



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Área de Psicología y Salud

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES EN RIESGO SUICIDA

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA PRESENTA

QUETZALCÓATL HERNÁNDEZ CERVANTES

JURADO DE EXAMEN

DRA. MA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA

DR. GUILHERME GUIMARAES BORGES

DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

The imagination of a boy is healthy, and the mature imagination of a man is healthy; but there is a space of life between, in which the soul is in a ferment, the character undecided, the way of life uncertain, the ambition thick-sighted: thence proceeds mawkishness.

John Keats (1795–1821), poeta británico.

Prefacio de Endimión (1818).

Agradecimientos

Quiero agradecer y dedicar esta investigación a todos los adolescentes que afablemente participaron en las diferentes etapas que la integraron. Creo que la adolescencia y todos los procesos que en ella ocurren plantean todo un reto para la investigación psicológica, pero sobretodo una oportunidad de aprendizaje inigualable para la promoción del bienestar y salud mental en cualquier sociedad.

Mi profundo agradecimiento a mi familia y a la familia Raggi Lucio. Me siento afortunado de tener el apoyo incondicional de mis padres, quienes siempre han creído en los proyectos que mi hermana Loreni y yo hemos emprendido dentro y fuera del ámbito académico. Estaré por siempre agradecido con Emilia, Francisco y Adriana, por su gran generosidad y confianza; será imposible olvidar todo lo que han hecho por mí, el tiempo compartido y su invaluable amistad.

Me siento honrado y privilegiado en haber tenido este comité; todos y cada uno de mis tutores ha contribuido significativamente en mi formación académica, en mi entrenamiento como investigador así como en la motivación y ejemplo para continuar dentro del quehacer científico. De igual forma, quiero agradecer y reconocer la ayuda desinteresada de la Mtra. Consuelo Durán Patiño para la concreción de esta tesis doctoral.

Finalmente, agradezco el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (becario), así como de la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Dirección General de Estudios de Posgrado (becario) y del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (proyecto PAPIIT IN300002). Sin lugar a dudas, la orgullosa experiencia de haber estado en la UNAM me ha dejado un claro sentido de responsabilidad hacia mi país que no hubiera logrado en otro lugar.

Quetzalcóatl Hernández Cervantes¹
México, D. F., enero de 2007.

¹ Correo electrónico: qhernandez@medscape.com; sitio web: www.suicidioadolescente.info

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Capítulo 1. Dimensión y epidemiología del suicidio adolescente	3
1.1 Dimensiones dentro del campo de la suicidología (3) <i>Suicidio; intento de suicidio; ideación suicida; plan suicida; parasuicidio; la conducta suicida y el DSM-IV.</i>	
1.2 Epidemiología del suicidio adolescente (8) <i>Diferencias de acuerdo a la edad; diferencias por sexo; origen étnico; tendencias seculares.</i>	
1.3 Epidemiología del suicidio adolescente en México (12)	
1.4 Epidemiología del suicidio adolescente en Estados Unidos (16)	
1.5 Estudios sobre el suicidio en México (17) <i>Algunos estudios sobre el suicidio en población adulta; algunos estudios sobre el suicidio en población adolescente; conclusiones del capítulo.</i>	
Capítulo 2. Factores de riesgo y protección	23
2.1 Factores de riesgo (23) <i>Características personales; características familiares; circunstancias de vida adversas; factores socioambientales y contextuales.</i>	
2.2 Factores protectores (33) <i>Cohesión familiar; religiosidad; conclusiones del capítulo.</i>	
Capítulo 3. Estrategias de prevención y tratamiento	35
3.1 Programas de prevención del suicidio en escuelas (35) <i>La sensibilización al suicidio dentro del programa escolar; entrenamiento de habilidades; estrategias de tamizaje; entrenamiento de guardianes (gatekeepers); apoyo de los pares; intervención en crisis y postvención.</i>	
3.2 Programas comunitarios de prevención del suicidio (40) <i>Centros de crisis y líneas telefónicas de ayuda (hotlines);</i>	

restricción de armas de fuego; educación de los medios.

3.3 Programas de prevención del suicidio en el sistema de salud (42)

Programas de entrenamiento/educativos para médicos generales y pediatras.

3.4 Tratamiento (43)

Ensayos no aleatorios; intervención de emergencia/ crisis y servicios de urgencias; internamiento y hospitalización parcial; psicoterapia; intervenciones psicofarmacológicas; conclusiones del capítulo.

Capítulo 4. Metodología

49

4.1 Justificación y planteamiento del problema (49)

4.2 Preguntas de investigación (50)

Respecto al proceso de identificación y evaluación; respecto a la intervención psicológica.

4.3 Objetivos de estudio (51)

Objetivo general; objetivos específicos de la Fase I: tamizaje; objetivos específicos de la Fase II: tratamiento.

4.4 Identificación de variables (52)

Estrategia de intervención; tratamiento psicológico; riesgo suicida; sucesos de vida estresantes; personalidad.

4.5 Descripción de instrumentos (55)

Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio & Durán, 2003); Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (Lucio et al., 1998).

4.6 Estudios previos (63)

Adecuación de normas del MMPI-A para adolescentes menores de 14 años; construcción y validación del instrumento de tamizaje Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes "IRIS" (Hernández & Lucio, 2003); propiedades psicométricas del IRIS; calificación del IRIS.

4.7 Metodología del estudio final (72)

FASE I: Estimación del riesgo suicida y sucesos de vida estresantes; FASE II: Caracterización del adolescente en riesgo suicida; FASE III: Intervención psicológica para el riesgo suicida adolescente.

Capítulo 5. Tratamiento

83

5.1 Antecedentes de la intervención psicológica (83)

5.2 Sesión Tipo (90)

5.3 Resumen de la intervención psicológica (93)

5.4 Sesión introductoria para los padres de familia (99)

5.5 Sesión 2: "Sucesos estresantes de vida" (102)

- 5.6 Sesión 10: “Razones para vivir/morir (1ª parte)” (106)
5.7 Sesión 13: “Cinco mitos sobre el suicidio (1ª parte)” (108)
5.8 Sesión 20: Evaluación global (110)

Capítulo 6. Resultados

113

- 6.1 Características demográficas de la muestra (113)
Integración de la muestra; configuración familiar; escolaridad y ocupación de los padres; situación económica; situación académica.
- 6.2 Resultados del tamizaje para riesgo suicida (117)
Niveles de riesgo; prevalencia de la ideación, planeación e intento de suicidio.
- 6.3 Diferencias en el perfil del IRIS de acuerdo al sexo (121)
- 6.4 Prevalencia de sucesos de vida estresantes (124)
Prevalencia de sucesos por área; distribución de sucesos de vida estresantes.
- 6.5 Asociación entre riesgo suicida y exposición a sucesos estresantes (127)
Riesgo suicida y suma de sucesos; riesgo de ideación, planeación e intento de suicidio por exposición a sucesos estresantes de vida.
- 6.6 Interpretación del perfil MMPI-A (131)
Escalas de validez; escalas clínicas; escalas de contenido y suplementarias.
- 6.7 Asociación entre MMPI-A e IRIS (143)
- 6.8 Evaluación del tratamiento sobre riesgo suicida (147)
Mortalidad experimental; análisis estadístico preliminar; MANCOVA por grupo; MANCOVA por asistencia.
- 6.9 Significancia clínica del tratamiento (161)
Índices de cambio confiable.

Capítulo 7. Discusión y conclusiones

165

- 7.1 Evaluación de resultados (166)
Sobre el riesgo suicida; sobre los sucesos de vida estresantes; sobre la asociación entre riesgo suicida y exposición a sucesos estresantes; sobre los rasgos de personalidad; sobre la efectividad del tratamiento; sobre la significancia clínica del tratamiento.
- 7.2 Evaluación del proceso (173)
Sobre la viabilidad de la estrategia de intervención; sobre la administración de los instrumentos; sobre el uso del tiempo en la escuela; sobre el uso de espacios en la escuela; sobre el intercambio de información con la escuela; sobre la devolución de resultados; sobre el equipo de intervención; sobre la proporción sujetos identificados-sujetos tratados; sobre la adherencia al tratamiento; recomendaciones globales para la prevención en escuelas.

7.3 Conclusiones (182)

7.4 Sugerencias para estudios futuros (184)

*Integración a la currícula escolar; desmitificación del fenómeno;
intervención en el escenario escolar; diferencias individuales;
diferencias de género.*

Referencias	187
Anexo 1. Ficha técnica del IRIS y cuestionario	203
Anexo 2. Perfiles IRIS del grupo tratado (n=14)	213
Anexo 3. Forma de evaluación por sesión	223
Anexo 4. Información (folleto) para adolescentes y padres de familia	227
Anexo 5. Forma de consentimiento informado	233

Resumen ¹

Antecedentes: la problemática suicida adolescente en México es compleja y va en aumento, siendo el grupo poblacional de 15 a 24 años el de mayor riesgo (Borges et al., 1996; Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001); mientras que se ha estudiado desde distintas perspectivas como la psicosocial (González-Forteza et al., 2002), poco se ha hecho desde el enfoque clínico (Lucio et al., 2000). Una estrategia para la prevención del suicidio adolescente que se ha venido evaluando en las últimas décadas en diferentes países es la de tamizaje y referencia a tratamiento en la escuela (CDC, 1992).

Propósito y metodología: evaluar la efectividad de una estrategia bifásica de intervención (identificación y tratamiento psicológico) en escuelas secundarias públicas del Distrito Federal. La metodología fue múltiple; se construyó y validó el instrumento de tamizaje Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes "IRIS" (Hernández y Lucio, 2003) para evaluar tal riesgo en relación a la exposición a eventos estresantes de vida mediante el cuestionario de Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio y Durán, 2003). La primera fase tuvo como objetivos la detección de alumnos en riesgo suicida así como la estimación de riesgos en tres dimensiones: ideación, planeación e intento(s) previo(s). A continuación se realizó una caracterización del adolescente suicida completando la información del riesgo suicida y sucesos de vida estresantes con un perfil de personalidad utilizando el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota para Adolescentes MMPI-A (Lucio et al., 1998). En la segunda fase de la estrategia se implementó una intervención psicológica grupal de 20 sesiones basada en el modelo de evaluación colaborativa de Finn (1996), la psicoterapia estructurada para adolescentes en riesgo de Corder (1994) y los contenidos temáticos de un programa preventivo para adolescentes en riesgo suicida (Samaritans YouthPack for Suicide Prevention, 1998).

Resultados: hasta un 17% de la población escolar de la secundaria pública donde se implementó la estrategia en su versión final (N=482, $X=13$, $DE=.95$) presentaron algún nivel de riesgo suicida; que la prevalencia para la ideación suicida fue del 14.7%, y para la planeación e intento del 11.2%. En cuanto a la estimación del riesgo, la probabilidad de la ideación, plan e intento es casi dos veces mayor entre las mujeres; el riesgo suicida llega a ser hasta cuatro veces mayor entre los expuestos a sucesos estresantes de tipo negativo, particularmente aquéllos del área social (p. ej., dificultades interpersonales) y de salud (p. ej., uso de sustancias). Respecto a la efectividad del tratamiento, los análisis multivariados de covarianza indican que los principales efectos se encuentran en la reducción de la ideación e intencionalidad suicidas; asimismo, los tamaños del efecto y los índices de cambio confiable (significancia clínica) ratifican que tal rubro es el de mayor cambio, evaluado mediante las subescalas de ideación suicida del "IRIS" y del MMPI-A.

Conclusiones: se reconoce la necesidad de la replicación sistemática de la estrategia en otros escenarios (secundarias y preparatorias tanto públicas como privadas) para optimizar su operación y corroborar su efectividad en la reducción del riesgo suicida.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, intervención psicológica.

¹ Esta tesis se realizó con apoyo del CONACyT (beca doctoral #165863) y de la UNAM (PAPIIT IN300002).

Abstract²

Background: Adolescent suicide in Mexico is a complex and rising phenomenon affecting mainly youth from 15 to 24 years old (Borges et al., 1996; Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). While this public health problem has been studied from different perspectives in this country such as the psychosocial approach (González-Forteza et al., 2002), little has been done from within the clinical scope (Lucio et al., 2000). One of the strategies for youth suicide prevention that has been evaluated in the last decades throughout different countries are school-based screening programs (CDC, 1992); nevertheless, rare are those screening programs that deliver psychological treatment as well.

Purpose and methods: The purpose of the studies comprising this dissertation was to develop and evaluate the effectiveness of a biphasic school-based strategy: screening and treatment. A multiple methodology was followed. First, the screening test “Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes –IRIS” (Hernández & Lucio, 2003) was developed and validated to be used in a model that assesses suicidal risk in exposure to stressful life events as measured by “Sucesos de Vida forma Adolescentes” (Lucio & Durán, 2003). Phase I of the strategy aimed at identifying students at risk of suicide as well as estimating risk of ideation, planning and previous attempts. Afterwards, a characterization of these at-risk adolescents was completed by profiling personality traits using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory –Adolescent (Lucio et al., 1998). Phase II consisted of a 20-session group psychotherapy based on the models of collaborative assessment by Finn (1996), structured psychotherapy for at-risk adolescents by Corder (1994) and The Samaritans YouthPack for Suicide Prevention (1998). **Results:** Up to 17% of the school population (N=482, $X=13$, $SD=.95$) with which the final version of the strategy was implemented exhibited some degree of suicidal risk; as for suicidal ideation found prevalence was of 14.7% whereas for planning and attempt was 11.2%. Risk for suicidal ideation, planning and attempt is almost twice in girls and it quadruples among those exposed to negative stressful life events, particularly in adolescents exposed to negative social (e.g., interpersonal difficulties) and negative health (e.g., substance abuse) events. On the treatment effectiveness, findings from multivariate analyses of covariance suggest that main effects are seen in reduction of suicidal ideation and intentionality. Furthermore, treatment effect sizes and reliable change indices (clinical significance) confirm that indeed suicidal ideation is the area mostly modified, being assessed through suicidal ideation subscales from the screening test “IRIS” and the MMPI-A. **Conclusions:** The need of systematic replication in other scenarios (junior and senior high schools, public and private) is acknowledged to optimize the strategy operability and thus corroborate its effectiveness in reducing adolescent suicidal risk.

Key words: *suicide, adolescence, psychological intervention.*

² Doctoral dissertation research grants from CONACyT (#165863) and UNAM (PAPIIT IN300002).

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2001; 2006), aproximadamente un millón de personas en el mundo se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones lo intentan. Asimismo, menciona que son tres los aspectos del suicidio que son de importancia para la salud pública:

es una de las principales causas de muerte entre la población joven en la mayoría de los países desarrollados así como en los que están en vías de desarrollo;

existen grandes variaciones en las tasas de suicidio en el mundo, entre sexos, y grupos de edad (un indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socio culturales); y,

los suicidios de gente joven y de mujeres se han convertido en un problema creciente y reciente en muchos países.

El intento de suicidio y la muerte por suicidio entre adolescentes se han incrementado en las últimas décadas en México (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). En población adulta, por ejemplo, los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México señalan que el comportamiento suicida alguna vez en la vida fue de 8.3% en el rubro de ideación, 3.2% para la planeación, y 2.8% que reportaron uno o más intentos (Borges et al., 2005). Si además se considera que entre el 2000 y el 2020 el grupo de edad más grande de la población mexicana será el de 10 a 19 años (INEGI, 2000), adquiere aún mayor relevancia su prevención y manejo correspondiente como problema de salud pública (González-Forteza y Jiménez, 2003).

En el anterior Programa Nacional de Salud (SSA, 2001) al respecto se señaló que los accidentes y las lesiones intencionales (de los cuales un alto porcentaje está asociado al consumo de alcohol y drogas) son las primeras causas de muerte entre los adolescentes, por lo que enfatiza el estudio de las conductas de alto riesgo y abuso de sustancias asociados a la muerte por suicidio entre la población adolescente mexicana. Aunque se han realizado distintos estudios en el país para conocer la prevalencia, factores de riesgo y variables psicosociales asociadas (p. ej., González-Forteza et al., 2002; Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001) poco se ha estudiado la efectividad de modelos de intervención psicológica a partir de la identificación y evaluación del riesgo en el escenario escolar. En particular, no hay estudios que reporten la evaluación de un tratamiento grupal breve y semiestructurado diseñado específicamente para disminuir el riesgo de suicidio así como al malestar asociado para estudiantes de secundarias públicas.

Asimismo, la evaluación (de proceso y de resultados) de intervenciones psicológicas es un área de investigación poco desarrollada en nuestro país dada su complejidad metodológica y retos éticos; los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida son complejos y no existe una sola modalidad para prevenir el suicidio adolescente (Gould et al., 2003). Sin embargo, partiendo de que las investigaciones realizadas en nuestro país permiten al investigador tener un perfil de riesgo suicida adolescente (p. ej., González-Forteza et al., 2002), se hace necesaria la progresión a la fase de tratamiento para, de manera sistemática, ir conociendo los mecanismos que promueven la reducción del riesgo suicida así como el cambio hacia el bienestar psicológico, y plantear las directrices para estudios posteriores de repetición sistemática en otros contextos y con otras poblaciones.

Una estrategia de intervención que tome lugar en la escuela parte de la idea de que la escuela es un medio ambiente significativo para el adolescente y en el cual se pueden identificar tanto factores de riesgo como protectores asociados al desarrollo de comportamiento suicida. De igual manera, el tratamiento psicoterapéutico grupal ofrece al adolescente la oportunidad de aprender a manejar sus problemas emocionales en un entorno seguro y empático. En este estudio se hace una distinción operacional entre el suicidio como consecuencia de un trastorno psiquiátrico preexistente (que en este estudio se constituye como criterio de exclusión para los participantes) y el suicidio como una alternativa resolutive de un dilema existencial o como reacción a un evento precipitante en la ausencia de antecedentes de trastornos psiquiátricos; al respecto, la literatura sugiere que el comportamiento suicida entre la población adolescente es frecuentemente la resolución a un proceso multicausal en donde una serie de factores de riesgo se acumulan para influir sobre riesgo de muerte por suicidio (ver Gould et al., 2003; Shaffer et al., 1988; Spirito & Overholser, 2003).

