



## Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio

David Sánchez-Teruel<sup>1</sup>, José Antonio Muela-Martínez<sup>2</sup> y Ana García-León<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Córdoba, Córdoba, España

<sup>2</sup> Universidad de Jaén, Jaén, España

**Abstract:** *Risk and protection variables related to suicide attempt.* Suicide is an important public health problem, with an attempt to date being the only most predictive behavior of completed suicide. The aim was to detect differences in psychosocial and emotional variables in people with and without suicidal ideation and attempt. The sample consisted of a group of  $N = 166$  persons (86.36% women), aged between 20 and 77 years ( $M = 36$ ,  $SD = 14.12$ ) with and without suicide attempts, which was in turn divided into three groups through the Scale of Suicidal Ideation. The results show important differences between the three groups as to measured psychological variables. We discuss the implication of psychosocial variables at the base of the increased risk or protection towards the ideation or suicidal attempt, to promote public suicide prevention policies that are more focused on clinical subpopulations with specific risk profiles.

**Keywords:** Suicidal ideation; suicide attempts; psychosocial variables; mental health.

**Resumen:** El suicidio es un importante problema de salud pública, siendo la tentativa de suicidio la conducta más predictiva del suicidio consumado. Mediante el presente estudio se pretende detectar si existen diferencias en variables psicosociales y emocionales en personas con y sin ideación y tentativa suicida. La muestra estuvo constituida por 166 participantes (86.36 % mujeres), con edades comprendidas entre los 20 y 77 años ( $M = 36$ ;  $DT = 14.12$ ) con y sin tentativas suicidas, que fue a su vez dividida en tres grupos a través de la Escala de Ideación Suicida. Los resultados muestran que existen importantes diferencias entre los tres grupos en las variables psicológicas medidas. Se discute el papel de las variables psicosociales, que están en la base del incremento del riesgo o protección de la ideación o tentativa de suicidio, para propiciar políticas públicas de prevención del suicidio más centradas en aquellas subpoblaciones clínicas con perfiles de riesgo concretos.

**Palabras clave:** Ideación suicida; tentativas suicidas; variables psicosociales; salud mental.

### Introducción

Cada año, cerca de un millón de personas en el mundo mueren a causa del suicidio, siendo la tentativa suicida el comportamiento que, hasta la fecha, es más predictivo de la muerte por esta causa (World Health Organization-WHO, 2014). Las fases previas del suicidio consumado como la ideación y la tentativa suicida

son fenómenos complejos donde interactúan diversas variables de riesgo y protección (Silva et al., 2017).

Dentro de las variables psicosociales, el apoyo social de tipo emocional, produce un efecto positivo directo de carácter protector contra la tentativa suicida, pero no contra la ideación (Fowler, 2012). En línea con lo anterior, parece ser que el nivel de habilidad social también influye de forma decisiva en la salud mental de las personas. Así, un nivel de habilidad social alta en personas con tentativas suicidas previas puede prevenir la realización de tentativas suicidas posteriores, a través de la creación y mantenimiento de estructuras sociales protectoras (Winfrey y Jiang, 2010).

Recibido: 5 de mayo de 2017; aceptado: 11 de julio de 2018

Correspondencia: David Sánchez-Teruel, Dpto. de Psicología-Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Córdoba, Avda. San Alberto Magno s/n, planta alta, 14071 Córdoba, España. Correo-e: [dsteruel@uco.es](mailto:dsteruel@uco.es)

También, algunas variables de personalidad, como el optimismo disposicional (Conversano et al., 2010) y el control de impulsos (Kilbane, Gokbayrak, Galynker, Cohen, y Tross, 2009) parecen estar muy relacionadas con el suicidio. En particular, el optimismo disposicional parece modular el desarrollo de estrategias de afrontamiento que podrían contribuir a la supervivencia posterior, siendo el optimismo mejor predictor de la tentativa suicida que la cantidad de eventos estresantes a los que eran expuestos los participantes. Respecto al control de impulsos, diversas investigaciones han demostrado que es un factor muy influyente en el intento de suicidio (García-Martín, Rodríguez-García, Albarrán, y Santiago, 2010). Así, un bajo control de impulsos determina el tránsito de las primeras ideas de suicidio a la tentativa e incluso, a veces, sin que exista fase previa de planificación, modulando el nivel de gravedad en reintentos futuros si existe además una alta desesperanza (Cipriani, Hawton, Stockton, y Geddes, 2013).

Por otro lado, una baja autoestima parece que correlaciona más con la ideación que con la tentativa suicida, fundamentalmente porque parece que son necesarias otras variables que de forma aditiva promuevan el paso de la idea al acto en sí mismo (Orth, Trzesniewski, y Robins, 2010). De hecho, la depresión y la desesperanza podrían ser las variables que amplifican el efecto pernicioso de una baja autoestima sobre la calidad de vida (Ford y Collins, 2010). En esta línea algunos autores (Kilbane et al., 2009) y organizaciones nacionales e internacionales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-MSPSI, 2011; WHO, 2014) consideran la depresión junto a las tentativas previas como los principales responsables de los suicidios consumados, tanto en pacientes depresivos como en pacientes con otros diagnósticos principales (esquizofrenia, trastorno de personalidad, o trastornos adictivos) que presentan sintomatología depresiva comórbida. En particular, dentro de los trastornos del estado de ánimo hay un componente que destaca sobre el resto: la desesperanza, que presenta un gran valor predictivo sobre las tentativas graves de suicidio (Hawton, Casañas i Comabella, Haw, y Saunders, 2013; Holma et al., 2010).

