

Persistencia de los pensamientos de muerte posteriores a la tentativa suicida en una muestra de jóvenes mexicanos

ISABEL DE LA A. VALADEZ-FIGUEROA,¹ ANA MARÍA CHÁVEZ-HERNÁNDEZ,²
VANIA VARGAS-VALADEZ,³ MARÍA CONSUELO OCHOA-ORENDAIN⁴



Resumen

La ideación suicida se relaciona con mayor probabilidad de repetición post intento; su persistencia tiene como efecto acumulativo distorsionar y debilitar la estructura psicológica y patrones adaptativos de los jóvenes, colocándolos en situación de alta vulnerabilidad.

Objetivo: Identificar la persistencia de la ideación suicida y sus elementos: pensamiento, deseo, emociones / sentimientos, declaración verbal en adolescentes post intento suicida.

Resultados: Participaron 723 estudiantes de bachilleratos de Guadalajara, México; 9.96% manifestó haber tenido tentativa suicida, mayormente mujeres (64%), entre 15-19 años de edad; se agrupó a los jóvenes según el tiempo transcurrido desde la última tentativa suicida. Del grupo seleccionado, la persistencia o estabilidad de la ideación suicida fue del 68%. Destacan porcentajes más altos en “pensar en acabar con su vida”, el “deseo de estar

Persistence of Suicidal Ideation Following Suicide Attempts in a Sample of Mexican Adolescents

Abstract

Suicidal ideation is a risk factor associated to increased proneness for recurrent suicide attempts. Cumulative effects of its persistence among adolescents include the distortion and weakening of the psychological structure and adaptive patterns, increasing their vulnerability. Aim: To identify the persistence of suicidal ideation and its components (thoughts, wish to die, emotions, and verbal threats) in adolescents with previous suicide attempts. Results: 723 high-school students were sampled in Guadalajara, Mexico. 9.96% expressed to have attempted suicide (mostly females [64%], aged 15 – 19); for research purposes they were grouped according to the time elapsed from the attempt. The group with suicide attempts presented a 68% persistence of suicidal ideation. For those who attempted suicide between a month and a year before the study the most frequent items were: “I think about ending my life” and “I wish I was dead away from everything”, while for those with up to 3 years from the suicide

Recibido: 11 de junio de 2016
Aceptado: 16 de agosto de 2016
Declarado sin conflicto de interés

1 Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. dravaladez@yahoo.com, dravaladez@hotmail.com
2 Departamento de Psicología, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Guanajuato. anachavez@ugto.mx, anamachavez@hotmail.com

muerto lejos de todo” entre un mes y un año post intento, persistiendo hasta los tres años el “deseo de quitarse la vida”, el “sentir que su familia estaría mejor si él estuviera muerto”.

Conclusiones: Las estructuras cognoscitivas y afectivas de la ideación suicida exploradas, evidencian un tema unificador: las emociones y sentimientos asociados a situaciones de estrés, previo intento suicida, estigmatización familiar y social, a la continuidad de situaciones adversas a las que aún están expuestos, traumas en periodos anteriores de su desarrollo, a relaciones interpersonales insatisfactorias y a la psicopatología propia del adolescente. Las acciones de prevención deben enfocarse a promover conductas favorecedoras de resiliencia y comportamiento positivo ante la adversidad, moderar los efectos del riesgo y reducir la probabilidad de un reintento suicida.

Palabras clave: Tentativa suicida, Ideación suicida, Jóvenes, México.

attempt the most frequent items were: “I wish to end my life” and “My family would be better if I died”. Conclusions: the explored cognitive and affective structures showed a unifying theme: emotions and feelings that were associated with stress situations, suicide attempts, family and social stigma, social adversity, trauma during childhood, unsatisfying personal relationships, and psychopathology. Prevention strategies should focus on promoting resilience and positive behavior towards adversity, moderation of risk behavior and reducing probable recurrence of suicide attempts.

Keywords: Suicide Attempt; Suicidal Ideation; Adolescents; Mexico.

3 Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. vaniavv@hotmail.com

4 Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. mcoo-alu_@hotmail.com

Introducción

La adolescencia es una etapa compleja pues presenta, entre otros, el desafío para el joven de desprenderse de su rol y sus representaciones mentales infantiles para insertarse en los roles y funciones del adulto que devendrá, y poder así consolidar su identidad adulta y tomar decisiones sobre su propio destino. Algunos jóvenes presentan importantes dificultades para poder adaptarse a los cambios correspondientes a esta fase, incluso manifiestan y sienten que su futuro se encuentra fuera de control y perciben que no tienen los recursos suficientes para hacerse cargo de su vida y de ciertas situaciones que enfrentan; por sus implicaciones, retos y problemas, la adolescencia resulta un periodo propiciador para la manifestación de conductas de riesgo, incluyendo las ideas y conductas suicidas.

Las ideas o pensamientos de muerte pueden presentarse con frecuencia como parte del proceso normal del desarrollo en la adolescencia, pero resultan diferentes de los pensamientos suicidas que pueden manifestarse en algunos jóvenes ante los problemas de su existencia; resulta relevante destacar y diferenciar entonces los pensamientos de muerte que se presentan como parte de un desarrollo cognitivo afectivo, de forma universal, de los pensamientos suicidas, que además del pensamiento sobre la muerte, tienen la particularidad de pensar en obtenerla por la propia mano; por tanto, debe discriminarse entre el pensamiento o deseo de *querer morir* (*desaparecer, huir*) de los correspondientes a *querer matarse* (Bertolote, 2001; Jellinek y Snyder, 1998; McKey, Jones y Barbe, 1993).