El propósito de esta tesis fue evaluar la eficacia de una estrategia bifásica de intervención para adolescentes estudiantes en riesgo suicida. La fase I consiste en un tamizaje con la población escolar de la secundaria participante mientras que la fase II comprende la intervención psicológica grupal como aquellos adolescentes detectados en la primera fase para disminuir el riesgo suicida. Adicionalmente, se hará una caracterización del grupo de adolescentes identificados como en riesgo, integrando la exposición a sucesos estresantes de vida y perfil de personalidad.

Dentro de los objetivos específicos se encuentra la validación del instrumento de tamizaje a ser empleado en la estrategia, así como el piloteo de la intervención psicológica con el fin de adecuarla al contexto cultural del adolescente estudiante mexicano. En cuanto a la efectividad de la estrategia, se plantea evaluar tanto el proceso como los resultados para posteriormente poder realizar replicas sistemáticas. Dentro de los parámetros de evaluación de la intervención psicológica se utilizarán los índices de cambio confiable de Jacobson y Truax (1991) así como análisis multivariados de covarianza para evaluar los efectos de la psicoterapia sobre el riesgo suicida. En suma, la metodología a seguir combina el análisis cualitativo como el cuantitativo en seguimiento a la forma en que se han venido desarrollando y evaluando este tipo de programas de prevención en otros países dentro del entorno escolar (Gould et al., 2003; Mann et al., 2005; WHO, 2006).

Capítulo 1: Dimensión y epidemiología del suicidio adolescente

1.1 Dimensiones dentro del campo de la suicidología.

El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y en México va en aumento (Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges, 1998). Asimismo, el suicidio es una causa de muerte cuya historia natural es extremadamente variable (Borges et al., 1994). Aunque tradicionalmente se le ha considerado como una expresión de conflictos mentales presentes y de larga duración, como la depresión, muchas veces el suicidio no está relacionado con patologías mentales declaradas, y su latencia en estos casos es más bien corta (Borges et al., 1994); mientras que el intento de suicidio es una conducta sumamente impactante y sus repercusiones no se hacen esperar en todas las áreas del individuo (Loza & Lucio, 1995; Loza, Lucio & Durán, 1998).

Borges y cols. (1994) recomiendan que para la mejor evaluación del problema de por sí complejo del suicidio se requiere de la integración de diferentes perspectivas además de la epidemiológica, pues ha sido ésta la que ha llevado a conocer las características de los individuos que se asocian con mayor probabilidad al comportamiento suicida: (1) ofrece información sobre variaciones entre países, cultura, edad, estado civil, condición laboral, trastornos psiquiátricos asociados; y, (2) es un punto de referencia para las estrategias de prevención e intervención.

De acuerdo a O'Carroll y cols. (1996), uno de los problemas en el estudio del suicidio es que no hay un paradigma de amplia aceptación o un enfoque definido en la organización de la literatura, en la explicación o descripción de los resultados existentes, y en la definición de los problemas o fenómenos de interés. Además, no todos los comportamientos a los que se alude con los términos de "suicidio" y "suicida" han sido motivados por una decisión consciente de morir; en muchas ocasiones no pretenden ni siquiera generar un daño personal sino que son una expresión y comunicación de desesperanza, desesperación, frustración y enojo (Gould et al., 1998).

Borges, Anthony, y Garrison (1995) presentan los aspectos metodológicos más relevantes en la investigación epidemiológica de la conducta suicida en adolescentes; tales aspectos se clasifican en seis categorías: (1) diseño del estudio; (2) definiciones conceptuales para el suicidio y las conductas suicidas en el adolescente -el campo de investigación del suicidio abarcaría entonces los

suicidios completados/consumados, los intentos de suicidio, gestos, amenazas, planes, e ideación suicida; (3) la medición; (4) el muestreo; (5) la predicción y determinación del suicidio y conductas suicidas en el adolescente; y, (6) la optimación de la proporción riesgo/beneficio para la protección de los sujetos humanos. Asimismo, desde la integración con la nomenclatura o definiciones conceptuales propuestas, se podrían distinguir en la investigación los: (1) suicidios completados/consumados; (2) intentos de suicidio; (3) gestos; (4) amenazas; (5) planes; e (6) ideación suicida (Borges, Anthony & Garrison, 1995). La Secretaría de Salud en México (1999) lista los suicidios ocurridos entre la población mexicana bajo el rubro de “lesiones autoinfligidas intencionalmente”. El INEGI (2001), a través del formato de captación sobre intento de suicidio o suicidio, definen así: el intento de suicidio se refiere a las personas cuyo acto o conducta atenta contra su propia existencia, mientras que el suicidio se refiere a las personas cuyo acto o conducta destruye su propia existencia.

1.1.1 Suicidio.

Se refiere a la muerte por herida, envenenamiento, o asfixia cuando exista evidencia (explícita o implícita) de que la lesión haya sido autoinfligida y que el suicida, en efecto, pretendía quitarse la vida (O'Carroll et al., 1996). Es la “muerte por un acto infligido sobre uno mismo” (Rosenberg et al., 1988). Para la Organización Mundial de la Salud (modificado por Diekstra, 1985) el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona en contra de sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte. El suicidio es una conducta agresiva, realizada con el propósito de la autodestrucción, con conciencia de ello, y con la finalidad de lograr la muerte (Bonger, 1992). El suicidio es un acto consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte (Durkheim, 1897/2002).

1.1.2 Intento de suicidio.

Se trata de una conducta de auto lesión potencial con un desenlace no fatal para la cual existe evidencia (explícita o implícita) de que la persona pretendía, en algún grado, matarse; un intento suicida puede o no resultar en lesiones (O'Carroll et al., 1996). Stengel (1965) define al intento suicida como cualquier acto de auto perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua. Respecto al deseo de morir, O'Carroll y cols. (1996) mencionan que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto su malestar; desde esta perspectiva, sus intentos tienen que ver con ingestión mínima de drogas con corte leve, donde normalmente se arreglan las cosas para que se puede intervenir a tiempo, ante algunas veces se salga de control la situación. No obstante, es necesario prestar atención a cualquier gesto suicida (Capuzzi & Golden, 1988).

Borges, Anthony y Garrison (1995) también comentan que un intento suicida que no resulta en la muerte es un comportamiento como tal. Kessel y McCulloch (1966) lo definen como aquel caso de conducta autolesiva, intencional, emprendida con el conocimiento de que puede ser

potencialmente nocivo. En el intento no siempre existe un propósito consciente de morir; en ocasiones aparecen múltiples motivos aunados en un intento dificultando la comprensión del fenómeno (Bancroft et al., 1979).

1.1.3 Ideación suicida.

Se trata de una idea recurrente e intrusa sobre quitarse la vida (Borges, Anthony & Garrison, 1995). Rotheram-Borus (1993) señala que la ideación suicida es un constructo cognoscitivo directamente vinculado con el intento de suicidio, el cual se ha identificado como el mejor predictor del suicidio consumado entre adolescentes y población adulta; los pensamientos suicidas son comunes entre niños y adolescentes de ambos sexos y no precisamente siempre se asocian a otros rasgos de psicopatología.

Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998) mencionan que la ideación suicida es un importante predictor del intento suicida. Borges Anthony y Garrison (1995) mencionan que es posible hacer la ideación suicida operacional como una variable latente, percibida subjetivamente como una idea pero observable indirectamente en la forma de mediciones comportamentales tales como autoreporte verbal durante una conversación, o medida de manera más formal mediante reactivos de una entrevista o cuestionario estandarizado o estructurado. Para O'Carroll y cols. (1996), se refiere a cualquier pensamiento o pensamientos auto reportados de involucrarse en conductas suicidas; no se incluyen aquellos pensamientos que solo refieran la idea de muerte o deseo de morir sino pensamientos específicos de matarse.

La ideación suicida puede variar en tipos y grados y en muchas ocasiones no se acompaña de una planeación específica (Bancroft et al, 1979). La ideación suicida es considerada por Garrison y cols. (1991) como el “tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte”. Generalmente, llaman la atención del psicólogo clínico cuando éstos son anunciados como amenazas. Los trastornos disruptivos incrementan el riesgo de ideación suicida en niños de 12 años o más jóvenes. Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Goldney et al., 1989).

1.1.4 Plan suicida.

Se debe explorar hasta dónde el adolescente ha formulado y reportado un plan claro de cómo pretenden quitarse la vida (ver Jacobs, 1999); por ejemplo, si el plan incluye cómo se logrará el suicidio, la disponibilidad del método, la letalidad del método y el tiempo y momento propuestos (incluyendo la probabilidad de ser descubierto y detenido). Un aspecto muy importante es que, en general, el adolescente no es un buen estimador de la letalidad, particularmente de fármacos, por lo que la significancia del método o de la dosis no debe tomarse como un indicador confiable del grado del intento suicida (Myers et al., 1992).

Kessler, Borges y Walters (1999) reportan que existe un aumento de las probabilidades acumuladas a 34% en la transición de la idea al plan, y de 72% del plan al intento; de la ideación al intento no planeado, la probabilidad acumulada es del 26%; es posible entonces abordar el problema desde la prevención del suicidio dirigida a quienes lo han planeado; la sola ideación no es un indicador fuerte de riesgo. Se ha encontrado que los intentos, ideación y planes suicidas son más comunes que el suicidio consumado; por ejemplo, el porcentaje de aquellos que reportan ideación y plan suicida se ha incrementado en EU del 2 a por arriba del 50% entre la población adolescente (Borges et al., 1995).

1.1.5 Parasuicidio.

La analogía comportamental al suicidio cuando los investigadores deciden no extraer conclusiones firmes sobre la orientación psicológica o intenciones de la auto-lesión o muerte de la víctima (Borges, Anthony & Garrison, 1995). Se refiere a conductas variadas que van desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Comprende actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que las ejecuta; tales actos deben ser poco habituales. De esta manera, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se incluyen en esta categoría.

1.1.6 La conducta suicida y el DSM-IV.

De acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), el comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios y trastornos psicóticos; asimismo, se ha asociado a:

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable en los *trastornos de conducta* [312.8]. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio en el *trastorno de la identidad sexual* [302.x].

El ***trastorno depresivo mayor*** [296.x] se asocia a ideas, intentos y consumaciones de suicidio. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9, Episodio depresivo mayor). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 minutos) y recurrentes (una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o

un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse.

Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

Los **trastornos adaptativos** [309.x] están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La mortalidad a largo plazo en personas hospitalizadas por *anorexia nerviosa* [307.1] en centros universitarios es aproximadamente del 10 %. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. Algunas personas presentan *amnesia disociativa* [300.12] en episodios de automutilación, de explosión de violencia o de intentos de suicidio. La intoxicación o abstinencia (en *trastornos relacionados con sustancias*) pueden aumentar también el riesgo de suicidio, la violencia y el comportamiento impulsivo en sujetos con un trastorno antisocial o límite de la personalidad previo.

Finalmente, los sujetos con **trastorno antisocial de la personalidad** [301.7] tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas (p. ej., suicidio, accidentes y homicidios). Pueden existir comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales como síntomas/trastornos asociados a *trastornos somatoformas* [300.x]. De igual manera, en la *esquizofrenia* [295.x] el suicidio es un factor importante, porque aproximadamente el 10 % de los sujetos se suicidan. Los factores de riesgo para el suicidio incluyen el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y alta hospitalaria reciente. De los individuos en tratamiento por *juego patológico* [312.31], el 20% ha hecho un intento de suicidio (ver APA, 1995).

1.2 Epidemiología del suicidio adolescente en el mundo.

A continuación se presentan diferentes áreas de estudio dentro del estudio epidemiológico del suicidio entre adolescentes (edad, sexo, origen étnico, tendencias seculares), con resultados principalmente de estudios llevados a cabo en regiones con altas tasas de muerte por suicidio, como por ejemplo Europa y Australia; posteriormente, se incluyen datos específicos de nuestro país y de los Estados Unidos.

1.2.1 Diferencias de acuerdo a la edad.

El suicidio es poco común en la infancia y pubertad (Gould et al., 2003). Dentro del grupo de 10 a 14 años de edad, la mayoría de los suicidios ocurrió entre los 12 y 14. La incidencia del suicidio se incrementa considerablemente en los años de la adolescencia, en particular los últimos, y se continúa hasta los primeros años de la segunda década hasta alcanzar un nivel que se mantiene a través de la adultez hasta la sexta década de vida, donde las tasas se incrementan particularmente entre los hombres (Anderson, 2002). En el año 2000, la tasa de mortalidad por suicidio entre el grupo de 10 a 14 años era de 1.5 por cada 100,000. Aunque este grupo representa el 7.5% de la población norteamericana, los 300 niños que cometieron suicidio representan tan solo el 1% de todas las muertes por suicidio. La tasa de suicidio para el grupo de edad siguiente, de 15 a 19, fue de 8.2, cinco veces mayor que el grupo anterior (Gould et al., 2003).

Lo inusual de la muerte por suicidio antes de la pubertad se ha reportado de manera global (Organización Mundial de la Salud, 2002). Shaffer y cols. (1996) sugirieron que el motivo más probable subyacente a la edad en que ocurría el suicidio era que tanto la depresión como la exposición a drogas y alcohol, dos factores de riesgo significativos para el suicidio entre adultos (p. ej., Barraclough et al., 1974; Robins et al., 1959) y adolescentes (p. ej., Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996), son raros en los niños pequeños y se hacen prevalentes posteriormente en la adolescencia. Así como en el caso de los suicidios consumados, los intentos de suicidio son relativamente raros entre los prepúberes y aumentan en frecuencia a lo largo de los años adolescentes (Andrus et al., 1991; Velez & Cohen, 1988). Sin embargo, a diferencia de los suicidios consumados, los picos del intento de suicidio se presentan entre los 16 y los 18 años, donde posteriormente se observa un marcado descenso en la frecuencia (Kessler et al., 1999), particularmente para las mujeres jóvenes (Lewinsohn et al., 2001).

Estudios en Nueva Zelanda sugieren que para los 16 años, el 15% de la gente joven ha reportado tener una historia de ideación suicida a lo largo de su vida; a los 18 años tal incidencia se había incrementado a un 22.7% y a los 21 años había alcanzado el 29% (Coggan et al, 1995; Horwood & Fergusson, 1998).

1.2.2 Diferencias por sexo.

Aunque la ideación e intento suicidas son más comunes entre las mujeres (Garrison et al., 1993; Gould et al., 1998; Grunbaum et al., 2002; Lewinsohn et al., 1996) entre la población norteamericana, el suicidio consumado es mucho más común entre los hombres. Los varones de 15 a 19 años cometen suicidio cinco veces más que las mujeres del mismo grupo de edad (Anderson, 2002). El mismo patrón de diferencia por sexo, sin embargo, no se presenta en otros países (Organización Mundial de la Salud, 2002). Mientras que el suicidio consumado es más común en varones que en mujeres para el grupo de 15 a 24 años en Estados Unidos, Europa Occidental, Australia y Nueva Zelanda, las tasas por sexo son iguales en algunos países de Asia (p. ej., Singapur), mientras que en China la mayoría de los suicidios los cometen las mujeres (OMS, 2002).

La encuesta de Comportamiento de Riesgo en Adolescentes (*Youth Risk Behavior Survey, YRBS*, por sus siglas en inglés) de Grunbaum y cols. (2002) señala que las mujeres tenían más probabilidades de considerar seriamente el quitarse la vida (23.6%), de elaborar un plan específico (17.7%), e intentar suicidarse (11.2%) que los hombres (14.2%, 11.8%, 6.2%, respectivamente): sin embargo, no se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo en la prevalencia de intentos graves de suicidio (3.1% en mujeres, 2.1% en hombres).

Se consideran que tanto los factores psicopatológicos como las preferencias del método relacionadas al sexo contribuyen al patrón de diferencias por género (Shaffer & Hicks, 1994). El suicidio consumado se asocia frecuentemente con un comportamiento agresivo y con abuso de sustancias (ver discusión más adelante), y ambos son más comunes entre los varones. Los métodos preferidos por las mujeres, tales como las sobredosis, tienden a ser menos letales en los Estados Unidos y dan cuenta del 30% de todos los suicidios mientras que sólo se presenta en un 6.7% entre los hombres (CDC, 2002). No obstante, en sociedades donde los recursos para el tratamiento no se encuentran fácilmente disponibles o donde la sustancia ingerida no es tratable, las sobredosis sí tienden a tener una letalidad mayor. Mientras que en los Estados Unidos solo el 11% de los suicidios consumados en 1999 resultó de una sobredosis, en algunos países del sureste asiático y pacífico, la mayoría de los suicidios se debió a la ingesta de herbicidas, tales como el "Paraquat", para el que no hay tratamiento efectivo (Haynes, 1987; Shaffer & Hicks, 1994).