Estudios con alta prevalencia de suicidio han demostrado que la detección y control de variables psicosociales y clínicas reducen las tentativas suicidas y como consecuencia el suicidio consumado (Tsirigotis, Gruszczynski, y Lewik-Tsirigotis, 2012). En España, aun siendo la primera causa de muerte no accidental existe una escasa investigación sobre esta conducta, encontrándose en el momento actual, muy por debajo del nivel de otros países europeos con desarrollo similar (Jiménez-Treviño et al., 2012; Instituto Nacional de Es-

tadística-INE, 2011). Así, se empieza a contemplar el suicidio en este país como un verdadero problema de salud pública, con resultados heterogéneos según provincia y comunidad autónoma (MSPSI, 2011). Andalucía es la quinta comunidad autónoma en número de muertes por suicidio según tasa poblacional (INE, 2011). Sin embargo, son escasos los estudios en España sobre las variables psicológicas que podrían actuar como factores de riesgo o protección del suicidio (ideación o tentativas suicidas), y en particular en la región andaluza (Mejías, García-Caro, Schmidt, Quero, y Gorlat, 2011; Sánchez-Teruel, Muela-Martínez, y García-León, 2014).

El objetivo de esta investigación, fue examinar las diferencias en diversas variables psicosociales relevantes (apoyo social, optimismo, autoestima, control de impulsos y habilidades sociales) y emocionales (depresión, desesperanza) entre tres grupos de individuos (con ideación y tentativa, con ideación y sin tentativa y sin ideación ni tentativa). En concreto, se espera que existan diferencias entre los grupos, detectando qué variables podrían asociarse positiva o negativamente a la tentativa de suicidio.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo constituida por 166 participantes, 23 hombres (13.9%) y 143 mujeres (86.1%), con edades comprendidas entre 20 y 77 años ( $M = 36$  y  $DT = 14.1$ ) (Tabla 1). La muestra fue distribuida en tres grupos en función de si habían tenido o no tentativas suicidas y de su nivel de ideación suicida (alta o baja). Para obtener el nivel de ideación suicida para cada grupo, se utilizaron las dos primeras secciones (características de las actitudes hacia vivir o morir y características del deseo o ideación suicida) de la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck, Kovacs y Weissman, (1979), adaptada al castellano por Comeche, Díaz, y Vallejo (1995), en la que una puntuación mayor o igual a 10 puntos indicaba que existía ideación suicida. Estudios posteriores han indicado que una puntuación  $\geq 6$  se puede utilizar como umbral de corte para la ideación suicida clínicamente significativa, y que además los diez primeros ítems de esta escala pueden servir como screening sobre ideación suicida, sin necesidad de aplicarla como entrevista (De Beurs, Fokkema, de Groot, de Keijser, y Kerkhof, 2015). En la Tabla 1 se muestran las puntuaciones medias ( $DT$ ) de cada grupo en esta escala y las diferencias entre grupos.

Tabla 1. Características demográficas de cada grupo en edad y sexo y diferencias entregrupos en las dos primeras subdimensiones del SSI

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	$F_{(2,65)}$	$p$	Entregrupos (Tukey)	
		(Alta ideación y tentativa)	(Alta ideación sin tentativa)	(Sin ideación y sin tentativa)			Interpretación	$p$
Sexo	H	8 (17.7%)	8 (16.3%)	7 (9.7)	.67	.39	—	—
	M	37 (82.3%)	41 (83.7%)	65 (90.3%)				
Edad		20-77	23-72	22-72	.79	.46	—	—
$M(DT)$		39.0 (13.9)	34.2 (14.0)	34.6 (14.5)				
SSI		14.29 (9.8)	13.98 (8.6)	4.24 (3.6)	4.35	.00**	G1>G3	.00**
							G1=G2	1.09
							G2>G3	.00**

Nota: H = Hombres; M = Mujeres; SSI = Escala de Ideación Suicida (Beck et al.,1979).

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

*Instrumentos*

Los instrumentos de evaluación usados en esta investigación fueron los siguientes:

*Hoja de datos sociodemográficos* (fue confeccionada ad-hoc para este estudio). Cada participante reflejaba su nombre y apellidos, edad, estado civil, si había tenido alguna tentativa suicida previa, si vivía solo o acompañado y si tenía hijos o no.

*Escala de Apoyo Social* (AS-25; Pulgar-Buendía, 2010). El objetivo de esta escala es cuantificar el apoyo social percibido. Consta de 25 ítems donde 10 de ellos se puntúan de forma inversa (2, 3, 5, 7, 8, 12, 15, 16, 18 y 19) y se obtiene una única puntuación total (mínima puntuación 25 y máxima puntuación 100 puntos). Es un instrumento de autoinforme donde se responde de 1 a 4 (fuertemente en desacuerdo a fuertemente de acuerdo). En el estudio original la consistencia interna de la escala presenta un coeficiente alfa de Cronbach de .87 y la fiabilidad a través del procedimiento de las dos mitades presenta un coeficiente Spearman-Brown de .86 en pacientes con cáncer. El coeficiente alfa en el estudio actual fue de .89.