La presencia de esos pensamientos e ideas de muerte y/o suicidas, pudiera estar relacionada con el tránsito por contextos psicosociales que marcan vivencias difíciles de atravesar y superar durante la etapa adolescente (Salvo y Melipillán, 2008). Estos pensamientos pueden volverse riesgosos y anormales, cuando se constituyen en la única opción para resolver las dificultades y su materialización aparece como la única salida para la solución a las mismas; es aquí cuando existe un serio riesgo de que se presente una conducta suicida, ya sea tentativa de suicidio o suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000, 2001).

Respecto a la relación entre las diversas manifestaciones de la conducta suicida se ha afirmado que la ideación precede, de forma lógica, al intento y al hecho consumado, por lo que se ha señalado que la

ideación suicida es el primer gran indicador por excelencia de riesgo suicida, puesto que se ha observado reiteradamente que quien tiene pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse; aproximadamente el 90% de los intentos denominados como no planeados y el 60% de los intentos planeados ocurrieron dentro del primer año del inicio de la ideación suicida (Kessler, Borges y Walters, 1999; Simon y Hales, 2006; May y Klonsky, 2015; Rimkeviciene, O'Gorman y De Leo, 2015). Kessler y cols. (1999) encontraron que la probabilidad de transición desde la ideación suicida hacia el plan suicida fue de 34% y que la probabilidad de transición de un plan hacia el intento fue de 72%. Del mismo modo, la probabilidad de transición de la ideación suicida a un intento no planeado fue de 26%.

Se menciona que la ideación suicida se relaciona con una mayor probabilidad de repetición post intento (Powell, Geddes, Deeks, Goldacr y Hawton, 2000; Borges, Angst, Nock, Ruscio, Walters y Kessler, 2006; Rueter, Holm, McGeorge y Conger, 2008; Rosales, Córdova y Ramos, 2012), además de que se relaciona significativamente con la seriedad y letalidad de los intentos (Beck y Steer, 1993), lo que supone una situación de alto riesgo. En cuanto a la evolución de los adolescentes que han tenido tentativa de suicidio, hay consenso en considerar que son un grupo de riesgo, de evolución desfavorable tanto en mortalidad como en morbilidad somática y psiquiátrica, con mayor probabilidad de padecer dificultades psicosociales tales como incapacidad para la realización de determinadas actividades o su desadaptación social, siendo mayor este riesgo en el sexo masculino (Beautrais, Joyce y Mulder, 1998; Marttunen, Aro y Lonnqvist, 1992).

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, algunas son más específicas y otras presentan mayor ambigüedad: definiciones como la representación mental del acto de muerte, o como procesos cognoscitivos y afectivos; como ideas que los individuos tienen respecto a desear cometer suicidio; como pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida. Otras concepciones incluyen la intención y el deseo de matarse, las formas deseadas de morir o la elaboración de planes de quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción, coincidiendo en que reflejan un grado de conflicto interno y una expresión extrema de un deseo por huir de los problemas o situaciones que no se pueden soportar. En el presente artículo se parte de entender los pen-

samientos e ideas suicidas como estructuras cognitivas y afectivas particulares que determinan el acto suicida, así como la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales (Valadez y Amezcua, en prensa).

Como señal temprana de vulnerabilidad al suicidio, la presencia de ideas suicidas abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta planes suicidas; implican pensamientos y verbalizaciones recurrentes de autolesión o de provocarse la muerte. En forma verbal se manifiesta a través de amenazas, fantasías, gestos o deseos de muerte, o de manera no verbal, con intentos de autodestrucción y comportamientos dañinos (Mansilla, 2010). Sin embargo, habría también que distinguir entre las autolesiones provocadas sin fines suicidas (sino como un control temporal de afectos insoportables pero con la intención de continuar con vida) y las tentativas de suicidio (actos para terminar con la vida, aunque pueda presentarse una ambivalencia de afectos y pensamientos) (Albores-Gallo, Méndez-Santos, Xóchitl-García, Delgadillo-González, Chávez-Flores y Martínez, 2014; Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini, 2011; Nixon, Cloutier y Jansson, 2008).

A partir de lo anterior, la ideación suicida puede considerarse como un espectro de elementos cognitivos y afectivos incluyentes como son: el pensamiento, el deseo y las emociones / sentimientos; todo esto se integra en la expresión de lenguaje, manifiesta en una declaración verbal, en este caso de la intención suicida (llamada también amenaza verbal de suicidio).

En lo que se refiere al pensamiento, se ha establecido que opera con conceptos o ideas, que parten en general de imágenes sensoriales, provenientes de la experiencia previa del sujeto para analizarlas, vincularlas, y extraer nuevas ideas o conceptos, los cuales son utilizados para resolver problemas, tomar decisiones y emitir juicios. Es una construcción mental sobre una realidad determinada, que tiene existencia en el ámbito mental del adolescente, y que por ello influye en la perspectiva que se tenga de su vida o de algunos momentos de ella y, por lo tanto, en su comportamiento. El adolescente utiliza la fantasía como una representación imaginaria de los deseos conscientes o inconscientes y procesos defensivos, como un guion imaginario que produce una compensación satisfactoria de los límites que opone la realidad. Freud (1915) señala que las fantasías se ligan, evolucionan, se complejizan y adquieren nuevas significaciones con las sucesivas experiencias, atravesadas por el pensamiento, los sentimientos y las circunstancias.