1.2.3 Origen étnico.

El suicidio adolescente es más común en blancos que en afroamericanos en los Estados Unidos (Anderson, 2002), aunque las tasas son más altas entre los nativos y más bajas entre los asiáticos o isleños del Pacífico (Anderson, 2002; Shiang et al., 1997; Wallace et al., 1996). La población latina no sobresale en las tasas de suicidio consumado en los Estados Unidos (Demetriades et al., 1998; Gould et al., 1996; Smith et al., 1985). La tasa de suicidio históricamente más alta entre la población nativa no se ha entendido completamente, pero algunos factores de riesgo propuestos incluyen la baja integración social, el acceso a armas de fuego, alcohol y abuso de sustancias (Borowsky et al., 1999; Middlebrook et al., 2001). La tasa históricamente baja entre los afroamericanos ha sido atribuida a una mayor religiosidad y a diferencias en una agresión más

exteriorizada que interiorizada (Gibbs, 1997; Shaffer et al., 1994); sin embargo, las diferencias en las tasas de suicidios entre blancos y afroamericanos han decaído durante los últimos 15 años por un marcado incremento en las tasas de suicidio en varones afroamericanos entre 1986 y 1994.

La encuesta YBRS (Grunbaum et al., 2002) encontró que los estudiantes afroamericanos tenían significativamente menos probabilidad (13.3%) que los blancos o latinos (19.7% y 19.4%, respectivamente) de considerar el suicidio o de tener un plan suicida (afroamericanos: 10.3%; blancos: 15.3%, latinos: 14.1%). Los estudiantes latinos (12.1%) tenían significativamente más probabilidad de haber intentado suicidarse que los afroamericanos o blancos (8.8% y 7.9%, respectivamente); sin embargo, no hubo preponderancia sobre los intentos suicidas que requirieron atención médica entre los latinos (3.4%) comparados con los blancos (2.3%) o afroamericanos (3.4%). Aunque algunos estudios han encontrado tasas más altas de ideación e intento suicida entre los adolescentes latinos (Roberts et al., 1997; Roberts & Chen, 1995), tanto Grunbaum et al. (1998), como Walter et al. (1995), no encontraron una prevalencia mayor de ideación o intento entre esta población.

1.2.4 Tendencias seculares.

Los cambios seculares en la incidencia de una enfermedad son importantes porque pueden sugerir la existencia de factores de riesgo, causales y/o preventivos (Gould et al., 2003); entre éstos el uso de alcohol se ha señalado como un factor de riesgo significativo para el suicidio desde el primer estudio de autopsia psicológica (Robins et al., 1996), y al menos en algunos estudios (Shaffer et al., 1996) ha sido un factor de riesgo significativamente mayor para los hombres, el grupo que había mostrado el incremento más importante. No obstante, los estudios de mediciones múltiples que han utilizado medidas y metodologías de muestreo similares tales como la encuesta YRBS (CDC, 1995, 1996, 1998, 2000; Grunbaum et al., 2002) no indican una disminución en el uso de alcohol o cocaína durante este periodo. Otra razón atribuible para el incremento es el aumento en la disponibilidad de armas de fuego (Brent et al., 1991). Las restricciones legales para el acceso a armas de fuego se aprobaron en 1994 (Ludwig & Cook, 2000), al mismo tiempo que el decremento se hizo más evidente y el índice en el uso de armas de fuego entre los alumnos de secundaria y preparatoria disminuyó (CDC, 1995, 1996, 1998, 2000; Grunbaum et al., 2002).

Por otro lado, la proporción de suicidios por arma de fuego, un factor proximal factible para la disponibilidad de métodos de suicidio (Cutright & Fernquist, 2000), no cambió entre 1988 y 1999. Ha habido un decremento de un 20 a un 30% en las tasas de suicidio adolescente en Inglaterra, Finlandia, Alemania, y Suecia, donde las armas de fuego dan cuenta de muy pocos suicidios (Krug et al., 1998), donde además una revisión sistemática de la proporción de suicidios cometidos con arma de fuego por un periodo de tiempo largo ha mostrado que la proporción es leve en relación a los cambios globales en estas tasas (Cutright & Fernquist, 2000). Otra causa probable en la disminución ha sido el extraordinario incremento en los antidepresivos prescritos para la población adolescente durante este periodo. Olfson y cols. (2002b) muestran que entre 1987 y 1996 la tasa anual en el uso de antidepresivos aumentó de aproximadamente 0.3% a 1.0% entre la población de 6 a 19 años en

los Estados Unidos. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS's) tienen efecto no solo sobre la depresión (ver "Intervenciones psicofarmacológicas" en el capítulo sobre tratamiento) sino sobre episodios agresivos, así como un efecto sobre la disminución de la ideación suicida entre adultos; así, es poco probable que el incremento en la prescripción de antidepresivos sea un indicador de un aumento más generalizado en el acceso o uso de servicios de salud mental (Gould et al., 2003). Durante el periodo de 1987 a 1997, el número de adolescentes que recibieron psicoterapia de hecho disminuyó (Olfson et al., 2002a). El retraso en la aparición del decremento de suicidios entre afroamericanos es compatible con el efecto de algún tratamiento porque este grupo tiene una mayor dificultad en acceder a recursos de atención (Goodwin et al., 2001).

Otro indicador de que el tratamiento con antidepresivos pueda ser un factor en el reciente decremento es el hallazgo en Suecia de que la proporción de víctimas de suicidio que recibieron tratamiento con antidepresivos es menor que en el resto de la población deprimida (Isacsson, 2000). En su revisión, Gould y cols. (2003) consideran que la posibilidad de conclusiones más firmes no son posibles dada la naturaleza ecológica de los datos disponibles, siendo necesarios ensayos clínicos aleatorizados antes de que la disminución en las tasas pueda ser confiablemente atribuida al tratamiento con antidepresivos.

1.3 Epidemiología del suicidio adolescente en México.

Aunque las tasas de suicidio e intento de suicidio adolescente en el país no sean de las más altas en comparación con las de otros países, no deja de ser el comportamiento suicida un problema importante de salud pública (Borges, Rosovsky, Caballero & Gómez, 1994; Híjar, Rascón, Blanco & López, 1996). El suicidio es la cuarta causa de muerte en la población mexicana de 15 a 24 años (SSA, 1999); no obstante, a pesar de las discrepancias y deficiencias de las diferentes fuentes de información al igual que del subregistro de las estadísticas oficiales, se ha identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años residente de zonas urbanas en México como el de mayor riesgo suicida (Borges, Rosovsky, Caballero & Gómez, 1994).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1988), México posee en la actualidad una de las tasas más bajas de suicidio en el mundo. La tasa para la población entera mostró una variación pequeña de 1960 hasta 1980. Sin embargo, entre 1980 y 1995 las tasas de suicidio casi se duplicaron tanto para la población total como para los varones, reportándose cambios pequeños entre las mujeres. La mayor diferencia durante este periodo fue en la proporción hombre-mujer que cambió de 2.7:1 en 1960 a 5.4:1 en 1995.

Para 1960 la tasa de suicidio en México, aunque baja, reflejaba ya un incremento entre los grupos de edad jóvenes hacia los de edad mayor con un marcado aumento para ambos sexos dentro del grupo de 75 años y más (Borges et al., 1994). En 1995 la tasa en hombres en el grupo de edad de 15 a 24 se había más que duplicado desde 1960, además de mostrar incrementos pequeños a lo largo de los grupos de 25 a 74 para elevarse marcadamente (73%) en el de 75 y más. El aumento del suicidio los países desarrollados que afecta muy especialmente la población adolescente y adulta joven, ha llamado la atención hacia los factores estacionales capaces de producir cambios conductuales a los jóvenes, y por lo tanto influir en las tendencias suicidógenas; además, la población mayor de 65 años también es afectada en cuanto al suicidio pero por diferentes factores, más relacionados con las pérdidas afectivas y con la calidad de vida de los ancianos (Borges et al., 1994).

Utilizando como fuente principal de información las tabulaciones del INEGI y los certificados de defunción de la SSA, codificados por medio de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Borges y cols. (1994) realizaron varios análisis para evaluar el fenómeno del suicidio en la República Mexicana de 1970 a 1991, donde destaca un aumento de 282% en las defunciones por suicidio registradas para ambos sexos así como un aumento de 125% en la tasa de suicidios en hombres y mujeres, pasando de 1.13 en 1970 a 2.55 por cada 100,000 habitantes en 1991.

En cuanto a la edad, Borges y cols. (1996) encuentran que para 1991 el problema del suicidio era principalmente masculino, que la distribución del suicidio no es homogénea para todo el país (Tabasco reportando la tasa más alta en hombres y mujeres -9.31 en 1990- y la zona noroeste la de menor incidencia), y que la población más afectada es aquella mayor de 65 años, aunque encuentran incrementos constantes las tasas de la población más joven. Entre las limitaciones de las

fuentes de información empleadas, los autores mencionan que el hecho de que se haya registrado en el período de 1970 a 1991 más suicidios consumados que intentos de suicidio es erróneo y contrario a lo que indica la historia natural del fenómeno en el mundo; además, Borges y cols. (1996) encontraron que las dos fuentes dependientes del INEGI (los anuarios estadísticos y los certificados de defunción) no sólo no concuerdan entre sí sino que presentan tendencias contradictorias. Sin embargo, los certificados de defunción parecen ser los más apropiados para los autores para conocer el panorama del suicidio consumado en nuestro país a diferencia del uso de los anuarios estadísticos que tradicionalmente emplean la mayoría de los investigadores interesados en el tema del suicidio y en la descripción de la tendencia suicidógena en México.

De acuerdo a datos aportados por una encuesta nacional de salud mental en población urbana entre 18 y 64 años de edad, el 18% presentó trastornos afectivos, sobresaliendo la depresión, y el 1.6% comunicó haber intentado suicidarse (Medina-Mora, Rascón & Tapia, 1992). De acuerdo al sexo, las mujeres intentan con mayor frecuencia quitarse la vida que los hombres, pero éstos presentan mayor número de suicidios consumados (Saltijeral & Terroba, 1987; Medina-Mora, Rascón, & Tapia, 1992). En el Distrito Federal, Medina-Mora y cols. (1994) encontraron que 47% de estudiantes de enseñanza media y media superior (n=3,459) había presentado por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, 17% pensó en quitarse la vida. Asimismo, en tal estudio se encontró que la ideación suicida se presentó en una proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los varones, con pocas variaciones considerando la edad (13 y 19 años), y que los que tuvieron pensamientos suicidas consumían significativamente más drogas que los que no los presentaron.

En las Tablas 1.1, 1.2, 1.3 se presentan, respectivamente, las prevalencias de ideación suicida, intento suicida y factores asociados a la conducta suicida en población adolescente mexicana de los diferentes estudios revisados por Mondragón, Borges, y Gutiérrez (2001); los autores señalan que las prevalencias de ideación e intento de suicidio encontradas son similares a las observadas en otros países (Diekstra & Garnefski, 1995, en Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). Para el caso de la ideación suicida, las prevalencias internacionales van de 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y adultos mientras que en México el rango es de 1% a 40%; para intento de suicidio la prevalencia entre la población adolescente varía de 3.0% a 8.3% y en la literatura internacional de 2.2% a 20% entre la población adolescente y la adulta (ver Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

Tabla 1.1 Prevalencia de la ideación suicida en población adolescente estudiante.*

<i>Estudio</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Razón M/H</i>
Estudio en estudiantes universitario 1993 (18-20 años)	1.7	1.6	1.8	1.1
Encuesta Nacional de Adolescentes 1991 (12-19 años) D.F.	40.7	37.9	43.6	1.2
Encuesta de estudiantes en el D.F. 1997 (12-20 años)	8.8	7.3	10.2	1.4
Encuesta de estudiantes en Pachuca 1996 (10-22 años)	13.0	12.2	14.8	1.2
Encuesta de estudiantes del centro histórico D.F. 1999 (13-15 años)	11.3	7.5	15.9	2.1
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) Nacional	1.0	0.4	1.7	4.3
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) D.F.	1.4	0.3	2.4	8.0

* *Fuente:* Mondragón L, Borges G, & Gutiérrez R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental* 24(6), 4-15 p. 11

Tabla 1.2 Prevalencia de los intentos de suicidio en población adolescente estudiante.*

<i>Estudio</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Razón M/H</i>
Encuesta en estudiantes en el D.F. 1997 (12-20 años)	8.3	4.3	12.1	2.8
Encuesta en estudiantes, Pachuca 1996 (10-22 años) D.F.	10.1	6.3	13.3	2.1
Encuesta de estudiantes del centro histórico D.F. 1999 (13-15 años)	7.2	3.5	11.4	3.3
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) Nacional	1.4	0.4	2.4	6.0
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) D.F.	3.0	0.3	5.3	17.7

* *Fuente:* Mondragón L, Borges, & Gutiérrez R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental* 24(6), 4-15 p. 10

Tabla 1.3 Factores asociados a la conducta suicida en población adolescente estudiante.*

<i>Estudio</i>	<i>Intento de suicidio</i>	<i>Ideación suicida</i>
Encuesta en estudiantes universitarios 1993 (18-20 años)	-	Estrés social y respuestas de enfrentamiento
Encuesta Nacional de Adolescentes D.F. 1991 (12-19 años)	Sexo, estado civil y escolaridad	Sexo y edad
Encuesta en estudiantes en el D.F. 1997 (12-20 años)	Sexo	-
Encuesta en estudiantes, Pachuca 1996 (10-22 años) D.F.	Sexo, ideación suicida, sintomatología depresiva, consumo de alcohol, tabaco y drogas	Sexo
Encuesta de estudiantes del centro histórico D.F. 1999 (13-15 años)	-	-
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) Nacional		
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) D.F.		

* *Fuente:* Mondragón L, Borges G, & Gutiérrez R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental* 24(6), 4-15 p. 12

1.4 Epidemiología del suicidio adolescente en Estados Unidos.

El suicidio en los Estados Unidos se constituyó como la tercera causa de muerte entre los grupos de 10 a 14 años y el de 15 a 19 para el año 2000 (Anderson, 2002). Cada año, uno de cinco adolescentes en los Estados Unidos considera seriamente la opción del suicidio (Grunbaum et al., 2002): de 5 a 8% de la población adolescente norteamericana ha intentado suicidarse, representando aproximadamente un millón de jóvenes, de los cuales 700,000 reciben atención médica por su intento (Grunbaum et al., 2002); y aproximadamente 1,600 adolescentes mueren por suicidio (Anderson, 2002).

Después de un incremento de casi al triple en las tasas de suicidio adolescente en varones entre 1964 y 1988, el consistente aumento en las tasas de suicidio de adolescentes hombres blancos se detuvo; así, a mediados de los años noventa empezó a disminuir (Gould et al., 2003). Las tasas en varones afroamericanos, aun cuando son más bajas que las de los blancos, no muestran signos de estabilidad o decremento hasta 1995. Para ese año el decremento se uniformó e incluyó tanto a mujeres como a hombres blancos y afroamericanos. La tasa entre los varones blancos, de casi 20/100,000 en 1998 había caído a aproximadamente 14/100,000 para el año 2000 (Gould et al., 2003). Las razones para tal decremento no son claras, explican Robins y cols. (1996). Una de las más factibles para el incremento anterior es el efecto de una mayor exposición de la población adolescente a las drogas y al alcohol.

Mientras que las tasas de suicidio en Estados Unidos son bajas (1.5 por 100,000 en el grupo de 10 a 14 años y 8.2 por 100,000 en el de 15 a 19 años), cuando se incorpora la ideación y conducta suicida no letal, la magnitud del problema se hace evidente. El surgimiento de estudios entre la población general sobre la ideación e intento suicida ofrecen estimaciones más confiables de estas tasas (Andrews & Lewinsohn, 1992; Fergusson & Lynskey, 1995; Fergusson et al., 2000; Garrison et al., 1993; Gould et al., 1998; Grunbaum et al., 2002; Lewinsohn et al.; 1996; Roberts & Chen, 1995; Sourander et al., 2001; Swanson et al., 1992; Wichstrom, 2000; Windle et al., 1992). Entre estos estudios, el más amplio y representativo es la anteriormente ya mencionada encuesta de Comportamiento de Riesgo en Adolescentes (*Youth Risk Behavior Survey, YRBS*, por sus siglas en inglés) de Grunbaum y cols. (2002) llevado a cabo por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*). Esta encuesta sugiere que en el año anterior a su realización, el 19% de estudiantes de secundaria y preparatoria “habían considerado seriamente quitarse la vida”, casi el 15% habían planeado cómo hacerlo, el 8.8% reportó haber intentado suicidarse, mientras que el 2.6% tuvieron un intento que ameritó atención médica. Estos resultados son consistentes con aquellos citados en la literatura epidemiológica.

1.5 Estudios sobre el suicidio en México.

1.5.1 Algunos estudios sobre suicidio en población adulta.

En su estudio sobre la evolución de suicidio en México de 1970 a 1991, Borges y cols. (1994) presentan un panorama general de los estudios epidemiológicos realizados hasta entonces; de igual manera, Gómez-Castro y Borges (1996) analizaron las investigaciones y artículos publicados en México de 1966 a 1994, encontrando que la mayoría de los estudios abordan la problemática de los suicidios consumados a partir de la información de las estadísticas vitales; asimismo, señalan que son pocos los estudios realizados en los estados de la República Mexicana y que la mayoría se han hecho en el Distrito Federal y Guadalajara. Al respecto del suicidio consumado, Gómez-Castro y Borges (1996) mencionan se trata de un fenómeno relativamente poco frecuente en México así como muy poco estudiado; en su recopilación encontraron que existen estudios de tipo epidemiológico y aquéllos de revisión temática. En relación a los primeros, es importante señalar las dificultades metodológicas, entre ellas, las que corresponden a los registros estadísticos oficiales y su confiabilidad, a las definiciones ambiguas de la causa de muerte, las inhumaciones clandestinas, y principalmente al tabú social alrededor del suicidio.

