires.
- Casullo, M. M., Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL-90-R. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Anuario de Investigaciones, 7, 147-157
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. El SCL-90-R y los estudios epidemiológicos. Documento de trabajo. Universidad de Buenos Aires.
- Centers for Disease Control (1995). Suicide among children, adolescents, and young adults. United States 1980-1992. Morbidity and Mortality Weekly Report, 44, 289-291.



- Charron, M. (1981). *Le suicide au Québec: analyse statistique*. Quebec. Ministère des Affaires Sociales.
- Cohen, L. S., Winchel, R. M. and Stanley, M. (1988) Biological markers of suicide risk and adolescent suicide. Clinical Neuropharmacology, *11*, 423-35.
- Contreras, A. 2001. Características del pensamiento irracional y locus de control en intentos de suicidio. Psicología Iberoamericana. *9*, 3, 3-12.
- Diekstra, R. F. & Garnefski, N. (1995) On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. Special Issue: Suicide prevention: Toward the year 2000. Suicide & Life-Threatening Behavior, *25*, 36-57.
- Dulit, R., Fyer, M., Leon, A., Brodsky, B. & Frances, A. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, *151*, 1305-1311
- Durkheim, E. (1986). El suicidio. México, Premia Editora. (Primera edición 1897)
- Fergusson, D. & Lynskey, M. (1995) Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16 year old New Zealanders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *34*, 1308-1317.
- Fernandez Liporace, M. (2000). *Actitudes de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. En Casullo, M., Bonaldi, P. & Fernández Liporace, M. Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. Journal of Counseling Psychology, *54*, 51-61
- Fombone, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. & Rutter, M. (2001), The Maudsley long term follow up of child and adolescent depression. 2. Suicidality, criminality and social disfunction in adulthood. British Journal of Psychiatry, *179*, 218-223.
- Foster, T., Gillespie, K. & Mc Clelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. British Journal of Psychiatry, *170*, 447-452.
- Fremouw, W., Callahan, T. & Kashden, J. (1993) Adolescent suicidal risk: psychological, problem solving, and environmental factors. Suicide & Life-Threatening Behavior, *23*, 46-54.
- Gould, M. (1999). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *37*, 915-923.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. Journal of the American academy of Child and adolescent Psychiatry, *42*, 386-405.
- Granboulan, V., Rabain, D. and Basquin, M. (1995) The outcome of adolescent suicide attempts. Acta Psychiatrica Scandinavica, *91*, 265-270.

- Harris, E. & Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. British Journal of Psychiatry 170, 205–228.
- Hawton, K. y cols. (1998). Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. Journal of Epidemiology and Community Health, 52, 191-194.
- Heikkinen, M., Isometsa, E., Marttunen, M., Aro, H. & Lonnqvist, J. (1995). Social factors in suicide. British Journal of Psychiatry, 167, 747–753.
- Hewitt, P., Flett, G., & Turnbull–Donovan, W. (1992). Perfectionism and suicide potential. British Journal of Clinical Psychology, 31, 181–190.
- Hilder, P. (1998). Youth suicide prevention by primary health professionals: A critical appraisal of the literature. New Zealand Health Technology Assessment. Report 4. Christchurch, New Zealand.
- Hoberman, H. N. & Garfinkel, D. D. (1988). Completed suicide in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 689-695.
- Isometsä, E., Henriksson, M., Marttunen, M., Heikkinen, M., Aro, H., Kuoppasalmi, K., Lönnqvist, J. (1995). Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. British Medical Journal, 310, 1366–1367
- Jilek-Aall L. (1988). Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. Transcultural Psychiatry Research Review, 25, 87-105.
- Joiner, T. (2005) Why people die by suicide?. Harvard University Press
- Joyce, P., Oakley-Browne, M. & Wells, E. (1990) Birth cohort trends in major depression: increasing rates and earlier onset in New Zealand. Journal of Affective Disorders, 18, 83-89.
- Keilp, J.G., Sackeim, H.A., Brodsky, B.S., Oquendo, M.A., Malone, K.M., & Mann, J.J. (2001). Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. American Journal of Psychiatry, 158, 735–741.
- Keinhorst, C , De Wilde, E., Van de Bout, J., Dijkstra, R., y Wolters, W. (1990). Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. British Journal of Psychiatry, 156, 234-248.
- Keinhorst, C., de Wilde, E., Dijkstra, R. and Wolters, W. (1992) Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. Acta Psychiatrica Scandinavica, 85, 222-228
- Keinhorst, I., De wilde, E. & Dijkstra, R. (1995) Suicidal behaviour in adolescents. Archives of Suicide Research, 1, 185-209.
- Kuhn, T. (1971). La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, México.
- King, J., Kowalchuk, B. (1994). Inventory of Suicide Orientation. Minnesota. National Computer Systems.
- Kreitman, N. (1977). Parasuicide. Chichester, UK. Wiley