Por otro lado, en relación con el deseo, se le considera que tiene claramente su origen en la continuidad de un tipo de pensamiento muy específico que lo lleva por un rumbo determinado desde el cual emerge. En términos generales, el deseo se refiere a un anhelo o aspiración, que posee un origen y una meta, así como diversos medios para su satisfacción; se encuentra vinculado con las prioridades y valores que posee un individuo y con su personalidad; de igual forma estos deseos tienen que ver con la etapa de la vida en que se encuentre y con su contexto, se podría decir que es la posición subjetiva del individuo ante el mundo y su circunstancia. Menninger (1972), al mencionar los tres componentes de la conducta suicida, los define como: a) el deseo de matar, son impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria; b) el deseo de ser matado, son impulsos derivados de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada en la que, básicamente, intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo; y c) el deseo de morir, que enlaza con los motivos más sofisticados y se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos.

Para el caso de las emociones y sentimientos, Scherer (2005), señala que se refieren a la experiencia subjetiva de un estado emocional, a través del cual, la persona que es consciente tiene acceso al estado anímico propio y referido a su mundo sentimental, por tanto, tiene un carácter íntimo. Zumaya (2011:85) señala que “los sentimientos implican la presencia de mecanismos de orden superior, de mayor complejidad, que permiten el conocimiento y la comprensión al individuo de su realidad”; indica que conllevan la coordinación de diversos procesos, tales como la evaluación cognitiva en la que diferentes eventos y objetos son sopesados e incluyen: a) los síntomas corporales que constituyen un componente fisiológico de la experiencia emocional; b) la tendencia a la acción como elemento motivacional personal que prepara y dirige las respuestas motoras; y, c) las expresiones faciales y verbales que casi siempre acompañan un estado emocional para comunicar las reacciones y la intención de las acciones. Por su parte, Muñoz (2009, citado por Fernández, 2011:5), afirma que los “sentimientos y emociones tienen que ver con estados físicos, pero también con deseos y proyectos y con anteriores experiencias, esto es, sintetizan información, expectativas, creencias y realidades, toda una evaluación cognitiva de la realidad”. Palmero (1997:2) establece la idea que “su objetivo tiene que ver con la movilización general del organismo para enfrentarse a

una situación más o menos amenazante o desafiante”.

En cuanto a la declaración o amenazas verbal consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, es dar a entender con palabras el deseo de morir o matarse, puede o puede no contener altas dosis de agresividad; suele estar cargada con simbolismos para la comunicación de emociones; expresa la idea autodestructiva y se descubren a sí misma verbalmente antes de que se produzca un acto específico; a través de ella, se comunica casi siempre su tendencia, por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto, como una forma de tratar de modificar o de alertar al entorno familiar e interpersonal, con la posibilidad de evitar la realización del suicidio, sobre todo en momentos de crisis (Cañón, 2011).

La presencia de ideas suicidas es una señal temprana de vulnerabilidad al suicidio y esta se incrementa en el adolescente que ha tenido un intento suicida, por ende, el propósito de este trabajo fue identificar en una muestra de jóvenes mexicanos que han presentado previa tentativa de suicidio, la presencia y persistencia de la ideación suicida y el comportamiento de las estructuras cognoscitivas y afectivas particulares que la constituyen: pensamientos, deseos, emociones / sentimientos y amenazas, a fin de aportar elementos para la comprensión del fenómeno y la mejora de los procesos de prevención.

Material y métodos

El presente fue un estudio observacional, descriptivo y transversal. Participaron 723 adolescentes estudiantes del nivel medio superior de tres escuelas públicas de Guadalajara, Jalisco, México. El tamaño de la muestra se determinó con base en la prevalencia de suicidio en adolescentes reportada para Jalisco del 7.4% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012), con un nivel de confianza del 95.0% y un error estimado de 2.7%. La muestra se dividió proporcionalmente por turnos y semestres escolares, y se seleccionaron los estudiantes en forma aleatoria.

En relación con las consideraciones éticas, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. Se explicó a los jóvenes el objetivo del estudio, el contenido del instrumento, y el hecho de poder retirarse del estudio si lo deseaban; para todos los sujetos involucrados se recurrió a la participación voluntaria y al consentimiento libre e informado, verbal, de tipo personal, y el anonimato fue contemplado. De forma paralela, se

proporcionó a la población de estudio un directorio de instituciones a las cuales podían acudir para obtener apoyo psicológico.

Se utilizó parte de un instrumento diseñado en conjunto con el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara y la Coordinación de Psicopedagogía de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, con el fin de identificar y evaluar situaciones problemáticas individuales y relacionales en el adolescente ($\alpha = 0.93$). Se emplearon dos apartados: 1) Variables sociodemográficas, en donde se incluyó el antecedente de intento suicida, y 2) Una escala de auto-informe (Likert) que evalúa las estructuras cognoscitivas particulares que determinan el acto suicida y la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales; cuenta con cinco reactivos ($\alpha = 0.88$), que son enunciados que permiten medir y determinar la intensidad y dirección positiva o negativa de los comportamientos, sentimientos y percepciones de cada sujeto (ver Tabla 1).

Las respuestas dadas a cada dimensión del factor “ideas y pensamientos suicidas” estudiado se cuantificaron sumándose la puntuación obtenida; se determinó que a mayor puntuación, mayor presencia de alteraciones que se reflejaron en el sentido de presencia o ausencia o de adecuado o inadecuado. Se establecieron dos niveles, alto y bajo, el rango de intervalo entre cada uno de los niveles se determinó mediante la fórmula: valor máximo (número de ítems multiplicado por el puntaje mayor designado en las alternativas de respuesta), menos el valor mínimo (número de ítems multiplicado por el puntaje menor designado en las alternativas de respuesta) dividido entre dos, que fue el número de niveles establecidos.