En 1998, Jiménez y Díaz-Ceballos presentan una perspectiva del estado del conocimiento sobre el suicidio consumado, en la segunda línea de investigación identificada por Gómez-Castro y Borges (1996) de estudios temáticos sobre el suicidio en México, pero en este caso sobre suicidio consumado en el mundo. Los autores agrupan en cinco rubros los factores de riesgo del suicidio que se habían estudiado más hasta ese momento: (1) factores sociales, (2) trastornos psiquiátricos, (3) trastornos somáticos, (4) factores genéticos, y (5) factores biológicos. Después de una revisión muy general y limitada, Jiménez y Díaz (1998) concluyen que el suicidio, lejos de ser un simple acto voluntario es el resultado final de una compleja condición mórbida.

Mondragón y cols. (1998) analizaron la relación de la ideación suicida, variables sociodemográficas, desesperanza, y abuso de drogas y alcohol entre pacientes adultos hospitalizados (n=1,094) de 18 a 65 años. Los datos sociodemográficos, ideación suicida, abuso de sustancias, así como los síntomas psicológicos se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada; además, emplearon las Escalas de Desesperanza y de Ideación Suicida de Beck. Los autores compararon los casos de ideación suicida con los controles utilizando análisis univariado y múltiple de regresión logística para encontrar variables predictoras; encontraron que quienes tienen mayor riesgo para presentar ideación suicida fueron los pacientes entre 30 y 45 años, los pacientes divorciados o separados tienen un riesgo tres veces mayor mientras que el riesgo de los pacientes desempleados o jubilados es casi dos veces mayor. Respecto al uso de drogas y alcohol, encontraron riesgos incrementados y estadísticamente significativos en el diagnóstico de alcohol de por vida así como en problemas sociales de por vida por consumo de alcohol. De igual modo, los autores señalan que el riesgo de ideación suicida crece según se avanza en la escala de

desesperanza de Beck, y que el riesgo de presentar ideación suicida es casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, con menor riesgo entre los 46 y 65 años, y en las divorciadas o separadas. Finalmente, Mondragón y cols. (1998) comentan sobre la necesidad de crear programas de prevención para el comportamiento suicida, en especial la ideación suicida, sobre todo cuando los resultados en su estudio muestran una estrecha relación entre ésta y la desesperanza.

En otro estudio, Castelli y Serrano (1998) realizaron una encuesta a 142 pacientes (34 hombres y 108 mujeres) que acudieron al servicio de urgencias o al servicio de psiquiatría del Hospital Español de México por intento de suicidio en un periodo de dos años; tanto en hombres como en mujeres, fueron más frecuentes los casados y con educación preparatoria; 40 de los pacientes presentaban antecedentes médicos de importancia y el 82% tenía antecedentes psiquiátricos, siendo más frecuente la depresión seguida de trastornos de personalidad; además, la mitad de la muestra contaba con un intento previo de suicidio. Entre las causas del comportamiento suicida que encontraron Castelli y Serrano (1998) se hallan los problemas conyugales y familiares siendo el medio más frecuente la intoxicación; por último, señalan que la atención que se le ofrece al paciente suicida en hospitales psiquiátricos es frecuentemente azarosa concentrándose más en el problema físico que en el psicológico, y que al evaluar el mecanismo del intento de suicidio, el personal médico tiende a desestimar sus implicaciones, sugiriendo un abordaje institucional multidisciplinario.

En un estudio con cuatro comunidades del sur de la ciudad de México (Berenzon, Medina-Mora, López & González, 1998) se encontró que un grupo importante de la población estudiada (1,156 adultos, 48.1% hombres y 51.9% mujeres) presentó síntomas de ideación suicida; el 18.2% del total de mujeres y el 17.6% de los hombres pensaron mucho en la muerte; el 11.0% y el 8.1% respectivamente tenían deseos de morir. El 7% de las mujeres pensó en suicidarse y el 3% intentó quitarse la vida, mientras que el 5% de los hombres pensó en suicidarse y el 2% tuvo algún intento suicida. La hospitalización o la dificultad para realizar tareas cotidianas fueron los factores que sirvieron para conocer la intensidad o gravedad de los intentos de suicidio presentados en la muestra; el 30 y 1% de total de mujeres que intentaron quitarse la vida necesitaron hospitalización por la gravedad de las lesiones que se autoinfligieron y el 37% estuvo incapacitada para realizar sus labores cotidianas. Entre los varones, los porcentajes observados de acuerdo a los dos factores mencionados anteriormente fueron de 26.3% y 22.3%, respectivamente.

1.5.2 Algunos estudios sobre suicidio en población adolescente.

Desde la perspectiva psicosocial, se encuentran varios estudios sobre menores de edad que intentan suicidarse. González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996) revisan el panorama epidemiológico del acto suicida en México y en otros países entre la población adolescente y señalan algunos indicadores de riesgo identificados, como los trastornos psiquiátricos, los intentos de suicidio previos, y el consumo de alcohol y drogas.

Cap. 1: Dimensión y epidemiología del suicidio adolescente

En 1999, González-Forteza, Berenzon y Jiménez presentan una visión general de la conducta suicida en adolescentes mexicanos a partir de investigaciones realizadas en el país de 1987 a 1998. De igual manera, los autores proponen abordar el problema del suicidio adolescente desde una perspectiva psicosocial e identificar factores protectores y de riesgo. Al respecto, González-Forteza y cols. (1999) señalan que el principal factor de riesgo de suicidio entre los varones es el ambiente familiar mientras que para las mujeres lo constituyen además el sentirse en desventaja con las amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y la preferencia al aislamiento en situaciones problemáticas. Asimismo, los autores comentan que a partir de la revisión de la literatura realizada se vislumbra la necesidad de la investigación aplicada para diseñar y evaluar programas preventivos (p. ej., fomento de la salud emocional y detección temprana de los factores de riesgo) del comportamiento suicida, en particular para la población adolescente escolar.

González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999), por último, discuten las necesidades de atención en el campo de la prevención del riesgo suicida y la educación para la salud emocional adolescente bajo una perspectiva ecológica en cuatro niveles: (1) en el nivel macrosistema, orientar esfuerzos para desestigmatizar la conducta suicida para su detección oportuna; (2) en el exosistema, la revisión de la función de los medios masivos de comunicación en el reporte de suicidios y el efecto que éste tiene sobre la población adolescente para desencadenar oleadas de conducta suicida por imitación; (3) en el microsistema, hacia el entorno emocionalmente significativo como la familia y los grupos de pares con el propósito de incidir en los factores psicosociales de riesgo de conducta parasuicida; y, (4) por último, en el individuo, para desarrollar estrategias que fortalezcan los factores protectores en circunstancias de vida presentes y futuras.

Entre los estudios de prevalencia sobre la ideación suicida destacan los estudios de González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora (1998a) y González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez (1998b). En el primer estudio (González-Forteza et al., 1998a) se determinó la prevalencia de la ideación suicida así como el perfil sintomático de mujeres adolescentes estudiantes del Distrito Federal y pacientes por intento de suicidio; se encontró que la prevalencia de la presencia y de la persistencia de ideación suicida fue más elevada en la muestra clínica de las 30 adolescentes; en cuanto a las características sociodemográficas que distinguieron a las estudiantes con mayores puntuaciones de ideación suicida González-Forteza et al (1998a) hallaron las siguientes: el cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber interrumpido sus estudios. Entre las adolescentes que habían intentado suicidarse, tales características sociodemográficas distintivas fueron el vivir solas con uno de sus padres y pensar que su muerte sería posible.

En el segundo estudio (González-Forteza et al., 1998b) los autores analizaron los indicadores psicosociales predictores de la ideación suicida en dos generaciones de estudiantes de una universidad privada; hallaron que los síntomas de ideación suicida estaban presentes entre el 27 y 30% de estos estudiantes y que la autoestima resultó ser la variable de protección común a las dos generaciones de estudiantes; en cuanto a las variables predictoras de riesgo encontraron que el estrés social era común en los hombres de una de las generaciones y entre las mujeres ocurría lo

mismo en ambas generaciones; además, puntualizan en que la interacción de los factores de riesgo y protectores emerge una complicada red que requiere ser esclarecida para incidir adecuada y oportunamente en el malestar emocional, y donde es importante no solo involucrar al adolescente sino a su familia por igual.

Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas (1998) comentan sobre la utilidad de conocer el funcionamiento psicosocial tanto del menor de edad que intenta suicidarse como el de su familia, además de la percepción de ambos del evento. Señalan que en las menores de sexo femenino había una mayor tendencia al suicidio entre los doce y los catorce años; en la mayoría de los casos, se halló una disfunción psicológica en la familia, y tanto la disfunción psicosocial como los síntomas de ansiedad y depresión son reportados por el menor y sus padres. Encontraron, además, que los padres tenían mayor conciencia de la psicopatología del menor que el menor mismo, y a pesar de lo anterior no buscaron ayuda adecuada.

Loza, Lucio, y Durán (1998) establecen que es necesario realizar investigaciones de tipo clínico que permitan lograr una percepción alterna del problema del suicidio, que vaya más allá de la perspectiva epidemiológica; González-Forteza (1998), por su parte, comenta que el estado emocional de los adolescentes se encuentra asociado al impacto estresante de los problemas cotidianos, mediatizado por las características de personalidad (autoestima y locus de control) y del entorno social (relación con los padres y apoyo familiar) que actúan sobre las respuestas de enfrentamiento y sobre el estado emocional a corto plazo.

González-Macip y cols. (2000) evaluaron las características psicométricas de las Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) e identificaron la frecuencia de la ideación suicida así como las características clínicas en una muestra de 122 estudiantes universitarios que acudieron al Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Entre sus conclusiones, destacan la necesidad de estudios bietápicos (tamizaje y confirmación de casos) para la referencia posterior a los servicios de salud mental correspondientes.

González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora (2000) realizaron un estudio en una muestra representativa de 1848 estudiantes de nivel medio y medio superior, públicas y privadas, del ciclo escolar 1996-1997, de Pachuca, Hidalgo para conocer aspectos como el nivel socioeconómico, los hábitos alimenticios, y las actividades realizadas en el tiempo libre de aquellos adolescentes que habían intentado suicidarse (10.1%) en comparación con los que no reportaron intentos de suicidio. González-Forteza y cols. (2000) encontraron una proporción 2:1 a favor de las mujeres (13.3%) sobre los hombres (6.3%) en la muestra de estudiantes con intento de suicidio; la edad promedio en la cual se realizó el último intento o único intento suicida fue de 13 años.

Asimismo, los autores encontraron que el nivel socioeconómico no estaba relacionado con el intento de suicidio en la familia, que una cuarta parte de los que habían intentado suicidarse acostumbraba tomar sus alimentos solo, que practicaban menos deporte y salían a pasear con la familia en menor proporción que aquellos que no habían intentado quitarse la vida; otros datos importantes corresponden al porcentaje elevado de varones que habían intentado suicidarse y que

no hacen nada y se aburren durante su tiempo libre, al igual que el ir a beber con los amigos aunque las diferencias ni fueron significativas con los adolescentes sin intento de suicidio.

En cuanto al motivo del intento suicida, González-Forteza y cols. (2000) señalan que el 41% de los varones y el 44% de las mujeres reportó problemas familiares, superando a los problemas amorosos (26% hombres, 27% mujeres), a los problemas con los amigos (10% hombres, 7% mujeres), y a los problemas en la escuela (7% varones, 8% mujeres). En sus conclusiones, los autores resaltan la exposición del adolescente a la ausencia de contacto cotidiano afectivo en algo tan importante para la cultura mexicana como el compartir los alimentos o la convivencia en los espacios de esparcimiento familiar, haciéndolo más vulnerable; proponen en este sentido ofrecer más opciones de actividades, como las de grupo, a los adolescentes que han intentado suicidarse aunado a la concientización de la familia para evitar así conductas suicidas futuras (González-Forteza et al., 2000).

Conclusiones.

El problema del suicidio entre adolescentes se ha convertido en prioridad de salud pública en diferentes países desarrollados. En México se han llevado a cabo diferentes estudios para conocer la prevalencia de la ideación e intento entre jóvenes estudiantes; los resultados de tales investigaciones sugieren una tendencia al aumento junto con otros problemas de salud importantes, como el abuso de sustancias, que cada vez se presentan a una menor edad. Además de los datos epidemiológicos de ideación, intento y muerte por suicidio entre adolescentes en nuestro país, el foco de estudio abarca también la necesidad de evaluar el efecto de otras variables asociadas así como la implementación de programas de prevención a partir de algunos indicadores sociodemográficos y psicosociales ya identificados.

Capítulo 2:

Factores de riesgo y protección

2.1 Factores de riesgo.

En 1957, Robins y cols. realizaron un primer estudio sobre los aspectos clínicos del suicidio empleando técnicas similares a las de autopsia psicológica con personas cercanas a 134 suicidas en una ciudad de Estados Unidos por un año; encontraron que el 94% se trataba de sujetos con una enfermedad psiquiátrica, predominantemente depresión mayor (45%) o alcoholismo crónico (23%). A continuación, se mencionan aquellos factores de riesgo que se han encontrado y estudiado más ampliamente entre la población adolescente agrupados en cuatro áreas: características personales, características familiares, circunstancias de vida, y medio ambiente.

2.1.1 Características personales.

Psicopatología.

Más del 90% de los adolescentes suicidas han tenido al menos un trastorno psiquiátrico importante, aunque las víctimas de suicidio más jóvenes tienen tasas menores de psicopatología – alrededor de 60% (Beautrais, 2001; Brent et al., 1999; Groholt et al., 1998; Shaffer et al., 1996). Generalmente se intentará evaluar el riesgo de conducta suicida subsecuente al intento mediante la entrevista con el joven paciente en busca de factores de riesgo clínicos; en particular, se concentrará en signos asociados a trastornos psiquiátricos tales como depresión, abuso de sustancias, trastornos graves de la personalidad o esquizofrenia (Isometsä et al., 1995; Haw et al., 2001).

Los trastornos depresivos son consistentemente los trastornos más prevalentes entre las víctimas de suicidio adolescente, variando desde un 49 a un 64% (Brent et al., 1993a; Marttunen et al., 1991; Shaffer et al., 1996). El riesgo mayor de suicidio (razón de momios) para aquellos con un trastorno afectivo varía de un 11 a un 27% (Brent et al., 1988, 1993a; Groholt et al., 1998; Shaffer et al., 1996; Shafii et al., 1988). Las mujeres suicidas tienen más probabilidad que los hombres de haber padecido un trastorno afectivo (Brent et al., 1999; Shaffer et al., 1996).

Cabe señalar que aunque un tratamiento eficaz para el trastorno subyacente es importante, no necesariamente reduce la suicidalidad (Brent et al., 1997; Harrington et al., 1998). La

desesperanza se ha asociado con la suicidalidad (Howard-Pitney et al., 1992; Marcenko et al., 1999; Overholser et al., 1995; Rubenstein et al., 1989; Russell & Joyner, 2001; Shaffer et al., 1996); sin embargo, no se ha probado de manera consistente como un predictor independiente, una vez que se considera la depresión (Cole, 1988; Howard-Pitney et al., 1992; Lewinsohn et al., 1994; Reifman & Windle, 1995; Rotheram-Borus & Trautman, 1988).

El abuso de sustancias es otro factor de riesgo significativo, particularmente entre aquellos adolescentes suicidas hombres (Marttunen et al., 1991; Shaffer et al., 1996). Una alta prevalencia de comorbilidad entre trastornos afectivos y por uso de sustancias se ha encontrado consistentemente (Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996). Los trastornos de la conducta también son comunes en suicidas varones (Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996). Aproximadamente un tercio de los varones suicidas han tenido un trastorno de conducta, frecuentemente asociado a trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, o de abuso de sustancias (Gould et al., 2003).

Se han reportado resultados discrepantes en el caso del trastorno bipolar: Brent y cols. (1988, 1993a) reportan relativamente tasas mayores mientras que otros reportan pocos o ningún caso bipolar (Apter et al., 1993a; Marttunen et al., 1991; Rich et al., 1990; Runeson, 1989; Shaffer et al., 1994). A pesar del alto riesgo de suicidio entre los esquizofrénicos, tal padecimiento se asocia a muy pocos de todos los suicidios en adolescentes (Brent et al., 1993a; Shaffer et al., 1996).

Los problemas psiquiátricos y los perfiles diagnósticos por sexo de los adolescentes que ha intentado suicidarse son muy similares a los perfiles de aquéllos que consuman el suicidio (p. ej., Andrews & Lewinsohn, 1992; Beautrais et al., 1996, 1998; Gould et al., 1998). Sin embargo, a pesar del traslape entre la ideación y el intento suicida (Andrews & Lewinsohn, 1992; Reinherz et al., 1995) y la predicción significativa de intentos e ideación futura (Lewinsohn et al., 1994; McKeown et al., 1998; Reinherz et al., 1995), los perfiles diagnósticos de los que intentan e idean son de algún modo diferentes (Gould et al., 1998).

La dependencia/abuso de sustancias está más fuertemente asociada con los intentos de suicidio que con la ideación suicida (Garrison et al., 1993; Gould et al., 1998; Kandel, 1988). Estudios recientes han encontrado una asociación entre el trastorno de estrés postraumático y el comportamiento suicida entre adolescentes (Giaconia et al., 1995; Mazza, 2000; Wunderlich et al., 1988), pero en los estudios más grandes o representativos (Wunderlich et al., 1988) tal asociación no se mantuvo después de haber ajustado por problemas psiquiátricos comórbidos.