- Lehtinen, V., Lindholm, T. & Veijola, J. (1991) Stability of mental disorders in a normal population cohort followed for 16 years. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 26, 40-46.
- Leon, A., Friedman, R., Sweeney, J., Brown, R., Mann J. (1990). Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. Psychiatry Research.; 31:99-108
- Lester D, Yang B. (1998). Suicide and homicide in the 20th century. Commack, Nova Science.
- Levenson, M., & Neuringer, C. (1971). Problem-solving behavior in suicidal adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 433-436
- Lewinsohn, P., Roberts, R., Seeley, J., Rohde, P., Gotlib, I., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. Journal of Abnormal Psychology, 103, 302-315.
- Lewinsohn, P., Rohde, P. & Seeley, J. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. Clinical Psychology: Science and Practice, 3, 25-46.
- Linehan, M. (1986) Suicidal people: One population or two?. Annuary of the New York Academy of Sciences, 487, 16-33.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen S., Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. Journal of Consultive and Clinical Psychology, 51, 276-286
- Mäkelä, P. (1996), Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. Addiction 91, 101-112.
- Malone, K. M., Oquendo, M.A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S., Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. American Journal of Psychiatry, 157, 1084-1088.
- Mann, J (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. Annals of Internal Medicine, 136, 302-311.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (Eds.). (2000). Comprehensive Textbook of Suicidology. New York: Guilford Press.
- Mardomingo Sanz, M. J., Catalina, M. L. (1992). Suicidio e intentos de suicidio en la infancia: ¿Un problema en aumento?. Pediatrika, 12, 118
- Marttunen, M. J., Aro, H. M. and Lonnqvist, J. K. (1992) Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31, 649-654.
- Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Aro, H. M., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., & Lönnqvist, J. K. (1995). Suicide among female adolescents: Characteristics and comparison with males in the age Group 13 to 22 years. Journal of the American academy of Child and adolescent Psychiatry, 34, 1297-1307.
- Marzuk, P.M., Hartwell, N., Leon, A.C., & Portera, L. (2005). Executive funtioning in depressed patients with suicidal ideation. Acta Psychiatrica Scandinavica, 112, 294-301.



Mc Gee, R. Williams, S. & Nada-Raja, S. (2001). Low Self-Esteem and Hopelessness in Childhood and Suicidal Ideation in Early Adulthood - Statistical Data Included. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29, 281-291.

Mc Key PW, Jones RW, Barbe RH. (1993). Suicide and the school: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, LRP Publications.

Menninger, K. (1988). El hombre contra sí mismo. Buenos Aires. Losada

Ministerio de Salud de la Nación, (2006). Boletín del Programa Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Serie 5 Nro. 47. Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2003. Buenos Aires.

Ministerio de Salud y Acción Social, (1998). Boletín del Programa Nacional de Estadísticas e Información de Salud Nro. 77. Agrupamiento de Causas de Mortalidad por Jurisdicción de Residencia, Edad y Sexo - Argentina 1995 y 1996. Buenos Aires.

Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. American Journal of Psychiatry. 130. 455-459.

Minois G. (1999). History of suicide: voluntary death in Western culture. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Moscicki, E.K. (1995) Epidemiology of suicidal behavior. Suicide and Life Threatening Behavior. 25, 22-35

Motto, J. (1984). Suicide in male adolescents. En H. Sudak, A. Ford & N. Rushforth (Eds). Suicide in the young. Boston: John Wright. – PSG

Ohring, R., Apter, A., Ratzoni, G., Weizman, R., Tyano, S. & Plutchik, R. (1996). State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry, 35, 154-157.

Oquendo, M & Mann, J. (2000). Suicide, Biology of. En Fink, G. (ed). Encyclopedia of Stress. San Diego. Academic Press

Organización Mundial de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. – 10a. revisión. Washington. OPS.

Organización Mundial de la Salud. (1999). Figures and facts about suicide. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, OPS.

Pallis, J.J., Gibbons, J.S., Pierce, D.W. (1984). Estimating suicidal risk among attempted suicides, II. Efficacy of predictive scales after the attempt. Br J Psychiatry, 144, 139-48.

Pandey, G., Dwivedi, Y., Rizavi, H., Ren, X., Pandey, S., Pesold, C., Roberts, R., Conley, R. & Tamminga, C. (2002) Higher expression of serotonin 5HT2A receptors in

the postmortem brains of teenage suicidal victims. American Journal of Psychiatry, 159, 419-429.

Paykel, E. S. y cols. (1974) Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. British Journal of Psychiatry, 124, 460-469.

Pérez Barrero, S.(2003). La Adolescencia y el comportamiento suicida. Santiago de Cuba. Ediciones Bayazo.

Pierce, D.W. (1981). The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. British Journal of Psychiatry, 139, 391-396.