Resultados

De los 723 estudiantes que participaron, un 9.96% ($n = 72$) manifestaron haber realizado un intento suicida, predominando el grupo de edad de 15 a 19 años (76.4%) y correspondiendo 63.9% al sexo femenino. Para establecer el comportamiento de la ideación suicida posterior al intento suicida según su presencia y persistencia, se eligió a los adolescentes cuya respuesta fue afirmativa al antecedente de intento suicida ($N = 72$), identificando a su vez a aquellos que presentaron puntuaciones altas, los cuales fueron agrupados según el lapso de tiempo de haber ocurrido la tentativa de suicidio, quedando en categorías de 1 a 3 meses, 4 meses a 1 año, de 1 a 3 años y más de un año.

Tabla 1. Escala de evaluación de estructuras cognoscitivas particulares de la Ideación suicida

Ítems	Ideas y pensamientos suicidas				Alternativas de respuesta			
	Siempre	Muchas veces	Con frecuencia	Pocas veces	Siempre	Muchas veces	Con frecuencia	Pocas veces
<i>Pensamiento</i>								
1. Pienso acabar con mi vida.								
<i>Deseos</i>								
2. Tengo deseos de quitarme la vida.								
3. He deseado estar muerto lejos de todo.								
<i>Amenazas</i>								
4. He amenazado con quitarme la vida.								
<i>Estado de ánimo</i>								
5. Siento que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto.								

Fuente: Valadez y Amezcua (en prensa).
($\alpha = 0.88$).

Los motivos por los cuales intentaron suicidarse los adolescentes fueron agrupados en tres categorías: 1) alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales; 2) situaciones emanadas de las interacciones con sus entornos próximos; y 3) las pérdidas o acontecimientos negativos. Es de resaltar que dentro de las situaciones emanadas de las interacciones con sus entornos próximos, los problemas familiares repre-

sentaron poco más de la mitad (52.7%) de los motivos para realizar el intento suicida. Con respecto a las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, la depresión y los sentimientos de abandono fueron expresados en casi la quinta parte, siguiéndole la desesperación, frustración e impotencia, es importante subrayar que un 5.5% de los adolescentes consideró que el intento suicida fue por diversión (Tabla 2).

Tabla 2. Motivos para la realización del intento suicida

<i>Alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales</i>	N	%
Depresión.	14	19.5
Nadie me quiere, nadie me pone atención, a nadie le importo, no se compadecen de mí.	13	18
Soledad, me sentía solo, me sentía rechazado.	12	16.6
Desesperación, frustración, impotencia.	9	12.5
Baja autoestima.	7	9.7
Inadaptabilidad, no me sentía adaptado a la sociedad.	6	8.3
Tenía trastornos mentales, nervios, estrés, perdí el control.	6	8.3
No quería vivir.	5	6.9
Porque así todo sería más fácil, porque a veces no hay salida.	5	6.9
Tristeza.	4	5.5
Temor.	4	5.5
Me sentía mal.	3	4.1
Confusión, estaba confundido.	3	4.1
Nada me motiva.	1	1.4
<i>Interacción en sus entornos próximos</i>		
Problemas familiares.	38	52.7
Problemas con el novio (a).	12	16.6
Problemas personales.	9	12.5
Pleitos con los amigos, problemas con los amigos.	4	5.5
Varias personas me trataban muy mal.	2	2.8
Demasiado trabajo, demasiadas responsabilidades.	1	1.4
<i>Pérdidas, acontecimientos negativos</i>		
Muerte de un ser querido.	3	4.1
Perdí todo lo que quería.	1	1.4
Me enfermé.	1	1.4

No = 72

Nota: Los adolescentes expresaron más de una situación motivante.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Persistencia de Ideación suicida posterior al intento suicida

Estructuras cognoscitivas y afectivas particulares de la ideación suicida	Período de tiempo de ocurrencia del intento suicida			
	1 - 3 meses	4 m. - 1 año	1 - 3 años	> 3 años
<i>Comportamiento global</i>				
Ideas y pensamientos suicidas				
No = 49	68%	24" %	30" %	36" %
<i>Por estructuras cognoscitivas y afectivas</i>				
Pienso acabar con mi vida				
N = 32	37.5%	<u>34.3%</u>	<u>34.3%</u>	25.0%
Tengo deseos de quitarme la vida				
N = 34	47.2%	32.3" %	<u>29.4%</u>	<u>29.4%</u>
He deseado estar muerto, lejos de todo				
N = 39	54.1%	30.7%	<u>30.7%</u>	28.2%
He amenazado con quitarme la vida				
N = 20	27.7%	25%	35" %	40" %
Siento que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto				
N = 39	54.1%	30.7%	<u>30.7%</u>	<u>30.7%</u>

N = 72

" Porcentajes más altos.

_ Porcentajes similares subrayados y en negritas.

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró en este grupo de adolescentes con previo intento suicida, una persistencia o estabilidad de la ideación suicida, que fluctuó entre meses y años posteriores al intento suicida. Un 68% contestó afirmativamente y obtuvo puntuaciones altas en todos los ítems que compone la escala: pensamientos, deseos, amenazas, emociones y sentimientos; destacan los porcentajes más altos de forma similar el deseo de estar muerto lejos de todo y los sentimientos acerca de que su familia estaría mejor si él estuviera muerto con un 54.1% para ambos ítems. Al ubicar las respuestas por categorías de tiempo de ocurrido el intento, los porcentajes más altos estuvieron presentes en la categoría de uno a tres años, siguiéndole la de uno a tres meses posterior a la realización del intento suicida, según se muestra en la Tabla 3.