Los ataques de pánico también han sido reportados en asociación a un riesgo mayor de conducta suicida entre los adolescentes, aún después de ajustar por trastornos psiquiátricos comórbidos y factores demográficos (Gould et al., 1996; Pilowsky et al., 1999). Los hallazgos opuestos de Andrews y Lewinsohn (1992) pueden deberse a la especificidad del sexo en la asociación: los ataques de pánico pueden incrementar el riesgo suicida pero solamente en mujeres (Gould et al., 1996). En contraste, se han reportado resultados inconsistentes en la literatura sobre adultos suicidas (Jonson et al., 1990; Warshaw et al., 2000; Weissman et al., 1989).

Intentos previos de suicidio.

Una historia de intentos previos de suicidio es uno de los predictores más importantes de suicidio consumado, confiriéndole un riesgo particularmente alto para los varones (un incremento de 30 veces) y un riesgo menos elevado para las mujeres (tres veces más) (Shaffer et al., 1996). Entre un cuarto y un tercio de las víctimas de suicidio adolescente ha tenido un intento previo de suicidio (Groholt et al., 1997). Se han reportado asociaciones similares entre una historia de comportamiento suicida e intentos posteriores en las encuestas con la población general así como en estudios longitudinales (Lewinsohn et al., 1994; McKeown et al., 1998; Reinherz et al., 1995; Wichstrom, 2000) y muestras clínicas (Hulten et al., 2001; Pfeffer et al., 1991), con un riesgo para el intento que aumenta entre 3 y 17 veces para aquéllos con un comportamiento suicida previo.

Factores cognoscitivos y de personalidad.

Entre los primeros estudios que se realizaron en México con el MMPI-A con el propósito de identificar diferencias que personalidad y la ocurrencia de sucesos estresantes entre adolescentes con intentos suicidas está el estudio realizado por Loza, Lucio, y Durán (1998); encontraron que había diferencias tanto clínica como estadísticamente significativas entre ambos grupos, sobresaliendo principalmente las escalas F (Infrecuencia), 2 (Depresión), 4 (Desviación psicopática), 6 (Paranoia), y 8 (Esquizofrenia). El análisis cualitativo del perfil MMPI-A del grupo de adolescentes que había intentado suicidarse corroboró la presencia de rasgos depresivos, indicador asociado al intento de suicidio y estudiado ampliamente entre adolescentes mexicanos que exhiben algún tipo de conducta suicida (González-Forteza et al., 1995).

Las habilidades pobres para la resolución de problemas interpersonales también se han reportado como diferenciadores de jóvenes suicidas y no suicidas (Asarnos et al., 1987; Rotheram-Borus et al., 1990), aún después de ajustar por depresión (Rotheram-Borus et al., 1990). La resolución de problemas en el área social se ha encontrado como parcialmente mediadora de la influencia de estrés cotidiano sobre el suicidio, aunque el estrés se constituyó como un predictor más fuerte que las habilidades sociales (Chang, 2002). El comportamiento agresivo-compulsivo también se ha vinculado a la conducta suicida (Apter et al., 1993b; McKeown et al., 1998; Sourander et al., 2001). En un estudio realizado en una escuela finlandesa (Sourander et al., 2001), los niños agresivos de ocho años tenían más del doble de probabilidad de pensar en el suicidio o de intentarlo para cuando cumplían los 16 años.

Orientación sexual.

Estudios epidemiológicos longitudinales y de encuesta señalan un incremento de dos a seis veces en el riesgo de conducta suicida no letal para jóvenes homosexuales y bisexuales (Blake et al., 2001; Faulkner & Cranston, 1998; Garofalo et al., 1998; Remafedi et al., 1998; Russell y Joyner, 2001; ver McDaniel et al., 2001, para una revisión más amplia). En un estudio con una muestra representativa de cerca de 12,000 adolescentes, aquellos que reportaron una orientación

homosexual también mostraron tasas significativamente más altas de otros factores de riesgo suicida (Russell & Joyner, 2001). Después de ajustar para este tipo de riesgos, los efectos de una orientación sexual homosexual sobre el comportamiento suicida se mantuvieron, pero fueron substancialmente mediados por la depresión, el abuso del alcohol, una historia familiar de intentos, así como por victimización; de manera notable, la mayoría de los adolescentes que reportaron una orientación sexual hacia su mismo sexo no reportaron suicidalidad en absoluto: 84.6% de hombres y 71.7% de mujeres (Gould et al., 2003).

Factores biológicos.

En los últimos 25 años, una base de datos substancial se ha acumulado, indicando anormalidades en la función serotoninérgica en individuos suicidas así como en agresivos e impulsivos (Gould et al., 2003). Los estudios más recientes se concentran en índices simples de actividad serotoninérgica, tales como la reducida concentración de metabolitos de serotonina en el fluido cerebral y cerebroespinal (FCE) en víctimas de suicidio o entre aquellos que lo han intentado en comparación con controles apareados por edad y sexo (Oquendo & Mann, 2000).

Más recientemente, estudios neuroanatómicos han mostrado una reducción en la densidad general de receptores 1A de serotonina así como en receptores transportadores de serotonina (que regulan la recaptura de dicho neurotransmisor) en la corteza prefrontal. Arango y cols. (2001) encontraron reducciones significativas en el número y capacidad de unión de receptores 1A de serotonina en el núcleo dorsal del rafe, de donde surge la innervación de serotonina de la corteza prefrontal (Arango et al., 2001).

Para explicar el hallazgo frecuentemente reportado de que la desregulación de la serotonina está asociada con la suicidalidad independientemente del diagnóstico, Mann y cols. (1999) sugirieron que la desregulación es un rasgo biológico que predispone al suicidio –un modelo estrés-diátesis. De esta forma, una persona enferma mentalmente con la diátesis tiene más probabilidad de responder a experiencias estresantes de un modo impulsivo que pueda incluir la decisión de cometer suicidio. Por otra parte, los correlatos comportamentales de estados de baja serotonina manejan el supuesto de incluir irritabilidad, impulsividad, y volatilidad emocional; sin embargo, la mayoría de los estudios abordan el diagnóstico en lugar de síntomas específicos haciendo que tal correlación tenga que ser explorada aún en la población general (Gould et al., 2003). La ausencia de estudios representativos sugiere que ni el riesgo relativo de la disfunción serotoninérgica ni la fracción de suicidios atribuibles al déficit de serotonina se conozca realmente. Finalmente, la evaluación de la asociación del metabolismo de la serotonina con el suicidio ha estado ampliamente limitada a su estudio con adultos.

El riesgo de suicidio asociado con la historia familiar que se ha documentado (ver “Historia familiar del comportamiento suicida” más adelante) ha conducido hacia una investigación activa de los genes candidatos, intentando identificar qué factor suicidogenético puede ser heredable. Dada la cantidad de información recabada hasta el presente que señala hacia una reducción de la

neurotransmisión de serotonina en el suicidio, el objetivo de los estudios de correlación más recientes ha sido el polimorfismo en tres genes que tienen un papel importante en la regulación de la serotonina (Gould et al., 2003).

Uno de esos genes es la hidroxilasa triptofano (HT), la enzima que limita la tasa para la biosíntesis de serotonina. Estudios recientes (Mann & Staff, 1997; Nielsen et al., 1994, 1998) reportan una relación entre el intento de suicidio y un polimorfismo sobre el intrón 7 del gen HT. Desde entonces, un gran número de estudios con resultados consistentes se han llevado a cabo con pacientes suicidas que presentan diagnósticos diferentes con o sin suicidalidad. El estudio sobre suicidio adolescente Utah (Bennet et al., 2000) ha sido el principal que ha evaluado lo anterior entre adolescentes y que no ha encontrado tal asociación.

Existen varias posibles razones para tales hallazgos inconsistentes, incluida la probable heterogeneidad y complejidad del fenotipo suicida; que el efecto genético sea pequeño y requiera la evaluación de muestras grandes; o porque una sola variante genética sea menos importante que patrones de varianza (Marshall et al., 1999). La fundamentación a lo anterior se encuentra en los diversos análisis de haplotipos (los haplotipos son grupos de genes que se encuentran generalmente juntos) y que poseen un perfil distintivo entre los suicidas consumados (Turecki et al., 2001) y aquellos que lo intentan (Rotondo et al., 1999) en muestras en donde polimorfismos de un solo gen no difieren significativamente de los controles. Los otros dos genes candidatos que se han estudiado son el transportador de la serotonina (SERT) y el gen receptor A de la serotonina. Los polimorfismos en estos genes han sido reportados en intentos de suicidio y suicidios consumados (Arango et al., 2001; Courtet et al., 2001; Du et al., 2001; Neumeister et al., 2002).

Mientras que los hallazgos biológicos actuales tienen un impacto limitado en la práctica clínica, los resultados de Nordstrom y cols. (1994) sobre que los individuos que intentan suicidarse y que exhiben niveles bajos del ácido 5-hidroxiindoleacético CSF tienen una probabilidad significativamente mayor de intentos de suicidio posteriores o de consumarlo, asociado con la investigación sobre genes candidatos, puede eventualmente llevar a la prevención y predicción del suicidio a nuevos y más precisos niveles y/o llevar a intervenciones específicas que pudieran reducir el impacto del rasgo predisponente.

2.1.2 Características familiares.

Historia familiar de comportamiento suicida.

Una historia familiar de conducta suicida incrementa de modo importante el riesgo de suicidio consumado (Agerbo et al., 2002; Brent et al., 1988, 1994a, 1996; Gould et al., 1996; Shaffer, 1974; Shafii et al., 1985) y de intento de suicidio (Bridge et al., 1997; Glowinski et al., 2001; Jonson et al., 1998). Dado que el suicidio y el trastorno psiquiátrico casi siempre coexisten, ambos fenómenos

deben ser considerados sobre si una aparente familiaridad se refleja específicamente sobre el suicidio, o bien, si se trata de una asociación con la psicopatología o enfermedad psiquiátrica parental (Brent et al., 1996). Más recientemente, un estudio danés con datos del registro y estadísticas vitales de ese país (Agerbo et al., 2002) señala que el suicidio adolescente es cinco veces más probable en los hijos de madres y dos veces más probable en los hijos de padres que han cometido suicidio, después de ajustar por historia psiquiátrica parental.

El estudio de gemelos adolescentes de Missouri (Heath et al., 2002) aborda la cuestión de la herencia versus el ambiente entre jóvenes que han intentado suicidarse. Ciento treinta pares de gemelos adolescentes fueron afectados por un intento de suicidio dentro de una muestra representativa total de 3,416 gemelas adolescentes. Después de controlar otros factores de riesgo psiquiátricos, la razón de gemelo/co-gemelo fue de 5.6 (intervalo de confianza [IC] de 95%, 1.75-17.8) para monocigóticos y de 4 (95% IC 1.1-14.7) para los dicigóticos, sugiriendo un grado de heredabilidad para la suicidalidad (Glowinski et al., 2001).

Tal heredabilidad en adolescentes suicidas parece ganar más respaldo de un meta-análisis realizado por McGuffin y cols. (2001), quienes re-evaluaron un gran número de estudios publicados de datos con gemelos (de todas edades). Concluyeron que los parientes de primer grado de suicidas tienen más del doble del riesgo que la población general, con un aumento en el riesgo relativo de 11 entre co-gemelos suicidas idénticos, aproximadamente. La heredabilidad estimada para el suicidio consumado fue de 43% (95% ICs 25-60).

Psicopatología parental.

Las altas tasas de psicopatología parental, en particular de depresión y abuso de sustancias, se han encontrado asociadas con suicidio consumado (Brent et al., 1988, 1994a; Gould et al., 1996) así como con ideación e intento de suicidio en la adolescencia (p. ej., Fergusson & Lynskey, 1995; Joffe et al., 1988; Kazan et al., 1989). Brent y cols. (1994a) reportaron que una historia familiar de depresión y abuso de sustancias incrementaron significativamente el riesgo de suicidio consumado, aún después de ajustar por la psicopatología del suicida. Llegaron a la conclusión de que la psicopatología familiar se agrega al riesgo de suicidio por mecanismos diferentes al simple incremento de liability por psicopatología similar en el adolescente. En contraste, Gould y cols. (1996) encontraron que el impacto de la psicopatología parental no contribuyó al riesgo de suicidio adolescente después de controlar la psicopatología del propio adolescente. Hasta la fecha, no es claro de qué manera la psicopatología familiar incrementa el riesgo para el suicidio consumado.

Divorcio.

Existe una mayor probabilidad de muerte por suicidio entre aquellos adolescentes que provienen de familias con padres separados o divorciados (Beautrais, 2001; Brent et al., 1993a, 1994a; Gould et al., 1996; Groholt et al., 1998; Sauvola et al., 2001). Sin embargo, la asociación entre

separación/divorcio y suicidio disminuye cuando se toma en cuenta la psicopatología parental (Brent et al., 1994a; Gould et al., 1996).

De forma similar, aunque muchos estudios poblacionales han encontrado asociaciones univariadas significativas (p. ej., Andrews & Lewinsohn, 1992; Fergusson & Lynskey, 1995), tales asociaciones ya no resultan evidentes o están marcadamente atenuadas una vez que los factores psicosociales de riesgo se toman en cuenta (p. ej., Beautrais et al., 1996; Fergusson et al., 2000; Groholt et al., 2000).

Relaciones padre-hijo.

Las relaciones padre-hijo disfuncionales se han asociado a un riesgo aumentado de suicidio e intento de suicidio entre adolescentes (Beautrais et al., 1996; Brent et al., 1994a, 1999; Fergusson & Lynskey, 1995; Fergusson et al., 2000; Gould et al., Lewinsohn et al., 1993, 1994; McKeown et al., 1998; Tousignant et al., 1993). No obstante, debido a que un trastorno psiquiátrico subyacente en el adolescente puede precipitar la disfunción en la relación padre-hijo, se hace necesario separar dicho factor. Mientras que Gould y cols. (1996) encontraron que las víctimas de suicidio aún mostraban una comunicación con sus padres significativamente menos frecuente y satisfactoria que los controles, incluso después de ajustar por sus respectivos trastornos psiquiátricos, otros autores han hallado que las asociaciones entre conducta suicida no letal y una cohesión y relación familiar pobres no existen de forma independiente a los problemas psicológicos del adolescente (Fergusson et al., 2000; McKeown et al., 1998). Igualmente, el conflicto padre-hijo ya no se ha encontrado asociado con suicidio consumado (Brent et al., 1994a) o intento de suicidio (Lewinsohn et al., 1993) una vez que se incluye la psicopatología del adolescente.

2.1.3 Circunstancias de vida adversas.

Sucesos de vida estresantes.

La influencia de los sucesos estresantes de vida como detonadores de la conducta suicida entre los adolescentes se ha estudiado ampliamente (Barrera et al., 1993; Farmer & Creed, 1989; Gisper et al., 1985), sobre todo porque éstos contribuyen a una mejor evaluación del adolescente que ha intentado suicidarse y donde cuestiones como qué sucesos estresantes vive o ha vivido el adolescente últimamente, o cómo influyen estos sucesos estresantes en la conducta del adolescente son fundamentales en el abordaje clínico del fenómeno del suicidio (Gisper et al., 1985)

Los estresores cotidianos, tales como las pérdidas interpersonales (p. ej., rompimiento con la pareja) al igual que problemas legales o de conducta, se asocian con suicidio consumado (Beautrais, 2001; Brent et al., 1993c; Gould et al., 1996; Marttunen et al., 1993; Rich et al., 1988;

Runeson, 1990) e intento de suicidio (Beautrais et al., 1997; Fergusson et al., 2000; Lewinsohn et al., 1996), aún después de ajustar por psicopatología (Brent et al., 1993c; Gould et al., 1996) o por factores antecedentes de tipo social, familiar o personal (Beautrais et al., 1997).

La prevalencia de estresores específicos entre víctimas de suicidio varía de acuerdo a la edad: el conflicto padre-hijo es un precipitante más común entre los adolescentes suicidas más jóvenes, mientras que las dificultades románticas son más comunes en los adolescentes mayores (Brent et al., 1999; Groholt et al., 1998), las crisis legales o disciplinarias son más frecuentes en las víctimas con trastornos disruptivos (Brent et al., 1993c; Gould et al., 1996), así como los trastornos por abuso de sustancias (Brent et al., 1993c). El abuso en la escuela (*bullying*, en inglés) ya sea como víctima o como perpetrador, ha demostrado recientemente que aumenta el riesgo de ideación suicida (Kaltiala-Heino et al., 1999).

Loza, Lucio y Durán (1998) reportan que el suceso estresante previo al intento suicida más reportado fue el de dificultades principalmente con la madre, dentro del área familiar del Inventario de Sucesos de Vida (Lucio & Durán, 2003), en concordancia con lo encontrado por estudios que también evalúan el impacto de los sucesos estresantes y su relación con el intento de suicidio (de Wilde & Kienhorst, 1992).

Abuso físico.

La asociación entre abuso físico y suicidio reportada en estudios de autopsia psicológica empleando casos y controles (Brent et al., 1994a, 1999) se ha replicado en estudios longitudinales prospectivos (Brown et al., 1999; Jonson et al., 2002; Silverman et al., 1996), los cuales se constituyen como el diseño metodológico más riguroso para evaluar este punto. El abuso físico infantil se ha encontrado relacionado con un riesgo de intento de suicidio aumentado en la adolescencia posterior y en la adultez joven, incluso después del ajuste por características demográficas, sintomatología psiquiátrica durante la infancia y primera etapa de la adolescencia, así como por trastornos psiquiátricos parentales (Jonson et al., 2002).