Pilowsky, D., Wu, L. & Anthony, J. (1999), Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. American Journal of Psychiatry, 156, 1545- 1549.

Pirkis, J., Irwin, C., Brindis, C., Sawyer, M., Friestad, C., Biehl, M, & Patton, G. (2003). Receipt of psychological or emotional counseling by suicidal adolescents. Pediatrics, 111, 4, 388-392.

Plutchik, R, van Praag, H. M. & Conte, H. R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two stage model of countervailing forces. Psychiatry Research, 28, 215-225.

Quin, P., Agerbo, E., Bo Mortensen, P. 2003. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. American Journal of Psychiatry, 160, 765-772.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A. K. and Cohen, E. (1995) Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34, 599-611.

Rich, C., Fowler, R., Fogarty, L. and Young, D. (1988) San Diego Suicide Study. Archives of General Psychiatry, 45, 589-592.

Rotheram-Borus, M., Trautman, P. and Dopkins, S. (1990) Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 554-561.

Roy, A., Segal, N. L., Centerwall, B. S. & Robinette, C. D. (1991). Suicide in twins. Archives of General Psychiatry. 48, 29-32.

Roy, A. (2004). Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 121-125.

Runeson, B. & Åsberg, M. (2003). Family History of Suicide Among Suicide Victims. American Journal of Psychiatry, 160, 1525-1526.

Rubenstein, J., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C. & cols. (1989). Suicidal behavior in "normal" adolescents: Risk and protective factors. American Journal of Orthopsychiatry, 59, 59-71.

Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., y cols. (1986). Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. Psychological Medicine, 16, 909-928.



- Schmidtke, A., Billie-Brahe, U., De Leo, D. y cols. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992: results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93, 327-338.
- Schmidtke, A. and Hafner, H. (1988) The Werther effect after televised films: new evidence for an old hypothesis. Psychological Medicine, 18, 665-676.
- Schotte, D. E., & Clum, G. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 690-696.
- Schotte, D. E., & Clum, G. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 49-54.
- Seligman, M. (1975) Helplessness: depression, development and death. New York. W.H. Freeman.
- Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M. and Busner, C. (1990). Adolescent suicide attempters. Response to suicide-prevention programs. Jama, 264, 3151-3155.
- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 53, 339-348.
- Shaw Welch, S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatric Services, 52, 368-375.
- Shneidman, E.S., Farberow, N.L. (1957). The logic of suicide. In E.S. Shneidman & N.L. Farberow (Eds.), Clues to suicide. New York: McGraw-Hill.
- Shneidman, E. S., Farberow, N. L. (1965). The Los Angeles Suicide Prevention Center: Demonstration of public health feasibilities. American Journal of Public Health, 55, 21 - 26.
- Shneidman E. (1985). Definition of suicide. Nueva York, John Wiley & Sons.
- Soloff, P., Lynch, K., Kelly, T., Malone, K. & Mann, J. (2000), Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. American Journal of Psychiatry, 157, 601-608.
- Spirito, A., Overholser, J., Hart, K. (1991). Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 604-608
- Stanley, B., Gameroff, M., Michalsen, V. & Mann, J. (2001) Are suicide attempters who self mutilate a unique population?. American Journal of Psychiatry, 158, 427-432.
- Steer, R. A., Kumar, G., & Beck, A. T. (1993). Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 1096-1099.
- Stein, D., Apter, A., Ratzoni, G., Har-Even, D., Avidan, G. (1998). Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 488-494



- Stengel, E. (1965) Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Buenos Aires. Editorial Hormé.
- Taylor, E. & Stansfield, S. (1984), Children who poison themselves: A clinical comparison with psychiatric controls. British journal of Psychiatry, 145, 127-132.
- Velez, C. & Cohen, P. (1988), Suicidal behaviour and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 349-356.
- Wagner, K., Rouleau, M. & Joiner, T. (2000), Cognitive factors related to suicidal ideation and resolution in psychiatrically hospitalized children and adolescents. American Journal of Psychiatry. 157, 2017-2021.
- Weishaar, M.E. (1996). Cognitive risk factors in suicide. In P.M. Salkovskis (Ed.), Frontiers of cognitive therapy. New York:Guilford.
- Wender, P., Kety,S., Rosenthal,D., Schulsinger, F., Ortmann, J. & Lunde, L. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. Archives of General Psychiatry, 43, 923-929.
- Westermeyer, J., Harlow, M. & Marengo, J. (1991), Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders. Journal of Nervous & Mental Disease, 179, 259-266.
- Wolfberg, E. “La sociedad organizada, sus compromisos con la vida. Calidad de vida y el suicidio” en el Primer Encuentro Internacional sobre Suicidio. 27-29 de mayo de 2004, Montevideo, Uruguay.
- Wolfersdorf, M., Hole, G., Steiner, B., & Keller, F. (1990a). Suicide risk in suicidal versus nonsuicidal depressed inpatients. Crisis, 11, 85—97