Comportamiento de las dimensiones de la ideación suicida exploradas

Pensamiento: Pienso acabar con mi vida

Al explorar el comportamiento por cada ítem que conforma la escala de ideación suicida, los pensamientos de acabar con la vida ("pienso acabar con mi vida"), se manifestaron en poco más de un tercio (37.5%) de esta población. Estos persistieron con porcentajes altos de forma similar (34.3%) en las categorías de uno a tres meses y de cuatro meses a un año, de haber ocurrido el intento suicida. Este síntoma se

refiere a una cognición más específica sobre la propia muerte, que puede involucrar estrategias de planeación y método de suicidio.

Pensamiento: Tengo deseos de quitarme la vida

Los deseos de quitarse la vida se presentaron en 47.2 % persistiendo con porcentajes altos de poco más de la tercera parte (32.3%) en la categoría de uno a tres meses de ocurrido el intento, y con porcentajes altos de forma similar en casi la tercera parte (29.4%) de los sujetos estudiados, después del cuarto mes hasta los tres años de acaecido el intento.

Pensamiento: He deseado estar muerto, lejos de todo

Los "deseos de estar muerto lejos de todo", se presentaron en un poco más de la mitad de la población estudiada (54.1%). Los cuales de manera similar estuvieron presentes en la tercera parte (30.7%) del grupo estudiado en las categorías de uno a tres meses y de 4 meses a un año, siguiéndole con poco más de una quinta parte (28.2 %) en la categoría de uno a tres años.

Pensamiento: He amenazado con acabar con mi vida

En este grupo de población en más de la quinta parte (27.7%) se presentaron las amenazas ("he amenazado con quitarme la vida"), comportándose de manera similar en las categorías de un año a tres años (40%) y en el grupo de cuatro meses a un año (35%) posterior al intento suicida.

Siento que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto

Con esta expresión verbal “siento que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto”, el adolescente se refiere a su mundo sentimental. En este grupo de estudio se encontró que poco más de la mitad (54.1%) de los adolescentes que habían intentado suicidarse presentaron puntuaciones altas respecto a la percepción de su contexto interactivo familiar. En cuanto a su persistencia posterior al intento suicida, en las categorías de uno a tres meses, de 4 meses a un año, y de 1 a tres años, se comportó de manera similar en la tercera parte de los adolescentes estudiados con un 30.7%.

Discusión y conclusiones

El porcentaje de intento suicida encontrado en este grupo de adolescentes fue de 9.96% (n = 72), con predominio del sexo femenino, lo que coincide con lo reportado en diferentes estudios en donde señalan a las mujeres como el grupo prioritario en cuanto a tentativas suicidas se refiere, en general y en especial dentro de este grupo de edades de 16-19 años. Con respecto a la persistencia o estabilidad de la ideación suicida encontrada fue del 68% y fluctuó entre meses y años posteriores al intento suicida, situación que coincide con lo señalado por Gómez, Núñez y Lolás (1992) quienes señalan que las ideas suicidas pueden adoptar una cualidad persistente recurrente y asociarse a diversas variables psicológicas. Algunos estudios parecen indicar una cierta persistencia o estabilidad en un 50% de casos, después de dos años de seguimiento (Pfeffer, Lipkins, Plutchick y Mizruchi, 1988) y de 36% después de tres años de seguimiento, si bien estos datos no pueden ser comparados debido a las diferencias y características de las poblaciones estudiadas ya que fueron realizados en menores de 12 años y sin la presencia de intento suicida previo.

Destacan porcentajes más altos en “pensar en acabar con su vida” el “deseo de estar muerto lejos de todo” entre un mes y un año post intento, persistiendo hasta los tres años el “deseo de quitarse la vida” y el “sentir que su familia estaría mejor si él estuviera muerto”. Sobre este particular hay que hacer notar que el origen del deseo o los deseos proviene de la continuidad del pensamiento suicida, mismo que parte de imágenes sensoriales a modo de construcciones mentales de su realidad como resultado de su experiencia, como una acumulación gradual en el tiempo de situaciones conflictivas.

Las estructuras cognoscitivas y afectivas particulares de la ideación suicida exploradas evidencian un

tema unificador: las emociones y los sentimientos. El pensamiento suicida refleja en este grupo de adolescentes un importante indicador de distrés emocional (Kessler y cols., 1999), ello debido a que las ideas del suicidio surgen cuando percibe su situación como intolerable y cuando el dolor emocional es mayor que los mecanismos de defensa que tiene para manejarlo.

El hecho de haber tenido un intento previo de suicidio, como acontecimiento estresante para su sistema familiar, conlleva la vergüenza de la familia y del adolescente, y la necesidad de su ocultamiento ante la sociedad, lo que trae aparejado un malestar emocional y sentimientos conflictivos en los familiares. En palabras de Morosini (2012:4) “ocultar, silenciar, disimular una realidad, tiene un costo emocional las relaciones intersubjetivas se ven afectadas, generando situaciones de tensión”. Para el adolescente sobreviviente, el nivel de auto culpabilidad es desproporcionado, causando a su vez pensamientos distorsionados acerca de su autoestima, por lo que con frecuencia trata de alejarse de una situación de su vida que le parece imposible de manejar, buscando alivio de los sentimientos o pensamientos negativos que experimenta, los cuales frecuentemente son sentimientos de fracaso, humillación vergüenza, desesperación, desesperanza, soledad, rechazo, rabia, hostilidad, labilidad afectiva, odio a sí mismo y a los demás, o de sentirse una carga para su familia, en cuyo caso el adolescente siente que con estar muerto, le va a quitar el problema a la familia y, por supuesto, a él también; estos pensamientos negativos hacen que disminuya su control de impulsos, así como su capacidad para el manejo del estrés particularmente vinculado a las relaciones familiares. Lazarus (1982) nos dice que la manera en que el individuo siente, depende en gran medida de la manera cómo piensa acerca de los acontecimientos que le suceden y su interpretación en base a experiencias previas, por ende, estos pensamientos influyen en la manera en que el adolescente se siente. De allí que justamente las interacciones y transacciones que lleva a cabo con sus entornos próximos, condicionan su manera de pensar, sentir y actuar.