*Test de Orientación Vital Revisado* (LOT-R; Scheier, Carver, y Bridges, 1994) (versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez, y Castro, 1998). Sirve para medir el optimismo disposicional o predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos. Consta de 10 ítems (donde el 1, 4 y 10 se refieren a optimismo, 3, 7 y 9 a pesimismo y el resto son ítems de relleno) que se valoran en función de una escala de 5 puntos (0 = totalmente en desacuerdo; 4 = totalmente de acuerdo). Se obtiene una sola puntuación total donde han de invertirse los valores de los ítems referidos a pesimismo (3, 7 y 9) y sumarse entonces los valores de los

seis ítems correspondientes a optimismo y pesimismo (1, 3, 4, 7, 9 y 10). Los autores de la versión original informan de un coeficiente de fiabilidad alfa de .87 y una fiabilidad test-retest con la versión no revisada de .74. El alfa de Cronbach en este estudio fue de 0.92.

*Escala de Autoestima* (*Self-Esteem Scale*, S-ES; Rosenberg, 1979) (adaptada a población española por Vázquez, Jiménez, y Vázquez (2004). Evalúa de forma global la autoestima. Incluye 10 ítems, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Cada uno de los ítems se responde en una escala de cuatro puntos (donde 1 = muy de acuerdo; 4 = muy en desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40 puntos, donde los ítems 1, 3, 4, 6 y 7 se puntúan de forma inversa. Según informan los autores de la versión en español su fiabilidad alfa es de .87 y su validez de constructo (a través de correlación con el SCL-90R) es adecuada (.61). El alfa de Cronbach en este estudio fue de .76.

*Control de los Impulsos* (Ci) del Cuestionario de Personalidad Big Five (Caprara Barbaranelli, y Borgogni, 1993) (traducido y adaptado al castellano por Bermúdez-Moreno, 2001). El test completo se compone de cinco dimensiones y una escala de distorsión. Para esta investigación se utilizó sólo la subdimensión de Control de Impulsos (Ci), donde se midieron aquellos aspectos más relacionados con el control del propio comportamiento en situaciones de peligro, conflicto o incomodidad. Las distintas respuestas se incluirían dentro de una escala tipo Likert de cinco puntos, donde el 1 correspondería a «completamente falso para mí» y el 5 «completamente verdadero para mí». El Cuestionario de Personalidad Big Five presenta unos índices de fiabilidad alfa entre .73 y .87 (Bermúdez-Moreno, 2001, p. 29). En el caso de la subdimensión utilizada en este estudio, su alfa fue de .78.

*Escala de Habilidades Sociales* (EHS; Gismo, 2000). Valora las habilidades sociales en diversos contextos, donde una mayor puntuación global indica que la persona tiene un mayor nivel de habilidad social. La escala está compuesta por seis subescalas o factores (autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir «no» y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto). La escala presenta un total de 33 ítems, donde existen 4 alternativas de respuesta (A = no me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría; B = más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra, C = me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así y D = muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos). La persona debe seleccionar una de entre las 4 alternativas que se le ofrecen. El alfa de la escala completa es de .88 (Gismo, 2000). En este estudio se utilizó solo la puntuación total de la escala. El alfa de Cronbach para la muestra de personas de este estudio fue de .66

*Escala de Desesperanza de Beck* (*Beck Hopelessness Scale*, BHS; Beck, Weissman, Lester, y Trexel, 1974). Adaptada a población española universitaria por Viñas et al., (2004). Es un instrumento de autoevaluación construido para medir las actitudes negativas hacia el futuro (desesperanza). Consta de 20 ítems donde el sujeto contesta verdadero o falso en función de si se aplica en su caso o no lo enunciado en el ítem. La puntuación total oscila entre 0 y 20. Según los autores de la versión original en inglés la fiabilidad de la prueba a través del alfa oscila entre .82 y .93 y la validez concurrente es de .86. Estudios en población clínica española con autolesiones y tentativas de suicidio arrojan un alfa de .91 para la escala completa (Pérez-Rodríguez, Marco, y García-Alandete, 2017). En este estudio el alfa de Cronbach de la escala fue de .81.

*Inventario de Depresión de Beck* (*BDI* de Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979), adaptado y traducido al castellano por Sanz y Vázquez (1998). Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase, entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxime a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. La versión española del BDI presenta buenas propiedades psicométricas (coeficiente alfa

de .83 y validez convergente entre .68 y .89). El alfa de Cronbach en la investigación actual fue de .73

### *Procedimiento*

Para formar el Grupo 1 (presencia de ideación y tentativa) se sondeó al total de personas admitidas en los Servicios de Urgencias de dos hospitales durante el año 2014, por presentar un intento suicida, una conducta autolítica o una tentativa suicida (123 personas). Todos los participantes interesados firmaron un consentimiento informado ofrecido por personal sanitario de apoyo donde, por un lado, se plasmaba el deseo y consentimiento para participar en el estudio y, por otro, se especificaban sus datos personales y teléfono, para que los investigadores pudieran ponerse en contacto con él o ella. Firmaron el consentimiento informado 51 personas del total y, de éstas se retractaron finalmente seis, con lo que la muestra fue de 45 participantes. Para la aplicación de las pruebas, uno de los investigadores se ponía en contacto telefónico con el participante, entre 4 y 5 días tras el alta del servicio de urgencias.