En tal estudio se encontró que las dificultades interpersonales durante la mitad de la adolescencia, tales como pleitos frecuentes con adultos y compañeros, además de no tener amigos cercanos, mediaban la asociación entre abuso infantil e intentos de suicidio posteriores (Jonson et al., 2002). Jonson y cols. (2002) señalan que los niños que han sido abusados físicamente pueden presentar dificultades en el desarrollo de las habilidades sociales necesarias para relaciones interpersonales saludables, lo que a su vez conduciría al aislamiento social y/o interacciones antagonistas con otros, y por ende, situándolos en un riesgo mayor de conducta suicida.

Abuso sexual.

Los estudios longitudinales de comunidad son estudios que también siguen un diseño metodológico riguroso para evaluar la asociación entre el abuso sexual infantil y la subsecuente

suicidalidad debido a las serias dificultades en el recuento de tales eventos (Gould et al., 2003). Dos estudios, por ejemplo, indican que el abuso sexual autoreportado está significativamente asociado con un riesgo mayor de conducta suicida en la adolescencia (Fergusson et al., 1996; Silverman et al., 1996). Ya que el abuso sexual infantil se ha relacionado con otros factores de riesgo documentados para el suicidio (p. ej., abuso parental de sustancias), se hace necesario el control de tales factores. Fergusson y cols. (1996) encontraron que la asociación entre abuso sexual infantil y suicidalidad, después de controlar un amplio rango de factores potencialmente confusores, se reducía considerablemente pero no desaparecía (sugiriendo así que el riesgo aumentado de suicidio por abuso sexual puede ser parcialmente, mas no por completo, explicado por otros factores).

2.1.4 Factores socioambientales y contextuales.

Nivel socioeconómico.

Los estudios sobre víctimas de suicidio generalmente indican que la adversidad socioeconómica no tiene efectos o presenta un efecto muy pequeño sobre el fenómeno suicida (Agerbo et al., 2002; Brent et al., 1988). Específicamente, Agerbo y cols. (2002) señalan que el efecto de la adversidad socioeconómica decrementa después del ajuste por historia familiar de enfermedad mental o suicidio. Gould y cols. (1996) encontraron que para las víctimas de suicidio de raza blanca o para los latinos no se presentan efectos por el bajo nivel socioeconómico, y que en el caso de los afroamericanos, éstos tenían un nivel significativamente más alto que sus contrapartes en la población general. Los adolescentes que intentan suicidarse, en comparación con sus controles, muestran consistentemente índices mayores de desventaja sociodemográfica, aún después de controlar otros factores de riesgo de tipo social y psiquiátrico (Beautrais et al., 1996; Fergusson et al., 2000; Wunderlich et al., 1998). En un estudio más reciente, Rehkopf y Buka (2005) hablan de una heterogeneidad de asociaciones entre riesgo suicida y características socioeconómicas donde se observan tasas menores en áreas socioeconómicas altas, por ejemplo. Estos autores hacen notar entonces que los recursos preventivos deberían orientarse hacia aquellas áreas de alta deprivación o pobreza así como alto desempleo.

Problemas en la escuela y el trabajo.

Las dificultades escolares, el no trabajar o no estar en la escuela, o no tener planes para ir a la universidad representan riesgos importantes para el suicidio consumado (Gould et al., 1996). Beautrais y cols. (1996) reportaron que aquellos adolescentes que habían tenido un intento de suicidio serio tenían una mayor probabilidad de desertar de la escuela o de no ir a la universidad, mientras que Wunderlich y cols. (1998) reportaron que los adolescentes alemanes que abandonaban la escuela tenían 37 veces más probabilidad de intentar suicidarse, aún después del ajuste por factores de riesgo sociales o diagnósticos.

Contagio/Imitación.

Gould y cols. (2003) señalan que se continua amasando la evidencia de estudios sobre suicidios en grupo o colectivos al igual que el impacto de los medios. Varias investigaciones señalan la relevancia de suicidios en grupo en adolescentes y adultos jóvenes, definidos por factores temporal-espaciales (Brent et al., 1989; Gould et al., 1990a, b, 1994). Se han reportado también patrones relacionados con la edad en grupos de intento de suicidio (Gould et al., 1994). Desde 1990 el efecto de los medios de comunicación sobre las tasas de suicidio se han documentado en otros países además de los Estados Unidos, incluyendo Australia (p. ej., Hassan, 1995), Austria (p. ej., Etzersdorfer et al., 1992), Alemania (p. ej., Jonas, 1992), Hungría (p. ej., Fekete & Macsai, 1990), y Japón (Ishii, 1991; Snack, 1996), agregándose a otros trabajos previos a 1990 en los Estados Unidos en artículos de periódicos, reportes de noticias en televisión, así como dramatizaciones ficticias. De modo general, la magnitud del aumento del fenómeno suicida sugiere ser proporcional a la cantidad, duración, y prominencia de la cobertura de los medios y al impacto de las historias de suicidio sobre suicidios consumados posteriores parece ser mayor para la población adolescente (Gould, 2001; Schmidtke & Schaller, 2000; Stack, 2000).

La revisión de Stack (2000) de 293 resultados de 42 estudios sugiere que las diferencias metodológicas entre tales investigaciones son predictores importantes para estas diferencias. Por ejemplo, en un estudio más reciente (Mercy et al., 2001) se encontró que la exposición a los reportes de medios masivos de conductas suicidas y a comportamientos suicidas en amigos o conocidos se asoció a un riesgo bajo o menor de intentos de suicidio entre adolescentes dado que (1) el factor de exposición a los medios se constituyó como un conglomerado de distintos tipos de historias; (2) aquéllos que habían intentado suicidarse podrían haber tenido menor exposición a los medios de modo general (p. ej., haber leído menos libros o menos periódicos, etc.); (3) estos adolescentes habían tenido significativamente más estresores proximales, posiblemente atenuando la recolección de exposición a los medios; (4) el tiempo de exposición fue dentro de un intervalo de 30 días, en contraste con la mayoría de los otros estudios, los cuales consideraron un intervalo mucho menor después de la exposición; y, (5) casi la mitad de la muestra tenía entre 25 y 34 años de edad, un sector que no es particularmente sensible a la imitación.

Por otro lado, el estudio de Gould (2001) discute la existencia de un cúmulo de factores interactivos que puede moderar el impacto de los reportajes de los medios masivos de comunicación, incluyendo las características de tales historias, los atributos individuales del lector/televidente, al igual que el contexto social de estas historias.

2.2 Factores protectores.

La identificación de factores protectores potencia el esfuerzo de la prevención ya que éstos, al interactuar con los factores de riesgo, minimizan el trastorno emocional directamente, ya sea porque disminuyen el nivel del trastorno o porque previenen la incidencia de otros factores o indicadores de riesgo (Cohen et al., 1990; Garmezy, 1985). Respecto a la adaptabilidad o “resiliencia”, ésta se conceptualiza como la capacidad del individuo para enfrentarse y manejar mejor que lo esperado con un estrés de naturaleza y duración significativas; se presupone que los individuos adaptables o “resilientes” han desarrollado mecanismos protectores de la vulnerabilidad causada por factores de riesgo (Compas, Hinden & Gerhardt, 1995).

En comparación con la enorme investigación sobre factores de riesgo en las poblaciones jóvenes para desarrollar conductas suicidas se ha realizado relativamente poco en la identificación de factores individuales, familiares y comunitarios que puedan proteger contra el desarrollo de riesgo suicida (Spirito & Overholser, 2003).

A pesar de que existe un interés creciente sobre este tema, la evidencia de la que se dispone sobre “resiliencia” o factores protectores para el comportamiento suicida es, hasta ahora, limitada por lo que sus hallazgos deben ser considerados como tentativos (Gould et al., 2003; Shaffer & Pfeffer, 2001).

Cohesión familiar.

La cohesión familiar se ha reportado como un factor protector para el comportamiento suicida entre adolescentes en un estudio longitudinal de estudiantes de secundaria (McKeown et al., 1998), en estudios comunitarios transversales de secundarias y preparatorias (Rubenstein et al., 1989, 1998), y entre estudiantes universitarios (Zhang & Jin, 1996). Los alumnos que describieron su vida familiar en términos de un desenvolvimiento mutuo, intereses compartidos, y apoyo emocional, tenían de 3.5 a 5.5 menos probabilidad de ser suicidas que aquellos alumnos de familias con menor cohesión pero con los mismos niveles de depresión o estrés (Rubenstein et al., 1989, 1998).

Religiosidad.

Desde la formulación de Durkheim (1897/2002) de un modelo de integración social, el papel protector de la religiosidad para el suicidio ha sido objeto de estudio en años recientes (p. ej., Hovey, 1999; Lester, 1992; Neeleman, 1998; Neeleman & Lewis, 1999; Sorri et al., 1996; Stack, 1998; Stack & Lester, 1991). Como se mencionó previamente, una religiosidad alta se ha asociado con un valor protector contra el suicidio entre afroamericanos. Sin embargo, no es sino hasta recientemente que dicho valor protector contra el comportamiento suicida (Hilton et al., 2002; Siegrist, 1996; Zhang & Jin, 1996) y contra la depresión (Miller et al., 1997b) se ha documentado entre adolescentes y adultos jóvenes. Desafortunadamente, señalan Gould y cols. (2003), estas investigaciones no hacen

ningún ajuste a confusores potenciales, como el abuso de sustancias, que puede ser menos prevalente entre adolescentes con alto sentido de religiosidad.

Conclusiones.

Se necesita mayor investigación sobre los factores protectores y procesos de resiliencia dentro de las escuelas, empezando por el estudio de estilos de afrontamiento y recursos emocionales entre aquellos adolescentes expuestos a los factores presentados en este capítulo. Cabe destacar que dentro de los factores de protección, tanto la cohesión familiar como la religiosidad están ligadas a otros aspectos socioculturales que en nuestro país poco se han estudiado en asociación al riesgo suicida desde la perspectiva del propio adolescente. Finalmente, el papel de la escuela tanto como ambiente de riesgo y entorno protector debe estudiarse más ampliamente y no solo en relación al suicidio sino también de otros problemas emocionales.

Capítulo 3:

Estrategias de prevención y tratamiento

Las estrategias de prevención para el suicidio adolescente han sido principalmente implementadas dentro de tres dominios (la escuela, la comunidad y los sistemas de salud), y generalmente tienen uno de los dos objetivos generales siguientes: la identificación de casos acompañado de un sistema de referencia y el tratamiento o reducción de factores de riesgo (CDC, 1994; Gould & Kramer, 2001; Gould et al., 2003). Kessler, Borges y Walters (1999) señalan que la prevención del suicidio debería dirigirse a quienes lo han planeado, ya que la sola ideación no es un indicador fuerte de riesgo.

Sobre los esfuerzos preventivos en México, González-Forteza y Jiménez (1995) señalan que para que éstos sean eficaces es necesaria una comunicación adecuada entre quienes toman decisiones políticas, aquéllos que ejercen los programas de prevención y los que realizan investigación al respecto. Asimismo, para prevenir el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes se requiere de aproximaciones por género que satisfagan sus necesidades psicosociales (González-Forteza, Jiménez & Gómez, 1995). Además, se hace la recomendación de la intervención en las escuelas con personal ajeno a las mismas con el fin de que los adolescentes puedan confiar, sin influir en su desempeño o historial académico (González-Forteza & Ramos-Lira, 2001). Finalmente, González-Forteza y cols. (2002) señalan la importancia de incluir en los diseños de estrategia de intervención la perspectiva de género así como la transición de la investigación descriptiva a la evaluativa. Lo anterior como medio de acceso al campo de la prevención primaria (con la identificación de factores protectores) y secundaria (a través de la identificación de factores de riesgo).

3.1 Programas de prevención del suicidio en escuelas.

3.1.1 La sensibilización al suicidio dentro del programa escolar.

Estos programas buscan incrementar el nivel de alerta del comportamiento suicida para facilitar la comunicación y preparar al adolescente en la identificación de compañeros en riesgo y emprender una acción responsable (Kalafat & Elias, 1994). La lógica subyacente de estos programas

es que los adolescentes buscarían en mayor medida en otros adolescentes que en adultos el apoyo para lidiar con sus pensamientos suicidas (Hazell & King, 1996; Kalafat & Elias, 1994; Ross, 1985).

Varios estudios han evaluado a estos programas en la década pasada (Ciffone, 1993; Kalafat & Elias, 1994; Kalafat & Gagliano, 1996; Shaffer et al., 1991; Silbert & Berry, 1991; Vieland et al., 1991). Mientras que en algunas estudios reportan mejoría en el conocimiento sobre la conducta suicida (Kalafat & Elias, 1994; Silbert & Berry, 1991), cambio en las actitudes (Ciffone, 1993, Kalafat & Elias, 1994; Kalafat & Gagliano, 1996), o cambios en la conducta de buscar ayuda (Ciffone, 1993), otros estudios no reportan beneficio alguno (Shaffer et al., 1990, 1991; Vieland et al., 1991), o bien, han encontrado efectos en detrimento de la prevención en aquellos programas educativos (Overholser et al., 1989; Shaffer et al., 1991).

Entre tales efectos negativos se incluye un decremento en actitudes deseables (Shaffer et al., 1991); una reducción en la probabilidad de recomendar evaluaciones de profesionales de la salud mental para un amigo suicida (Kalafat & Elias, 1994); mayor desesperanza y respuestas de afrontamiento disfuncionales entre varones después de la exposición a los programas escolares (Overholser et al., 1989); y, reacciones negativas entre los estudiantes con una historia de conducta suicida, incluyendo su desaprobación y no recomendación del programa a otros estudiantes además de sentir que hablar del suicidio en el salón de clases “hace que algunos chicos piensen más en matarse” (Shaffer et al., 1990).

Otras limitaciones de esta estrategia son que el conocimiento, actitudes, o datos de línea base de los adolescentes no son enteramente confiables (Kalafat & Elias, 1994; Shaffer et al., 1991), que los cambios en actitudes y conocimiento no necesariamente se correlacionan con el cambio conductual (Kirby, 1985; McCormick et al., 1985), y que el formato y contenido de algunos programas puede inadvertidamente estimular la imitación (Gould, 2001).

Hasta la fecha existe evidencia insuficiente para apoyar o no a los programas de alerta y sensibilización al suicidio dentro de las escuelas (Guo & Harstall, 2002). Al mismo tiempo, se ha puesto especial énfasis hacia estrategias escolares alternativas (Gould et al., 2003) y que a continuación se presentan.

3.1.2 Entrenamiento de habilidades.

En contraste con la *sensibilización* al suicidio dentro del programa escolar, los programas de entrenamiento de habilidades enfatizan el desarrollo de habilidades para resolver problemas, de afrontamiento, y habilidades cognitivas entre adolescentes suicidas que se ha visto presentan déficits en tales áreas (p. ej., Asarnos et al., 1987; Cole, 1989; Rotheram-Borus et al., 1990). En tales programas se espera que se produzca un efecto “inmunizador” contra los sentimientos y comportamientos suicidas. Igualmente, se busca la reducción de los factores de riesgo para el suicidio (como la depresión, la desesperanza o el abuso de sustancias).

Diversos estudios de evaluación han sugerido resultados promisorios con alguna evidencia sobre la reducción entre suicidios consumados e intentos de suicidio (Zenere & Lazarus, 1997) así como en cambios en actitudes, emociones, y habilidades para afrontar sucesos estresantes (Klingman & Hochdorf, 1993; Orbach & Bar-Joseph, 1993). Las evaluaciones más sistematizadas se han llevado a cabo por un grupo de investigadores (Eggert et al., 1995; Randell et al., 2001; Thompson et al., 2000, 2001) que se ha concentrado en el entrenamiento de habilidades y programas de apoyo social para alumnos en riesgo alto de deserción o fracaso escolar. La promoción de factores protectores y la reducción de los factores de riesgo seguidos de intervenciones “activas” se han encontrado como efectivas, mientras que la situación de control de “tratamiento habitual” no generó un incremento de los factores protectores. No obstante, el “tratamiento habitual” en algunas ocasiones produjo reducciones significativas en las conductas de riesgo suicida (Eggert et al., 1995; Randell et al., 2001), por lo que no está claro qué aspectos de los programas de entrenamiento de habilidades son atribuibles a la reducción del riesgo, limitación encontrada en otros estudios por igual (Zenere & Lazarus, 1997). Mientras que estos estudios han arrojado datos positivos, se necesita investigación adicional para refinar la evaluación de este tipo de intervención.

3.1.3 Estrategias de tamizaje.

Una estrategia de intervención que ha recibido mucha atención es la detección de casos a través del tamizaje directo de individuos. El auto reporte y las entrevistas individuales se emplean para identificar aquellos adolescentes en riesgo de conducta suicida (Joiner et al., 2002; Reynolds, 1991; Shaffer & Craft, 1999; Thompson & Eggert, 1999). El tamizaje de la población escolar, incluyendo evaluaciones multifásicas, se ha enfocado en aspectos como depresión, problemas con el abuso de sustancias, ideación suicida reciente y frecuente, así como intentos de suicidio previos. Los pocos estudios que han evaluado la eficacia del tamizaje en escuelas (Reynolds, 1991; Shaffer & Craft, 1999; Thompson & Eggert, 1999) sugieren que la sensibilidad de los tamizajes varía de un 83% al 100%, mientras que la especificidad tuvo un rango de 51% al 76%. De esta manera, mientras que se encontraron pocos falsos negativos, hubo más falsos positivos. Aunque el número de falsos positivos podría minimizarse mediante el empleo de un criterio de punto de corte más estricto, la seriedad de no identificar un individuo suicida limita este esquema.