En este grupo de estudio se manifestó como uno de los motivos para la realización del intento suicida “la tristeza”. Al respecto, Seligman (1975, citado en Chóliz, 2005:16) afirma que la tristeza aparece después de una experiencia en la que se genera miedo; por su parte, Chóliz (2005) señala que la tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de la depresión (visión negativa de sí mismo, del mundo y

del futuro), una causa que fue manifestada expresamente como "depresión". Dentro de otros porqués para el acto suicida fue mencionado "el sentir que nadie lo quiere, que nadie le pone atención, que a nadie le importa, sentirse solo y rechazado y que no se compadecen de él"; estas percepciones traen como resultado un menoscabo de su autoestima, misma que se ve reflejada al referir una "baja autoestima" como uno de los móviles para el comportamiento suicida. Según la literatura científica la depresión y la baja autoestima favorecen la presencia de ideación suicida, situación que se convertiría en un círculo cerrado. Por otro lado, la "desesperación", manifestada como uno de los motivos para el comportamiento suicida, proviene del "temor" producido por el reconocimiento que hace el individuo de sus habilidades y recursos personales como incapaces para enfrentarlos, lo que ocasiona que experimenten un intenso estrés.

En estos adolescentes, dentro de los problemas resultantes de su interacción con su entorno, destacan los "problemas familiares" como causa o motivo para la realización del intento suicida, lo que pudiera implicar una deficiente satisfacción de las necesidades emocionales y afectivas. En diversos estudios se ha asociado la calidad de las relaciones familiares con las conductas suicidas; Gerçön y Or (2006) identificaron que la falta de sentido y la desintegración familiar aumentan la probabilidad de suicidio en jóvenes; por su parte Valadez, Amezcua, Quintanilla y González (2005) reportan que el manejo inadecuado de los conflictos, la agresividad en la familia y la comunicación familiar deficiente son esenciales factores de riesgo. Fortuna, Pérez, Canino, Sribney y Alegría (2007), refiriéndose a las poblaciones latinas, señalan que las relaciones familiares son tan importantes que los conflictos familiares se correlacionan independiente y positivamente con los intentos de suicidio, aun en ausencia de trastornos mentales.

Los estados emocionales en el comportamiento suicida son muy intensos, son la manifestación de su perturbación emocional proveniente de un descontento, inconformidad e insatisfacción de las situaciones que vive en su familia; el adolescente se encuentra atrapado en la desesperación, reconoce que no quiere continuar con el sufrimiento. Estos estados emocionales rebasan su capacidad de tolerancia, y su persistencia genera el deseo de ponerles fin, por lo cual surgen los deseos "de estar muerto lejos de todo" y "el desear quitarse la vida" los cuales conllevan el deseo de escapar de una situación, su propia situa-

ción; el adolescente se encuentra atrapado en la desesperación, reconoce ante sí que no quiere continuar con el sufrimiento, en este caso sus reacciones al estrés se caracterizan por la fuga. Tal es el caso de esta población estudiada en donde el "desear estar lejos" persistió en poco más de la mitad hasta tres años posteriores de haber llevado a cabo el intento.

Según Barón (2000:60) "morir se confunde frecuentemente en su mente con el deseo de fuga, de partir, de salir de un problema, de "dormir un largo tiempo", "no sentir más", "no crecer más", "cambiar de vida", "de volverse a antes". En este mismo sentido, Rojas (citado por Barón, 2000:60) plantea que "la intención más frecuente del acto suicida en los adolescentes es la de reencontrar una paz perdida y la búsqueda de descansar del sufrimiento".

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) enfatizan la importancia de los deseos del sujeto para cometer suicidio; mientras que Correa (2006, citado por Vargas y Saavedra, 2012:20) indica que "el deseo de morir, puede ser considerado el comienzo del comportamiento autodestructivo". Sin embargo, el deseo de morir no es siempre tenido en cuenta por la mayoría de los investigadores, porque no es considerado como un predictor de un comportamiento suicida más severo; su prevalencia ha sido escasamente reportada y, en consecuencia, no se ha puesto atención a su persistencia y prevalencia posterior al intento suicida. La literatura menciona que un elevado porcentaje de los que efectúan tentativas o suicidios consumados habían verbalizado previamente deseos y/o amenazas de muerte, por lo que se considera que existe una relación cercana entre los deseos de suicidio, las amenazas, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados, de forma que un deseo prolongado y persistente de estar muerto y la comunicación verbal del mismo, aunado a un intento previo, serían potentes predictores de tentativa de suicidio y suicidio consumado (Shafii, Carrigan, Whittinghill, y Derrick, 1985), como es el caso de esta población de estudio.