Resultados de investigaciones sobre ideación suicida en población general (Jia-In et al., 2010) o en estudiantes universitarios (Farabaugh et al., 2012) parecen evidenciar que los pensamientos de autoeliminación (más o menos elaborados) son muy frecuentes, lo que informa de una prevalencia de ideas de suicidio, en población no clínica o sin diagnóstico, muy superior a la esperada. De ahí, que para formar los otros dos grupos (Grupo 2 [con ideación y sin tentativa] y Grupo 3 [sin ideación ni tentativas de suicidio]), se solicitó la participación de estudiantes universitarios y sus familias. A estos alumnos se les ofreció 193 cuadernillos de evaluación junto con el consentimiento informado y la hoja de datos sociodemográficos. Una vez cumplimentados los cuadernillos de pruebas de evaluación, los alumnos los entregaban a los investigadores de este estudio. Se eliminaron 11 cuadernillos, por estar incompletos o faltar datos demográficos (sexo, edad, etc.). Finalmente, la muestra estuvo constituida por 182 personas. De ahí se seleccionaron 49 personas para el Grupo 2 (alta ideación y sin tentativa) y 72 personas para el Grupo 3 (sin ideación y sin tentativa), con características sociodemográficas similares (sexo, edad, estado civil, hijos, procedencia rural o urbana, nivel educativo, etc.) a las que presentaban las demás personas que habían sido admitidas por tentativa suicida en los distritos sanitarios de ambos hospitales (Grupo 1).

### *Análisis estadístico*

Para analizar la existencia de diferencias entre los tres grupos se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) y

la prueba post-hoc de Tukey si existía normalidad y homocedasticidad. Se calculó el tamaño del efecto a través de dos estadísticos: en los tres grupos según variables psicológicas a través de eta cuadrado ( $\eta^2$ ) y también se utilizó la  $d$  de Cohen para comparaciones post-hoc entre cada par de grupos. Se usaron las pruebas no paramétricas  $H$  de Kruskal-Wallis y post-hoc con  $U$  de Mann-Whitney cuando no existía homocedasticidad y/o normalidad. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0.

**Resultados**

No se encontraron diferencias entre los grupos en ninguna de las variables socio-demográficas. Los datos a este respecto indican que: (1) la muestra está constituida en su mayoría por mujeres (86.1%), siendo los grupos homogéneos en esta variable ( $\chi^2_{(2)} = .00; p = 1.00$ ); tienen entre 20 y 30 años de edad (51.5% sobre el total). (2) No hay diferencias significativas entre los grupos en edad ( $F_{(2,65)} = .791; p = .46$ ). (3) La mayoría de los participantes procede del ámbito rural, aunque no existe rela-

ción entre los grupos y su procedencia rural (56%) o urbana (43.9%) ( $\chi^2_{(2)} = 2.34; p = .31$ ). (4) Cerca de la mitad eran solteros (43.8%) y tampoco hay ninguna relación entre los grupos y esta variable ( $\chi^2_{(6)} = 1.55; p = .98$ ). (5) Prácticamente se divide la muestra en dos mitades iguales entre los que tienen y los que no tienen hijos (54.5% y 45.4% respectivamente), y no hay diferencias en esta variable ( $\chi^2_{(2)} = .37; p = .83$ ). (6) La mayoría (81.8%) vive acompañado, sin que exista diferencia entre grupos ( $\chi^2_{(2)} = .61; p = .74$ ).

*Variables psicosociales*

Los resultados de los ANOVAs realizados y el tamaño del efecto a través de eta cuadrado ( $\eta^2$ ) pusieron de manifiesto que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las puntuaciones medias de las siguientes variables: apoyo social ( $F_{(2,65)} = 10.7; p < .01$ ), optimismo disposicional ( $F_{(2,65)} = 12.58; p < .01$ ), autoestima ( $F_{(2,65)} = 17.159; p < .01$ ), control de impulsos ( $F_{(2,65)} = 8.55; p < .01$ ), habilidades sociales ( $F_{(2,65)} = 8.35; p < .01$ ) (Tabla 2).

Tabla 2. Descriptivos y nivel de significación de las variables por grupo

Prueba	Grupo 1 (Alta ideación y tentativa)		Grupo 2 (Alta ideación sin tentativa)		Grupo 3 (Sin ideación y sin tentativa)		Valor del estadístico de contraste	$\eta^2$
	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)			
AS-25	71.00	(13.70)	84.64	(9.91)	85.09	(10.36)	10.75	.25
LOT-R	16.86	(6.08)	24.77	(6.13)	24.09	(5.11)	12.58	.28
S-ES	21.27	(4.87)	29.14	(5.37)	29.05	(5.07)	17.15	.35
Ci	28,23	(7.54)	35.41	(6.36)	36.18	(7.15)	8.55	.21
EHS	70.14	(17.75)	89.27	(19.09)	88.23	(15.35)	8.34	.20
BDI	23.14	(5.36)	9.32	(8.97)	7.77	(7.63)	28.18	.47
BHS	13.45	(3.71)	3.86	(3.37)	4.64	(5.98)	29.43	.49