Es esencial entonces que en estas estrategias haya una tolerancia para los falsos positivos (Thompson & Eggert, 1999), haciendo necesarias evaluaciones en una segunda etapa para determinar quien realmente no está en riesgo de suicidio. Las evaluaciones post tamizaje generalmente utilizan evaluaciones clínicas sistemáticas, mediante entrevistas como la Entrevista para Conductas Suicidas (Reynolds, 1990) o la Entrevista Diagnóstica Estructurada para Niños (*DISC*, por sus siglas en inglés), actualmente disponible en una versión hablada y de auto reporte (*Voice-DISC*, en inglés) por Shaffer & Craft (1999).

Gould y cols. (2003) indican que, aún cuando la estrategia de tamizaje parece ser promisoriosa, existe un número de cuestiones que necesitan ser resueltas. Primero, ya que el riesgo suicida “va y viene” a través del tiempo, se pueden necesitar tamizaje múltiples para minimizar los “falsos-

negativos” (Berman & Jobes, 1995). Segundo, los tamizajes llevados a cabo con toda la población escolar han sido calificados por los directores de escuelas secundarias y preparatorias como significativamente menos aceptables que los programas integrados en la currícula escolar o en los servicios de orientación o psicología escolar, aunque la mayoría de los encuestados en este estudio han tenido poca o nula exposición a los programas de tamizaje (Miller et al., 1999). Finalmente, el éxito de estas estrategias depende de la efectividad de la referencia al tratamiento. Se deben entonces hacer esfuerzos considerables para ayudar a los adolescentes y a sus familias en obtener la ayuda necesaria.

3.1.4 Entrenamiento de guardianes (gatekeeper).

Los programas de entrenamiento para el personal escolar como guardianes (*gatekeeper*, en inglés) se basan en la premisa de que los adolescentes suicidas no son siempre bien identificados y que por tanto se puede mejorar la identificación al entrenar al personal adulto con información sobre el suicidio. Solo el 9% de una muestra aleatoria nacional (estadounidense) de maestros de secundaria y preparatoria cree que podría reconocer a un estudiante en riesgo de suicidio, y mientras que la mayoría de los orientadores conocía los factores de riesgo para el suicidio, solo uno de cada tres cree que podría identificar algún alumno en riesgo suicida (King et al., 1999).

El propósito del entrenamiento de guardianes es el de desarrollar el conocimiento, actitudes y habilidades para identificar estudiantes en riesgo, determinar el nivel de riesgo, y hacer la referencia cuando sea necesario (Garland & Zigler, 1993; Kalafat & Elias, 1995). La investigación en torno a la efectividad de este tipo de entrenamiento es limitada aunque los resultados son motivadores y mejorías importantes en la información, actitudes, habilidades de intervención, preparación para enfrentar una crisis, y la práctica de la referencia entre el personal escolar (Garland & Zigler, 1993; King & Smith, 2000; Mackesy-Amiti et al., 1996; Shaffer et al., 1988; Tierney, 1994), al igual que un sentimiento de satisfacción general con el entrenamiento (Nelson, 1987).

Como se hizo notar previamente, los programas de entrenamiento para personal escolar son significativamente más aceptados por los directivos que aquellos programas de tamizaje que incluyen a la población escolar completa (Miller et al., 1999). Lo anterior es consistente con el resultado de que un 46% de los distritos escolares en Washington tienen programas de entrenamiento de guardianes mientras que ningún distrito emplea el tamizaje grupal de alumnos (Hayden & Lauer, 2000).

3.1.5 Apoyo de los pares.

La lógica subyacente a estos programas es similar a la de los programas de sensibilización al suicidio: es más probable que los adolescentes suicidas confíen en un compañero que en un adulto (p. ej., Kalafat & Elias, 1994). El papel que los compañeros tienen varía considerablemente de acuerdo al programa, con algunos donde tal rol se limita a escuchar y reportar cualquier signo o

señal de alerta posible y otros donde se involucran algunas responsabilidades de consejería. Muchos programas se dirigen a varios problemas importantes de salud mental, como el abuso de sustancias, trastornos alimentarios y depresión, con un 24% de programas en el estado norteamericano de Washington incluyendo algún papel en la prevención del suicidio (Lewis & Lewis, 1996). Las evaluaciones empíricas de tales programas son muy limitadas (Lewis & Lewis, 1996) y generalmente se restringen a medidas de satisfacción por parte de los alumnos (Morey et al., 1993). Los potenciales efectos secundarios negativos raramente se han evaluado. Hasta la fecha, no existe evidencia suficiente para documentar la eficacia o seguridad de estos programas de apoyo por parte de los compañeros, aún a pesar de su amplio empleo (Lewis & Lewis, 1996).

3.1.6 Intervención en crisis y postvención.

La dinámica de las intervenciones en crisis o postvención en las escuelas se basa en el supuesto de que una respuesta oportuna hacia la crisis suicida o un suicidio podría reducir la morbilidad o mortalidad subsecuente por parte de otros estudiantes, incluyendo suicidalidad, la aparición o exacerbación de trastornos psiquiátricos (p. ej., trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor), y otros síntomas relacionados con el duelo patológico (Brent et al., 1993b, e, 1994b). Los objetivos principales de los programas de postvención son el ayudar a los sobrevivientes en el proceso de duelo, identificar y referir aquellos individuos que se encuentren en riesgo suicida, el proveer información precisa sobre el suicidio al mismo tiempo que se pretender minimizar el contagio suicida, e implementar estructura para los esfuerzos preventivos existentes (Hazell, 1993; Underwood & Dunne-Maxim, 1997).

La investigación existente sobre los programas de postvención en las escuelas es escasa (Gould et al., 2003). Hazell y Lewin (1993) revisaron la eficacia de sesiones de consejería de 90 minutos que se ofrecieron a grupos de 20 a 30 alumnos en el séptimo día después de un suicidio. No se reportaron diferencias en los resultados entre los estudiantes con la sesión de consejería y los controles apareados. No se estableció con claridad si este hallazgo se debió a los criterios de inclusión para la consejería de postvención (amigos cercanos del alumno suicida), la intervención en sí misma, o la duración del malestar, o bien, si los efectos a corto plazo se disiparon por la evaluación a ocho meses después de la muerte por suicidio.

Un estudio interesante, aunque limitado en tamaño y metodología, es el de Poijula y cols. (2001) donde se encontró que no hubo suicidios durante el periodo de seguimiento de 4 años en aquellas escuelas donde se llevó a cabo una intervención adecuada mientras que en las escuelas donde no se llevó a cabo ninguna intervención en crisis o postvención el número de suicidios se incrementó significativamente después de una muerte o varias por suicidio. Es imperativo que las estrategias de intervención en crisis estén bien planeadas y sean evaluadas, de otro modo, no solamente podrían no ayudar a los sobrevivientes de un suicidio sino que podrían potencialmente exacerbar la problemática mediante la inducción de la imitación.

3.2 Programas comunitarios de prevención del suicidio.

3.2.1 Centros de crisis y líneas telefónicas de ayuda (hotlines).

La lógica de las líneas telefónicas de ayuda o crisis –hotlines, *en inglés*, (Mishara & Daigle, 2001; Shaffer et al., 1988; Shneidman & Farberow, 1957) es que el comportamiento suicida se asocia frecuentemente a una crisis (Brent et al., 1993c; Gould et al., 1996; Marttunen et al., 1993; Rich et al., 1988; Runeson, 1990) y que los servicios telefónicos para crisis pueden ofrecer la oportunidad para apoyo inmediato en estos episodios críticos al ofrecer servicios que son convenientes, accesibles, y disponibles fuera de los horarios de oficina habituales.

La evidencia sobre la eficacia en el suicidio adulto es contradictoria de acuerdo a Lester (1997), y pocos estudios han evaluado la utilidad o eficacia de estas líneas de ayuda entre adolescentes (Boehm & Campbell, 1995; King, 1997; Slem & Cotler, 1973). De manera general, entre el 1% y 6% de adolescentes en la comunidad usa una línea telefónica de ayuda (Offer et al., 1991; Slem & Cotler, 1973; Vieland et al., 1991) y solo el 4% de las llamadas tienen que ver con suicidio (Boehm & Campbell, 1995). Sin embargo, entre el 14% y 18% de los adolescentes suicidas han utilizado alguna línea de ayuda (Beautrais et al., 1998; Shaffer et al., 1990). Existe un importante vacío de información sobre la eficacia de los servicios telefónicos para crisis para adolescentes y sobre si adecuadamente manejan el riesgo suicida.

3.2.2 Restricción de armas de fuego.

La lógica de la restricción de medios o métodos para el suicidio es que los individuos suicidas son frecuentemente impulsivos, que son ambivalentes acerca de su propia muerte, y que el periodo de riesgo para el suicidio es transitorio (Hawton et al., 2001; Miller & Hemenway, 1999). El restringir el acceso a métodos letales durante este periodo puede prevenir el suicidio, aunque no está claro si la restricción de medios ha constituido substancialmente a los cambios seculares del suicidio adolescente.

Dado que el método más común de cometer suicidio en los Estados Unidos es por arma de fuego (CDC, 2002), esta revisión hace énfasis en la restricción a su acceso. La presencia de armas de fuego en el hogar es un factor de riesgo significativo para el suicidio entre adolescentes (Brent et al., 1988; 1991; 1993d, 1999) y entre adultos (Kellermann et al., 1992). Diferentes estudios han encontrado que la restricción de armas ha reducido la tasa global de suicidio así como los suicidios relacionados con armas de fuego (p. ej., Boor & Bair, 1990; Carrington & Moyer, 1994; Lester & Murrell, 1980, 1986; Loftin et al., 1991; Medoff & Magaddino, 1983), mientras que otros no han encontrado efecto alguno sobre estas tasas (Rich et al., 1990), o bien, resultados contradictorios (Cantor & Slater 1995; Cummings et al., 1997; Sloan et al., 1990). Los resultados contradictorios ampliamente también reflejaron efectos de acuerdo a la edad (Cantor & Slater, 1995; Sloan et al., 1990) en aquellos estudios donde se evaluaba un mayor impacto de las leyes pro restricción de armas entre la población adolescente y joven adulta. Desafortunadamente, las iniciativas jurídicas

recientes tales como la Ley Brady de 1994, la cual impone un retraso en la compra de una pistola, no han tenido los efectos esperados: una comparación de los estados norteamericanos que aprobaron y no aprobaron los estatutos de dicha ley no muestra ningún efecto en la proporción de suicidios atribuibles a armas de fuego excepto en varones adultos mayores (Ludwig & Cook, 2000).

Otras medidas de restricción de medios menos controversiales en los Estados Unidos incluyen la educación a padres de adolescentes de alto riesgo. Kruesi y cols. (1999) demostraron que la educación en la prevención de heridas en servicios de urgencias llevó a los padres a tomar nuevas acciones para limitar el acceso a medios letales, tales como asegurar las armas de fuego. Desafortunadamente, Brent y cols. (2000) encontró que los padres de adolescentes deprimidos frecuentemente no seguían tales recomendaciones sobre la remoción de armas de fuego del hogar.

Una preocupación común es que una substitución del método ocurrirá después de un programa de restricción de medios. Existe alguna evidencia de lo anterior (Lester & Leenars, 1993; Lester & Murrell, 1982; Rich et al., 1990); no obstante, la substitución del método no parece ser una reacción inevitable a la restricción de armas de fuego (Cantor & Slater, 1995; Carrington & Moyer, 1994; Lester & Murrell, 1986; Loftin et al., 1991). Además, aún cuando algunos individuos substituyen métodos, las probabilidades de supervivencia pueden ser mayores si los nuevos métodos son menos letales (Cantor & Baume, 1998).

3.2.3 Educación de los medios.

Dada la evidencia substancial sobre el contagio del suicidio, una estrategia de prevención del suicidio recomendada involucra la educación de los profesionales de los medios masivos de comunicación sobre el fenómeno del contagio para lograr historias que minimicen el daño (Gould et al., 2003). Más aún, el papel positivo de los medios masivos debe enfatizarse en la posibilidad de educar al público sobre los riesgos del suicidio y el promover actitudes adecuadas acerca del mismo, señalan los autores.

Se han desarrollado una serie de recomendaciones para reportar suicidios por un grupo de trabajo internacional encabezado por la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio y la Escuela Annenberg de Comunicación y Políticas Públicas (American Foundation for Suicide Prevention, 2001). Estos lineamientos ahora existen en diversos países. Las recomendaciones generalmente incluyen la descripción de los factores que deberían evitarse porque tienen una mayor probabilidad de inducir el contagio (p. ej., la cobertura en la primera plana) al igual que sugerencias sobre cómo incrementar la utilidad del reportaje (p. ej., describiendo los recursos u opciones de tratamiento).

Seguido de la implementación de estos lineamientos en Austria, las tasas de suicidio disminuyeron un 7% en el primer año, y casi un 20% en el periodo de seguimiento de 4 años, mientras que los suicidios en el transporte subterráneo –metro (que son de particular interés para de estas guías) bajaron en un 75% (Etzersdorfer et al., 1992; Etzersdorfer & Sonneck, 1998; Sonneck

et al., 1994). En Suiza, Michel y cols. (2000) encontraron que después de la implementación de los lineamientos, el número de artículos aumentó pero eran significativamente más cortos y menos probable que aparecieran en la primera plana; los titulares, las fotografías y el texto eran menos sensacionalistas; había relativamente menos artículos con fotografías, y sus “puntuaciones de riesgo por contagio” disminuyeron. A partir del éxito de esta estrategia al involucrar a los medios de comunicación masiva en Austria y Suiza, se han recomendado esfuerzos para sistemáticamente diseminar y evaluar estos lineamientos en los Estados Unidos (Gould et al., 2003).

3.3 Programas de prevención del suicidio en el sistema de salud.

Programas de entrenamiento para médicos generales y pediatras. La necesidad de entrenar a pediatras y médicos generales en los Estados Unidos se hace evidente por el hallazgo de que mientras el 72% de 600 médicos familiares y pediatras en Carolina del Norte han prescrito algún inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (*SSRI*, por sus siglas en inglés) para sus pacientes adolescentes o niños, solo el 8% reportaron haber recibido entrenamiento adecuado en el tratamiento de la depresión infantil y solamente el 16% reportó haberse sentido cómodo tratándola (Voelker, 1999). Asimismo, aunque muchos adultos jóvenes suicidas (de 15 a 34 años) buscan ayuda en un médico en el mes precedente al comportamiento suicida (Pfaff et al., 1999), menos de la mitad de los médicos encuestados reportó que tamizaran a sus pacientes para descartar riesgo de suicidio (Frankenfield et al., 2000).

Pfaff y cols. (2001) reportan que después de un taller de entrenamiento de un día para 23 médicos generales en Australia, la evaluación para ideación suicida con los pacientes se incrementó en un 32.5% y la identificación de pacientes suicidas aumentó en un 130%, aunque no se registraron cambios significativos en el manejo de los pacientes y la referencia de los adolescentes suicidas a especialistas de salud mental permaneció por debajo de lo deseable. La efectividad de los programas educativos para los profesionales médicos también ha sido reportada en el estudio Gotland (Rutz et al., 1992). Después de la implementación de un programa intensivo de entrenamiento para posgraduados que buscaba mejorar el diagnóstico y tratamiento de los médicos generales de la isla de Gotland, Suecia, para la depresión, la tasa de suicidio en adultos disminuyó significativamente. Este decremento se debió casi totalmente a disminuciones de los suicidios en mujeres con trastorno depresivo mayor (el número de suicidios entre varones no tuvo cambios). Tres años después de terminado el proyecto, la tasa de suicidio regresó casi a valores de línea base (Rihmer et al., 1995), sugiriendo que la repetición mantenida del programa se hacía indispensable. Un programa educativo similar para pediatras podría resultar efectivo como estrategia de prevención para adolescentes suicidas; sin embargo, otros enfoques adjuntos para llegar a más adolescentes varones en riesgo deben considerarse por igual (Rihmer et al., 1995).

3.4 Tratamiento.

La literatura sobre los resultados de tratamiento de adolescentes con algún comportamiento suicida es reducida y, consecuentemente, hay guías empíricas limitadas en cuanto al tratamiento adecuado para adolescentes que han intentado suicidarse (Donaldson, Spirito & Overholser, 2003). Otras revisiones (Hawton et al., 1998, 2002; Rudd, 2000) hacen notar que pocos estudios han evaluado sistemáticamente las intervenciones enfocadas a la reducción de la ideación y conducta suicida en niños y adolescentes, como podrían ser los ensayos clínicos controlados de donde se podrían obtener datos y mediciones válidas y confiables de variables en el pre-tratamiento, post-tratamiento, y seguimiento. Además, los adolescentes suicidas en particular son reticentes a buscar ayuda (Choquet & Menke, 1989).

Muchos adolescentes hacen contacto con un profesional de salud mental antes de mostrar alguna conducta suicida (Gould et al., 2003). Entre aquellos que cometieron suicidio las tasas de contacto varían del 7% al 15% en el mes previo, de 20% a 25% en el año anterior, y de 25% a 35% en su vida (Brent et al., 1993a; Groholt et al., 1997; Marttunen et al., 1992; Shaffer et al., 1996). Estas tasas de contacto fueron mayores, de entre el 59% al 78%, en una muestra neozelandesa de adolescentes que habían intentado suicidarse y que habían sido admitidos en el hospital por una estancia de 24 horas (Beautrais et al., 1998).

La mayoría de los estudios de eficacia de tratamientos en poblaciones psiquiátricas adolescentes excluyen a algunos individuos suicidas, posiblemente porque los riesgos potenciales de tratar adolescentes en riesgo suicida alto sobrepasan los beneficios de tales programas (Gould et al., 2003). El Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos publicó recientemente algunos lineamientos que enfatizan sobre un número de aspectos éticos, legales, y de seguridad asociadas a este tipo de estudios (Pearson et al., 2001).