Hay que hacer notar que en la literatura sobre la persistencia y estabilidad de la ideación suicida post intento en población adolescente y en forma particular el estudio del comportamiento de sus estructuras cognoscitivas y afectivas particulares, se observa una limitada producción.

Los argumentos expresados por este grupo de adolescentes para la realización del intento suicida configuran una respuesta emocional producida por no encontrar formas de comprender, enfrentar y resolver,

lo que le parece estar sucediendo en los entornos con los que se relaciona.

En esta población de estudio detectada con riesgo suicida, las emociones y sentimientos se encuentran estructurados a situaciones permanentes de estrés crónico, asociados a su intento suicida, con la consiguiente estigmatización familiar y social, a la continuidad de las situaciones adversas a las que aún están expuestos, a traumas en periodos anteriores a su desarrollo, a situaciones problemáticas no resueltas, a las relaciones interpersonales insatisfactorias y a la psicopatología propia del adolescente, como una acumulación gradual en el tiempo de varios estresores, lo que los coloca en una situación de vulnerabilidad; si el adolescente lucha con estas ideas suicidas durante un periodo de tiempo prolongado, el riesgo de suicidio puede aumentar exponencialmente. La persistencia de la ideación suicida tiene como efecto en el adolescente, distorsionar y debilitar su estructura psicológica y sus patrones adaptativos y, con ello, se incrementaría la probabilidad de la aparición de problemas en el funcionamiento psicosocial y general, aunado a síntomas psicopatológicos.

Palmero y Martínez (2008), consideran que la existencia de un procesamiento cognitivo previo es condición indispensable en el proceso emocional, en donde lo afectivo influye, modula y determina lo cognitivo del sujeto, en una acción recíproca en donde se influyen mutuamente. En consecuencia, las emociones constituyen un factor importante al momento de explicar o interpretar el comportamiento humano. La valoración que hace el adolescente determina la cualidad emocional de lo que se siente y por ello es que las distintas dimensiones de su valoración presentes en una situación pueden reajustarse para favorecer la autorregulación afectiva; además, junto a ellas coexisten tendencias de acción distintivas (Frijda, 1986), de manera que el estado emocional favorece ciertos deseos y comportamientos que, dependiendo de los recursos de control que se tengan, terminan por materializarse o no materializarse.

Al respecto, Calzada (2008) señala que existen adolescentes que, no teniendo la capacidad de reflexionar sobre sus acciones, no son capaces de ver que éstas son el resultado deliberado de sus propias emociones, intenciones y elecciones. Así pues, no comprenden los vínculos que unen sus emociones, acciones y las consecuencias de sus acciones y, como resultado, no se hacen responsables de las mismas. Por ello, se debe de desarrollar la capacidad reflexiva en estos adolescentes en particular, es decir, la compren-

sión y regulación de las emociones, de la propia conducta y de los otros, en términos de estados mentales (Fonagy, 1999, citado por Calzada, 2008).

Esto implica que en las acciones de prevención se deberá contemplar, en los adolescentes en general y en este grupo en particular, el trabajar con las estructuras cognitivas y afectivas distintivas de la ideación suicida, para el desarrollo de una actitud reflexiva y evaluativa de las situaciones, es decir, la comprensión de las emociones y sentimientos, el tipo de expresión que tiene de los mismos, así como los procesos de autorregulación para su expresión y el cómo recuperar el estado de equilibrio después de que hay alguna pérdida de control (Pick, 2004). Ello implica aprender a interpretar las propias emociones.

Aunado a lo anterior, se requiere contemplar a la familia dada la importancia del rol que juega en su problemática obstaculizando el desarrollo normal del adolescente; se deben considerar aspectos del funcionamiento familiar y sus formas de relacionarse, intentando mejorar las relaciones de los adolescentes con los padres y viceversa, en términos de comprensión, de otorgar significados a la relación, de ofrecer a los padres instrumentos que fortalezcan sus capacidades parentales.

En síntesis, habría que considerar que los pensamientos suicidas post intento pueden permanecer en el tiempo, por lo que el riesgo suicida se debe de evaluar permanentemente, atendiendo a las circunstancias relacionadas con el intento previo. Enfocarse en el desarrollo de los factores y conductas protectoras favorecedoras de la resiliencia, tomando en consideración las condiciones particulares de cada sujeto y su entorno, a fin de que el adolescente tenga la capacidad de reconstruir sobre sus circunstancias o factores adversos y pueda resistir protegiendo la propia integridad bajo presión, forjando un comportamiento positivo ante la adversidad, con el objetivo de moderar los efectos del riesgo y reducir la probabilidad de un reintento de comportamiento suicida.

Referencias

- ALBORES-GALLO, L., MÉNDEZ-SANTOS, J., XÓCHITL-GARCÍA, A., DELGADILLO-GONZÁLEZ, Y., CHÁVEZ-FLORES, C. y MARTÍNEZ, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42, 4, 159-168.
- BARÓN, O.P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 6, 48-69.