Nota: AS-25 = Escala de Apoyo Social; LOT-R = Test de Orientación Vital Revisado; S-ES = Escala de Autoestima; Ci = Control de los Impulsos del Cuestionario de Personalidad Big Five; EHS = Escala de Habilidades Sociales; BDI = Inventario de Depresión de Beck; BHS = Escala de Desesperanza de Beck. Todos los valores de  $p$  fueron menores de .01;  $\eta^2$  = Eta cuadrado (tamaño del efecto)

*Variables emocionales*

Los estadísticos de Levene y Kolmogorov-Smirnov informan, respectivamente, de que existe homocedasticidad de las varianzas y normalidad en las distribuciones en depresión ( $F_{(2,63)} = 2.21; p < .12; z = .93; p < .35$ ) pero no en desesperanza ( $F_{(2,63)} = 3.25; p < .05; z = 1.71; p < .01$ ). Así pues, se utilizó un contraste paramétrico en el primer caso y no paramétrico en el segundo. En cuanto a la variable desesperanza (Tabla 2), los resultados del  $H$

de Kruskal-Wallis pusieron de manifiesto que existían diferencias significativas en las puntuaciones medias entre los grupos del estudio ( $\chi^2_{(2)} = 29.43; p < .01$ ). Si se analiza, el nivel de depresión, los resultados del ANOVA realizado pusieron de manifiesto (Tabla 2), que existían diferencias significativas en las puntuaciones medias entre los grupos ( $F_{(2,65)} = 28.18; p < .01$ ).

Todos los análisis post-hoc entre cada par de grupos se utilizó Tukey si existía normalidad y homocedasticidad y  $U$  de Mann-Whitney en caso de no normalidad ni

homocedasticidad. Los resultados obtenidos detectaron diferencias entre cada par de grupos ( $p < .01$ ) (Tabla 3), existiendo un menor nivel de apoyo social, optimismo, autoestima, control de impulsos y habilidad social en el Grupo 1 en comparación con los otros dos grupos. Los análisis post-hoc también mostraron un mayor nivel de depresión y desesperanza entre el Grupo 1 que en los Grupos 2 y 3.

Tabla 3. Diferencias entre cada par de grupos en todas las variables psicológicas

Nombre de la prueba (variable)	Interpretación	<i>p</i>	<i>d</i>
AS-25 (apoyo social)	G1<G3	.00	1.11
	G1<G2	.00	1.02
	G2=G3	.99	—
LOT-R (optimismo)	G1<G3	.00	1.21
	G1<G2	.00	.08
	G2=G3	.92	—
S-ES (autoestima)	G1<G3	.00	.03
	G1<G2	.00	.06
	G2=G3	.99	—
Ci (control impulsos)	G1<G3	.00	1.45
	G1<G2	.00	1.97
	G2=G3	.93	—
EHS (habilidad social)	G1<G3	.00	.05
	G1<G2	.00	.02
	G2=G3	.98	—
BDI (depresión)	G1>G3	.00	1.83
	G1>G2	.00	1.11
	G2=G3	.77	—
BHS (desesperanza)	G1>G3	.00*	1.56
	G1>G2	.00*	1.01
	G2=G3	.30*	—

Nota: AS-25 = Escala de Apoyo Social; LOT-R = Test de Orientación Vital Revisado; S-ES = Escala de Autoestima; Ci = Control de los Impulsos del Cuestionario de Personalidad Big Five; EHS = Escala de Habilidades Sociales; BDI = Inventario de Depresión de Beck; BHS = Escala de Desesperanza de Beck; Estadístico de contraste (IC 95%); \* U de Mann-Whitney; cuando no se indica nada se aplicó la prueba de Tukey.

*d* de Cohen = tamaño del efecto. Para Cohen un tamaño del efecto de 0.2 a 0.3 podría ser un efecto de «pequeño», en torno a 0.5 un efecto «medio» y el 0.8 hasta el infinito, un efecto «grande» (la *d* de Cohen podría ser mayor que uno).

## Discusión

Esta investigación pretendía examinar si existían diferencias en diversas variables emocionales (desesperanza, depresión) y psicosociales (apoyo social, optimismo, autoestima, control de impulsos, habilidades sociales) en

función de la ideación u la tentativa de suicidio, en dos distritos sanitarios de una provincia del sur de España en función de la ideación y la tentativa de suicidio.

En general, los resultados de este estudio han mostrado que las personas con alta ideación y tentativa suicida presentan bajos niveles en las variables psicosociales evaluadas (apoyo social, optimismo, autoestima, control de impulsos y habilidades sociales) respecto a aquellas personas que presentan sólo alta ideación y en relación con aquellas que no tienen ideación ni han realizado nunca un intento de suicidio.

Los datos obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto que las personas que tienen ideación y han realizado alguna tentativa suicida presentan un menor apoyo social que aquellas personas que, teniendo ideas de suicidio, no llegan a realizar ninguna tentativa suicida y que aquellas otras que no tienen ideas de suicidio ni tentativas. Así, el apoyo social podría estar implicado y tal vez actuar como factor modulador entre las ideas de suicidio y la ejecución real del intento, sobre todo, porque sentir pertenencia, intimidad, consuelo, escucha o ánimo (apoyo social emocional) probablemente pueda inhibir la intención de quitarse la vida. Por otro lado, y en consonancia con la investigación previa, la existencia de un mismo nivel de apoyo social entre las personas que tienen ideas de suicidio sin tentativa y aquellos que ni tienen ideas ni han tenido tentativas viene a confirmar que el apoyo social es una variable protectora para la tentativa suicida, pero no parece influir en la ideación en línea con los datos de otros autores (Fowler, 2012).

Los resultados obtenidos respecto al optimismo disposicional están en la línea de investigaciones anteriores que habían demostrado que la anticipación que realiza una persona sobre lo que va a suceder podría ser una variable moduladora en la tentativa suicida, informando de que el tipo de expectativas que presentan las personas optimistas con respecto a su futuro amortigua los efectos de los acontecimientos vitales traumáticos y estresantes y podría reducir la probabilidad de tentativa suicida (Conversano et al., 2010). Esto podría deberse a que las personas más optimistas piensan de manera positiva sobre su futuro, lo que les protege contra los resultados adversos que producen determinadas situaciones vitales, al reinterpretar dichas situaciones con un menor valor negativo y probablemente así poner en marcha estrategias de afrontamiento de los problemas más activas. Además, el que no exista diferencias en esta variable entre el grupo 2 y 3 podría explicar por qué el optimismo anula en parte las ideas de suicidio y no solo la tentativa, lo que iría en la línea de investigaciones previas sobre optimismo e ideación suicida (Sánchez-Teruel, García-León, y Muela-Martínez, 2013).

Por otro lado, algunas investigaciones ya demostraron que la transición de la ideación a la tentativa suicida podría venir determinada por un inadecuado control de los impulsos (Kilbane et al., 2009). Los datos obtenidos en este estudio, efectivamente, ponen de manifiesto que existe un menor control de impulsos entre aquellas personas con ideas de suicidio y que han intentado suicidarse respecto a aquellas que tienen ideas y no lo han intentado y respecto a las que no tienen ideas ni han intentado suicidarse. Que exista un mismo nivel de control de impulsos entre los grupos 2 y 3 parece indicar que el control de impulsos podría estar implicado igualmente en el tránsito de la ideación a la tentativa suicida. Por tanto, los resultados obtenidos sobre control de impulsos en esta investigación avalan los datos de investigaciones anteriores y confirman, a su vez, la influencia de esta variable psicológica en la tentativa de suicidio (Cipriani et al. 2013).

En cuarto lugar, los datos obtenidos demuestran que las personas con ideación y tentativa suicida presentan menor nivel de autoestima que las personas con ideación y sin tentativa y un menor nivel de autoestima que las personas sin ideación y sin tentativa. Parece ser entonces que la autoestima podría ser igualmente una variable moduladora de las tentativas suicidas. Este resultado podría explicarse por otras variables demográficas (en particular sexo, edad) o psicosociales (autoevaluaciones positivas o apoyo social) que modulen el paso de la idea al acto suicida en sí mismo tal y como lo plantean otros autores (Johnson et al, 2010; Orth et al., 2010). Por lo que, el nivel de autoestima global (alto, medio o bajo) no determina, en exclusividad, el que una persona realice una tentativa suicida, sino que, más bien, el nivel de autoestima pueda sumar o restar riesgo para la realización de un intento, según qué otras variables (psicosociales o demográficas) puedan acompañar a la persona en un momento determinado de su vida.

Por último, también se planteaba en la primera hipótesis que las personas con alta ideación y que han intentado suicidarse presentarían un menor nivel de habilidades sociales que las personas con alta ideación, pero sin tentativa suicida y que los participantes que no muestran ideación ni tentativa suicida. Efectivamente, los datos obtenidos confirman esta hipótesis. El hecho de que se encuentre un mismo nivel de habilidad social entre las personas con ideas y sin intentos respecto a las personas sin ideas y sin intentos, informa de que el nivel de habilidad social podría interactuar con la ideación para influir en la tentativa suicida. Estos resultados pueden ser explicados porque tener mayores habilidades sociales incrementa la capacidad para crear, buscar o mantener redes sociales amplias, sobre todo cuando aparecen las primeras ideas de suicidio, previendo y evitando éstas

que una persona en la fase inicial de ideación pase a realizar su primer intento de suicidio, esto ya ha sido mostrado por estudios previos de revisión (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). También es importante destacar que una persona con altos niveles de habilidad social tendrá un mayor apoyo social, ejerciendo ambas variables un poderoso efecto protector contra las tentativas suicidas, al igual que sucede con otros trastornos.