- BEAUTRAIS, A., JOYCE, P. y MULDER, R. (1998). Psychiatric Contacts Among Youths Aged 13 Through 24 Years Who Have Made Serious Suicide Attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37, 504- 511.
- BECK, A. y STEER, R. (1993). *Beck Hopelessness Scale: Manual*. The Psychological Corporation. San Antonio: Harcourt Brace & Co.
- BECK, A., RUSH, J., SHAW, B. y EMERY, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión* (2º Ed.). Madrid: Descleé de Brouwer.
- BERTOLOTE, J.L. (Coord.). (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- BORGES, G., ANGST, J., NOCK, M. K., RUSCIO, A. M., WALTERS, E. E. y KESSLER, R.C. (2006). A Risk Index for 12-Month Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*, 36, 12, 1747-1757.
- CALZADA, M. (2008). Trastornos psicopatológicos en la adolescencia y líneas de intervención con la familia, en MINGOTE, C. y REQUENA, M. (Eds.), *El malestar de los jóvenes. Contextos, raíces y experiencias*. Madrid: Díaz de Santos. pp. 361-384.
- CANÓN, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (Col)*, 11, 1, 62-67.
- CHÓLIZ, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- FERNÁNDEZ, A.M. (2011). Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. *Revista Versión Nueva Época*, 26, 1-24. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/7-552-8058osn.pdf
- FREUD, S. (1995). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. STRACHEY (Comp.), *Obras completas*. (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- FRIJDA, N. (1986). *The emotions*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- FORTUNA, L. R., JOY PEREZ, D., CANINO, G., SRIBNEY, W., y ALEGRIA, M. (2007). Prevalence and Correlates of Lifetime Suicidal Ideation and Attempts Among Latino Subgroups in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 44, 572-581.
- GERÇÖN, T. y OR, P. (2006). Associated Factors of Suicide among University Students: Importance of Family Environment. *Contemporary Family Therapy*, 2, 2, 261-268.
- GÓMEZ, A., NÚÑEZ, C., y LOLAS, F. (1992). Ideación suicida e intentos de suicidio en estudiantes de Medicina. *Rev Fac Med Barna*, 19, 6, 265-272.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA [INEGI]. (2012). *Estadísticas de mortalidad*. Recuperado en enero de 2013 de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx>
- JELLINEK, M. S. y SNYDER, J. B. (1998). Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatr Rev*, 19, 8, 255-64.
- KESSLER, R., BORGES, G. y WALTERS, E. (1999). Prevalence of and Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen psychiatry*, 56, 7, 617-626.
- KIRCHNER, T., FERRER, L., FORNS, M. y ZANINI, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas España Psiquiatría*, 39, 4, 226-35.
- LAZARUS, R.S. (1982). Thoughts in the Relation Between Emotion and Cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- MANSILLA, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Palma de Mallorca: Intersalud.
- MARTTUNEN, M., ARO, H., y LONNOVIST, J. (1992). Adolescent Suicide: Endpoint of Long-Term Difficulties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 649-654.
- MAY, A. y KLONSKY, E. (2015) "Impulsive" Suicide Attempts: What Do We Really Mean? *Personal Disord*, 14.
- MCKEY, P.W., JONES, R.W. y BARBE, R.H. (1993). *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Hingham, PA: LRP Publications.
- MENNINGER, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península.
- MOROSINI, I. (2012). Fantasía / Fantasma. *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, 6.
- NIXON, M., CLOUTIER, P. y JANSSON, S. (2008). Nonsuicidal Self-Harm in Youth: a Population-Based Survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 3, 306-312.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: OMS.
- PALMERO, F. (1997). Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2, 2-3. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/apalmf245161299/texto.html>
- PALMERO, F. y MARTÍNEZ, F. (Coord.). (2008). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw Hill.

- PFEFFER, C.R., LIPKINS, R., PLUTCHIK, R. y MIZRUCHI, M. (1988). Normal Children at Risk for Suicidal Behavior: A Two-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 34-41.
- PICK, S. (2004). *Soy adolescente: mis retos, mis riesgos y mis expectativas*. México: Ideame.
- POWELL, J., GEDDES, J., DEEKS, J., GOLDACRE, M. y HAWTON, K. (2000). Suicide in Psychiatric Hospital in-Patients: Risk Factors and Their Predictive Power. *Br J Psychiatry*, 176, 266-272.
- RIMKEVICIENE, J., O'GORMAN, J. y DE LEO, D. (2015). Impulsive Suicide Attempts: A Systematic Literature Review of Definitions, Characteristics and Risk Factors. *J Affect Disord*, 171, 93-104. doi: 10.1016/j.jad.2014.08.044
- ROSALES, J.C., CÓRDOVA, M. y RAMOS, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22, 1, 63-74.
- RUETER, M., HOLM, K., MCGEORGE, C. y CONGER, R. (2008). Adolescent suicidal Ideation Subgroups and Their Association with Suicidal Plans and Attempts in Young Adulthood. *Suicide Life-Threat Behav*, 38, 564-75.
- SALVO, L. y MELIPILLÁN, R. (2008). Predictores de suicidabilidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 46, 2, 115-23.
- SCHERER, K.P. (2005). What are Emotions? And How Can They be Measured? *Social Science Information*, 44, 693-727.
- SHAFII, M., CARRIGAN, S., WHITTINGHILL, J.R. y DERRICK, A. (1985). Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1061-1064.
- SIMON, R. y HALES, R. (2006). *Suicide Assessment and Management*. (1ed.). USA: American Psychiatric Publishing Inc.
- VALADEZ, I., y AMEZCUA, R. (En prensa). *Manual de la Escala de Potencialidad Suicida en Adolescentes* (E.S.P.O.S.A.). México: Colección Salud Materno Infantil.
- VALADEZ, I., AMEZCUA, R., QUINTANILLA, N. y GONZÁLES, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media. *Archivos en Medicina familiar*, 7, 3, 69-78.
- VARGAS, H.B. y SAAVEDRA, J.E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en los adolescentes. *Rev. Neuropsiquiatr*, 75, 1, 19-28.
- ZUMAYA, M. (2011). Vergüenza. *Revista de la Universidad de México Nueva Época* [En línea], 91, 84-88. Disponible en <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/9111/pdf/91zumaya.pdf>