La literatura sobre el suicidio ha sugerido que algunas variables emocionales (desesperanza y depresión) tienen una influencia decisiva en la ideación y en las tentativas (MSPSI, 2011). La segunda hipótesis de este estudio se sitúa en esta línea, haciendo referencia a que las personas con alta ideación y que han intentado suicidarse presentarán un mayor nivel de desesperanza que las personas con alta ideación sin tentativa suicida y que las personas que no muestran ideación ni tentativa suicida. Los datos obtenidos en este estudio apoyan la investigación existente al respecto y confirman la hipótesis planteada (Blazer, 2009). La desesperanza es uno de los componentes de los trastornos del estado de ánimo que en mayor grado determina la realización de una tentativa suicida, debido fundamentalmente a que el proceso esperanza-desesperanza produce una sensación de pérdida de control sobre lo que está sucediendo en la propia vida, llevando a una total indefensión ante esta pérdida de control, y probablemente incrementando la necesidad de acabar con esa situación, a través de una tentativa suicida. En este estudio se evidencia la relación negativa entre la desesperanza y el control de impulsos (impulsividad), lo que podría indicar que la combinación de ambos podría producir mayores efectos y aumentar la probabilidad de tentativa suicida: si a la falta de esperanza se le une un escaso control del comportamiento no cabe duda de que la probabilidad de tentativa aumenta y su letalidad también podría aumentar.

Dentro de la amplia investigación realizada a nivel mundial sobre el suicidio, la depresión se convierte en el trastorno del estado de ánimo más relacionado con las tentativas y los suicidios con resultado de muerte (Kilbane et al., 2009). Así, los resultados de este estudio confirman, por un lado, la investigación anterior al respecto y que las personas con ideas y tentativas suicidas presentarán mayor nivel de depresión que las personas con ideas de suicidio y sin tentativas y que las personas sin ideas ni tentativas suicidas. Así, los resultados obtenidos informan que tener depresión determina de modo significativo el tránsito de la ideación a la tentativa suicida. En las fases iniciales depresivas la persona empieza a gestar las primeras ideas de suicidio; si el trastorno depresivo se agrava, comienzan a producirse las primeras idealizaciones utópicas (fantasías de muerte) sobre planes específi-

cos de suicidio. De ahí que probablemente, si justo en ese momento se produce un sentimiento de bienestar y tranquilidad es cuando mayor grado de riesgo existe de que la persona ejecute su plan de forma real. Por ello, al igual que lo plantean administraciones competentes (WHO, 2014; MSPSI, 2011) es de especial interés para el profesional de la salud mental el escuchar las primeras ideas de suicidio en pacientes con trastornos depresivos o con altos niveles de desesperanza, porque si el sujeto pasa a planear su tentativa y esto le hace sentirse mejor, con mucha probabilidad realizará un intento de suicidio.

### *Limitaciones y perspectivas futuras*

Una de las limitaciones es el pequeño tamaño de la muestra con ideación y tentativa que finalmente participaron en este estudio y que los Grupos 2 y 3 proceden de una muestra de conveniencia. La muestra del Grupo 1 es un colectivo especialmente sensible que ha sobrevivido a un intento de suicidio y no desea vivenciar de nuevo algo que le recuerda o le pueda recordar su problemática psicosocial. Respecto a los Grupos 2 y 3 se ha intentado homogeneizar en función de las características sociodemográficas del grupo 1, para así valorar solo la influencia de variables psicosociales de riesgo y protectoras.

Otra limitación encontrada es la gran diferencia existente en la muestra respecto al sexo, existiendo, en el estudio, una mayoría femenina sobre una minoría masculina. Todas las investigaciones (de revisión y metaanalíticas), internacionales y nacionales sobre la tentativa suicida, muestran en sus resultados esta gran diferencia en esta variable sociodemográfica en tentativas suicidas (Hawton et al., 2013; MSPSI, 2011). Sin embargo, en el caso de muertes por suicidio dicha diferencia es totalmente la contraria en la mayoría de países en el mundo.

Existen algunas líneas futuras de investigación. Éstas podrían resumirse en: (1) Necesidad de crear protocolos eficaces de atención a víctimas del suicidio, basados en la intervención en fases previas como la ideación, planificación y tentativa. Dentro del proceso de evaluación, se le podría solicitar la participación en estudios epidemiológicos o biopsicosociales, como una fase anexa al proceso de evaluación y tratamiento de la conducta suicida. (2) Crear servicios de atención a personas con riesgo de suicidio, donde se podría realizar una evaluación e intervención específica sobre la conducta suicida. (3) Creación de sistemas socio-sanitarios de alarma telemática para las tentativas suicidas sobre personas que presenten algunos de los factores de riesgo más predictivos. (4) Se debería profundizar sobre qué otras variables psicológicas (afrentamiento de problemas, sub-dimensiones del estilo atribucional, tipo de apoyo social, razones para vivir, etc.) y

su interrelación con variables demográficas (sexo, edad, estado civil, etc.) pueden determinar que una persona elija el intento de suicidio como vía de escape ante determinadas situaciones vitales. 5) Se hace necesaria la creación de instrumentos breves de evaluación psicológica, con garantías de fiabilidad y validez adecuadas, que estén adaptados a personas con ideas o tentativas previas y que midan, de forma rápida, las variables protectoras y de riesgo más predictivas para evitar futuras tentativas. También merecería la pena investigar en futuros trabajos cómo los síntomas depresivos se relacionan con otras variables psicosociales y qué importancia tienen estas posibles combinaciones para las tentativas de suicidio.

### **Conflictos de intereses**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### **Referencias**

- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal Counseling Clinical Psychology*, 41(3), 343-352.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexel, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Bermúdez-Moreno, J., (2001). *BFQ: Cuestionario «Big Five»: Manual [BFQ: Questionnaire «Big Five»: Manual]*. Madrid: TEA Ediciones.
- Blazer, D. G. (2009). Depression in late life: review and commentary. *The Journal of lifelong learning in Psychiatry*, 7(3), 118-136.
- Caprara, G.V, Barbaranelli, C., y Borgogni, L. (1995). *Cuestionario «Big Five» (BFQ)*. [Questionnaire «Big Five» (BFQ)]. Madrid: TEA Ediciones.
- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J.R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 346(1), 1-13.
- Comeche, M. I., Díaz, M., y Vallejo, M. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales* [Questionnaires, inventories and scales. Anxiety, depression and social skills]. Madrid: Universidad-Empresa.
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della-Vista, O., Arpone, F., & Reda, M.A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice and Epidemiology in mental health*, 14(6), 25-29.
- Davidson, L. & Linnoila, M. (2011). *Risk factors for youth suicide*. New York: Routledge.
- De Beurs, D.P., Fokkema, M., de Groot, M.H., de Keijser, J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2015). Longitudinal measurement invariance of the Beck Scale for Suicide Ideation. *Psychiatry Research*, 225(3), 368-373.
- Farabaugh, A., Bitran, S., Nyer, M., Holt, D.J., Pedrelli, P., Shyu, ... & Fava, M. (2012). Depression and suicidal ideation in

- college students. *International Journal of Experimental Psychopathology, Phenomenology and Psychiatric Diagnosis*, 45(4), 228-234.
- Ford, M.B. & Collins, N.L. (2010). Self-Esteem moderates neuroendocrine and psychological responses to interpersonal rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(3), 405-419.
- Fowler, J. Ch. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy* 49(1), 81-90.
- García-Martín, A. F., Rodríguez-García, M., Albarrán, M. E., y Santiago, A. (2010). Factores de riesgo psicopatológico en la tentativa suicida [Psychopathological risk factors in suicide attempt]. *Revista de la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid*, 14, 26-34.
- Gismero, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales-EHS* [Social Skills Scale-SSS]. Madrid: TEA Ediciones.
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 17-28.
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 801-808.
- Instituto Nacional de Estadística-INE, (2011). Defunciones según causa de muerte (año 2011) [Deaths by cause of death (2011)] (press release). Recovered from <http://www.ine.es/prensa/np767.pdf>
- Jia-In, L., Ming-Been, L., Shih-Cheng, L., Chia-Ming, Ch., Suz-Chieh, S., Hung-Chi, Ch., & Chuan-Wan, T. (2010). Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(2), 138-147.
- Jiménez-Treviño, L., Saiz, P.A., Corcoran, P., Burón, P., García-Portilla, M.P., China, E.R., ... y Bobes, J. (2012). *Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviours: results from a multicentre study in Spain*. Oviedo: Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Taylor, P. J., Pratta, D., ... & Tarrrier, N. (2010). Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 883-889.
- Kilbane, E. J., Gokbayrak, N. S., Galynker, I., Cohen, L., & Tross, S. (2009). A review of panic and suicide in bipolar disorder: does comorbidity increase risk? *Journal of Affective Disorders*, 115(1), 1-10.
- Mejías, Y., García-Caro, M.P., Schmidt, J., Quero, A., y Gorlat, B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 431-44.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-MSPSI (2011). *Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013* [Mental health strategy 2009-2013 National Health]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-Esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645-658.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J. A., y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas* [Psychology of personality. Practice Manual]. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pérez-Rodríguez, S., Marco, J.H., & García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*, 29(3), 323-328. doi: 10.7334/psicothema2016.284
- Pulgar-Buendía, A. (2010). *Validación de la Escala de Apoyo Social AS-25* [Validation of the Social Support Scale AS-25]. Unpublished doctoral thesis. University of Jaén.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M.A. (2014). Protective factors promoting resilience to suicide in young people and adolescents. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181-192
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A., y Muela-Martínez, J. A. (2013). Relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios [High Suicidal Ideation and Psychosocial Variables in University Students]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 429-450.
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J.A., & García-León, (2014). An analysis of suicide attempts in Jaén Province (Andalusia-Spain). *Psychology, Community and Health*, 3(3), 1-99.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) como instrumento para identificar sujetos deprimidos y no deprimidos en la investigación psicopatológica: Fiabilidad, validez y datos normativos en muestras universitarias [The inventory for the Beck Depression Inventory (BDI) as a tool to identify depressed and non-depressed subjects in research on psychopathology: Reliability, validity and normative data on college samples]. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33-42.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Lewik-Tsirigotis, M. (2012). Manifestations of indirect self-destructiveness and methods of suicide attempts. *Psychiatric Quarterly*, 11(2), 83-91.
- Vázquez, J.A., Jiménez, R., y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg [Rosenberg Self-Esteem Scale]. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Viñas, F., Villar, E., Caparros, B., Juan, J., Cornella, M., & Pérez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(4), 326-334.
- Winfrey, L. R., & Jiang, S. (2010). Youthful suicide and social support: Exploring the social dynamics of suicide-related behavior and attitudes within a national sample of US adolescents. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 8(1), 19-37.
- World Health Organization-WHO (2014). Preventing suicide: a global imperative. (spanish version). Washington, DC: Panamerican Health Organization.