3.4.1 Ensayos no aleatorios.

En la literatura se encuentran varios estudios no aleatorios cubriendo varias modalidades de tratamiento. Ottino (1999) describe una intervención en crisis breve intensiva con una orientación psicoanalítica para pacientes adolescentes y adultos jóvenes hospitalizados más sin embargo no la prueba empíricamente. Pillay y Waasenaar (1995) describen un estudio naturalista de 40 adolescentes indígenas que intentaron suicidarse en Sudáfrica y que recibieron de cuatro a cinco sesiones de psicoterapia en la comunidad después del intento de suicidio en comparación a un grupo de adolescentes que no siguieron el tratamiento. Los autores no especifican el tipo de psicoterapia. En el seguimiento a los seis meses, los síntomas psiquiátricos y de desesperanza habían mejorado significativamente en aquellos jóvenes que habían recibido tratamiento en comparación con aquellos que no lo recibieron.

Miller, Rathus, Wetzler, y Leigh (1997) adaptaron la terapia dialéctica conductual de Linehan (1993) para emplearla con adolescentes que habían intentado suicidarse o que presentaban algún otro tipo de conducta suicida. La duración del tratamiento se redujo en esta versión adolescente para cubrir menos habilidades en un formato y estilo de presentación más simple. Los autores reportaron que las tasas de hospitalización psiquiátrica decrecieron y la conclusión del tratamiento mejoró para adolescentes que recibieron este tratamiento en comparación a un grupo de adolescentes que recibieron la terapia de rutina.

Otro programa cognoscitivo conductual (entrenamiento interpersonal de habilidades para la resolución de problemas) incluyó en su muestra varios adolescentes que habían intentado suicidarse (McLeavey, Daly, Ludgate & Murray, 1994).

En tal estudio, este programa se comparó a un grupo control “orientado al problema” en donde los problemas se discutían y las crisis se resolvían, pero a los pacientes no se les enseñó ningún tipo de habilidades específicas. El grupo que recibió el tratamiento para la resolución de problemas (de cuatro a seis sesiones) fue significativamente mejor en resolver problemas y afrontarlos en el seguimiento durante un año que el grupo breve orientado al problema. No hubo diferencias entre los dos grupos en el nivel de desesperanza reportado. La tasa de intentos de suicidio repetidos fue menor en el grupo de resolución de problemas (10.5% versus 25%), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

La terapia de grupo se ha sugerido también con adolescentes que han intentado suicidarse (Donaldson, Spirito, & Overholser, 2003). En 1984 Ross y Motto llevaron a cabo un grupo de terapia de 35 sesiones con diez adolescentes que habían intentado suicidarse y siete que tenían ideación suicida. Los resultados de su estudio mostraron que ninguno de los adolescentes había vuelto a intentarlo o se había suicidado en un periodo subsecuente de dos años. Los principales tópicos manejados en las sesiones de grupo incluyeron relaciones en la familia y relaciones interpersonales así como el manejo de impulsos y afectos negativos.

Por otro lado, Aronson y Scheidlinger (1995) describen un grupo psicodinámico de doce sesiones con adolescentes que habían sido admitidos a una unidad psiquiátrica después de un intento de suicidio. Los componentes del tratamiento incluyeron el compartir problemas, co-terapeutas hombre y mujer para proveer de una experiencia terapéutica “correctiva”, oportunidades de retroalimentación por parte de los otros adolescentes y de los terapeutas sobre patrones de afrontamiento, habilidades sociales, o cogniciones disfuncionales. Sin embargo, no se reportaron datos sobre el resultado del tratamiento.

Lewinsohn, Rohde, y Seeley (1996) publicaron sobre un programa de tratamiento en grupo cognoscitivo-conductual para la depresión para dos grupos de adolescentes: adolescentes deprimidos con una historia de intentos de suicidio, y otro de adolescentes deprimidos sin intento de suicidio. No obstante, los autores no reportaron sobre las medidas de suicidalidad empleadas.

3.4.2 Intervenciones de emergencia/ crisis y servicios de urgencias.

Se han descrito los procedimientos para el manejo de adolescentes suicidas en crisis (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). Estas recomendaciones se basan ampliamente en enfoques del sentido común y consenso clínico de los expertos. Tales guías hacen énfasis en que algunas condiciones previas deben satisfacerse antes de que cualquier niño o adolescente sea dado de alta de cualquier servicio de emergencia, por ejemplo, que la casa sea “limpiada” de armas de fuego o de medicamentos letales (Kruesi et al., 1999).

De manera similar, un contrato por escrito o verbal de “no suicidio” se negocia comúnmente al inicio del tratamiento con la esperanza de que mejorará o ayudará a la adherencia al tratamiento y así se reduzca la probabilidad de comportamiento suicida posterior (Brent, 1997; Rotheram, 1987). Sin embargo, no existen estudios empíricos que hayan evaluado la efectividad de tales contratos (Reid, 1998).

Por otra parte, Rotheram-Borus y cols. (1999) encontraron que la implementación de una lista pequeña de procedimientos específicos dentro de las salas de urgencias incrementaba la eventual adherencia al tratamiento entre adolescentes latinas que habían intentado suicidarse. Estos procedimientos se agregaban al manejo típico de los servicios de urgencias mediante (1) el uso de un protocolo estandarizado para entrenar al personal de emergencias, (2) la presentación de un video de 20 minutos a los pacientes y sus familias donde se modelaban las expectativas reales de los cuidados posteriores a la atención médica de urgencia, y (3) la participación de un terapeuta de crisis bilingüe que promoviera el compromiso con la terapia. Aquellos adolescentes que habían recibido este procedimiento asistieron 3.8 veces más a las sesiones de terapia y seguimiento que aquellos que solo habían recibido el cuidado y manejo estándares. La investigación no identificó cuál o cuáles de estos componentes eran responsables del aumento en la asistencia.

3.4.3 Internamiento y hospitalización parcial.

Mientras que el internamiento y la hospitalización parcial ofrecen tratamientos multidisciplinarios intensivos así como apoyo y observación, no existe evidencia empírica de que cualquiera de estas modalidades de intervención sea efectiva en la reducción de las tasas de ideación suicida, de intentos no letales, o de suicidios consumados entre adolescentes (Gould et al., 2003).

En cuanto al tratamiento y seguimiento externos, las tasas generalmente bajas de asistencia y adherencia al tratamiento externo entre adolescentes que han intentado suicidarse hace especialmente difícil la implementación de estudios para evaluar su efectividad (p. ej., Piacentini et al., 1995). Se han reportado tasas de deserción de hasta un 59% (Spirito et al., 1992). King et al. (1997) encontraron que las tasas de asistencia más altas fueron para el seguimiento con medicamentos (66.7%), mientras que para la terapia individual fue de 50.8% y para la intervención

psicoeducativa con la familia o padres de 33.3%. Los resultados de este estudio también indican que la no adherencia al tratamiento se asocia con la psicopatología parental y la disfunción familiar.

3.4.4 Psicoterapia.

Hawton y cols. (1998, 2002) evaluaron todos los ensayos clínicos dirigidos a individuos que habían intentado suicidarse. De 23 estudios solamente dos emplearon una muestra específicamente de adolescentes (Cotgrove et al., 1995; Harrington et al., 1998). Los tratamientos sin resultados favorables incluían programas para entrenar habilidades en resolución de problemas (p. ej., Rudd et al., 1996), optimización del acceso a servicios clínicos (p. ej., Cotgrove et al., 1995; van der Sande et al., 1997), y psicoterapia familiar en casa (Harrington et al., 1998).

Una modalidad psicoterapéutica que ha mostrado reducir los intentos de suicidio en un ensayo clínico aleatorizado es la terapia conductual dialéctica –TCD (*DBT*, por sus siglas en inglés), mediante una intervención cognitivo-conductual con una duración de 12 meses diseñada para adultos con trastorno límite de personalidad (Linehan et al., 1991). Este estudio reporta que los adultos asignados al tratamiento de TCD se involucraron en menos (y de menor severidad) conductas parasuicidas después del tratamiento que aquellos pacientes asignados al tratamiento habitual, aunque lo anterior puede ser parcialmente atribuible a las tasas de intentos suicidas mucho mayores en la línea base que se presentan en este tipo de trastorno.

Otras adaptaciones del TCD como la TCD-A (Miller et al., 1997a) pueden ser de valor; sin embargo, no han sido sistemáticamente evaluadas en adolescentes o en varones, quienes se encuentran en mayor riesgo de suicidio (Anderson, 2002). No se han reportado estudios empleando terapia cognitivo-conductual específicamente con adolescentes que hayan intentado suicidarse, aunque sí se ha empleado con éxito con adolescentes deprimidos (Brent et al., 1997; Harrington & Clark, 1998).

En su revisión, Donaldson, Spirito, y Overholser (2003) comentan que en la literatura se han propuesto varias modalidades de tratamiento para su empleo con adolescentes suicidas, y que los resultados de ensayos aleatorios sugieren que los tratamientos individuales, de grupo y familiares pueden ser aplicados con adolescentes que han intentado suicidarse.

No obstante, Donaldson, Spirito, y Overholser (2003) advierten que ninguno de los estudios más sistematizados (ensayos aleatorios/controlados) ha comparado la eficacia de modalidades específicas de tratamiento o cambios en el post-tratamiento; señalan además la importancia de describir las características de los participantes ya que se sabe que los adolescentes que intentan suicidarse conforman un grupo heterogéneo por un lado, y por otro, el considerar que la investigación ha empezado a diferenciar subgrupos dentro de esta población (p. ej., por grupo diagnóstico, número de intentos, adolescentes que lo intentan versus aquéllos que tienen ideación).

Desafortunadamente, de acuerdo a Rudd y Joiner (1998), no se conoce qué enfoques terapéuticos funcionan mejor para qué subgrupos de adolescentes que intentan suicidarse, el

proceso de cambio de los adolescentes que intentaron suicidarse y que mejoraron con el tratamiento, o la estabilidad de los cambios y mejorías en el tiempo.

En contraste, de acuerdo a Donaldson, Spirito, y Overholser (2003), son necesarias guías de práctica clínica basadas en la combinación de la literatura empírica e impresiones clínicas hasta que recomendaciones más definitivas a partir de estudios empíricos se encuentren disponibles, y proponen mientras tanto el seguimiento de las publicadas por Shaffer y Pfeffer (2001) para investigaciones futuras.

3.4.5 Intervenciones psicofarmacológicas.

Las tasas de prescripción de antidepresivos entre adolescentes es extremadamente alta (Olfson et al., 2002b) y casi siempre incluyen casos de adolescentes que han intentado suicidarse. Tal práctica puede ser un factor asociado al dramático y motivante decremento en las tasas de suicidio adolescente en la década pasada (Isacsson, 2000). De acuerdo a este autor, existen pocas razones a priori para no tratar adolescentes con ISRS's dado que el progreso y respuesta al medicamento se supervisa constantemente.

Los antidepresivos del tipo ISRS han mostrado reducir la ideación suicida tanto en adultos deprimidos (Letizia et al., 1996) como no deprimidos con trastornos de personalidad (Verkes et al., 1998) así como en individuos que han tenido un número determinado de intentos de suicidio previos. Los ISRS's han mostrado ser más efectivos que el placebo en el tratamiento de adolescentes deprimidos (Emslie & Mayes, 2001; Emslie et al., 1997; Keller et al., 2001), y son considerablemente menos peligrosos en sobredosis que los antidepresivos tricíclicos (Ryan & Varma, 1998); existe evidencia también de que reducen la frecuencia de conductas impulsivas y agresivas (Coccaro & Kavoussi, 1997), comúnmente vistas en adolescentes suicidas.

En situaciones menos comunes la ideación suicida rumiante en combinación con acatisia puede ocurrir durante el curso de tratamiento antipsicótico (Hamilton & Opler, 1992) o con ISRS's (King et al., 1991; Teicher et al., 1990); esta complicación se ha reportado que mejora con propranolol (Adler et al., 1985; Chandler, 1990). Cuando el tratamiento con ISRS's se inicia los padres deben informar rutinariamente al psiquiatra si se desarrolla acatisia; el adolescente suicida debe por igual ser advertido y aconsejado para informar a los padres o médico tratante si se presenta una recaída en cuanto a la ideación suicida (Gould et al., 2003).

En adultos con trastorno bipolar u otros trastornos afectivos mayores, por ejemplo, se ha visto que el tratamiento a largo plazo con litio reduce significativamente la recurrencia de intentos de suicidio (Tondo et al., 1997) mientras que la suspensión repentina incrementa el riesgo de suicidio independientemente del efecto sobre otros síntomas maníacos (Tondo & Baldessarini, 2000). Igualmente, se ha encontrado que la clozapina es efectiva en la reducción de la suicidalidad en adultos esquizofrénicos aun cuando no haya efecto o impacto aparente sobre otros síntomas de la esquizofrenia (ver Meltzer, 2001). Los efectos antisuicidas del litio y de la clozapina no han sido

evaluados en niños o adolescentes (Gould et al., 2003); si se emplea litio para tratar a un adolescente, se hace oportuno seguir el mismo nivel de precaución que con los adultos respecto a la suspensión repentina del medicamento.

Conclusiones.

En las distintas revisiones que se ha hecho de la literatura sobre intervenciones psicológicas para el riesgo suicida adolescente (Berman, Jobes & Silverman, 2006; Gould et al., 2003; Mann et al., 2005; Shaffer et al., 1988; 2001; Spirito & Overholser, 2003) no se han encontrado evidencia en contra de alguna modalidad psicoterapéutica; es decir, las diferentes formas de psicoterapia evaluadas sistemáticamente han ofrecido datos que de una u otra forma contribuyen en el manejo del riesgo suicida y en la prevención del suicidio adolescente. En todo caso, la investigación más reciente al respecto se ha enfocado en las controversias que han resultado de diferentes terapias farmacológicas.

Uno de los principales problemas en el estudio de la efectividad de las intervenciones psicológicas ha sido la heterogeneidad del adolescente suicida. Lo anterior podría explicar en parte el por qué desde la psicoterapia psicodinámica hasta la terapia dialéctico conductual han reportado efectos favorables, ya que la problemática suicida presenta distintas facetas que están mediadas de forma importante por el contexto y la cultura. Si bien es cierto que se han integrado parámetros de atención con niños y adolescentes suicidas (Shaffer et al., 2001), se ha puesto de manifiesto en la agenda de investigación la relevancia de someter a evaluación sistemática las distintas opciones de intervención psicológica en reconocimiento a las diferencias y necesidades individuales (Berman, Jobes & Silverman, 2006; King & Apter, 2003).

El planteamiento de la presente tesis es operacionalizar y evaluar la efectividad de una modalidad psicoterapéutica que parta de la evaluación psicológica y que se adecue al contexto sociodemográfico y cultural de una secundaria pública del sur de la Ciudad de México. El propósito es describir la intervención así como sus efectos para tener un punto de partida en comparaciones posteriores pero en escenarios similares para, eventualmente, poder recolectar datos sistemáticamente que nos guíen en la integración de parámetros propios para la población adolescente mexicana.

Capítulo 4:

Metodología y estudios previos

4.1 Justificación y planteamiento del problema.

La tendencia suicidógena entre adolescentes mexicanos está en aumento, como ya se ha discutido en los capítulos previos. Entre los diferentes subgrupos de adolescentes se ha sugerido que uno que está en particular riesgo de suicidio es el de aquellos jóvenes estudiantes de nivel medio (escuelas secundarias); para abordar la reducción el riesgo y prevenir la conducta suicida, se han sugerido intervenciones de tipo psicosocial en las escuelas mismas (CDC, 1992; González-Forteza et al., 2002; Gould et al, 2003; Mann et al., 2005; Shaffer et al., 2001).

Aunque se han estudiado diferentes variables psicosociales asociadas al riesgo de suicidio entre adolescentes de secundaria, es necesario trascender la identificación temprana de estos adolescentes en riesgo y estudiar cuáles pueden ser alternativas eficientes de tratamiento psicológico. Siguiendo tal línea, la estrategia aquí planteada pretende no sólo evaluar la efectividad de un sistema de identificación y referencia desde el escenario escolar sino examinar los elementos de una alternativa viable para el manejo y tratamiento psicológico de aquellos adolescentes que manifiestan ideas, planes, intenciones, e incluso intentos de suicidio.

Es también evidente en estos modelos de intervención la participación de no sólo los orientadores o psicólogos escolares, profesores, directivos, sino también de los padres de familia. De acuerdo a las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, entre otras organizaciones, las investigaciones que se realicen a cabo con adolescentes en riesgo de suicidio deben involucrar a los padres de familia y autoridades escolares, al igual que una comunicación directa y constante entre el equipo investigación y todas estas entidades. Lo anterior es una razón más para evaluar una estrategia de este género en el entorno escolar.

En la primera fase de esta estrategia se identifica en la escuela mediante tamizaje o “screening” a los adolescentes que estén en riesgo de suicidio (ideación suicida, planes de suicidio, intento de suicidio y malestar asociado al riesgo suicida) para posteriormente referirlos a la intervención psicológica de la etapa dos; ésta tiene como objetivo incidir sobre el riesgo suicida así como el malestar asociado. En una etapa intermedia es posible estimar los riesgos de suicidio en relación a la exposición del adolescente a sucesos de vida estresantes, al igual que obtener un perfil de personalidad que aborde la heterogeneidad u homogeneidad de características psicológicas de tales jóvenes en riesgo. Finalmente, se evaluarán el proceso y resultados de la estrategia para su optimización y replicación en otros escenarios escolares del país.

4.2 Preguntas de investigación.

¿Es posible establecer un modelo de intervención psicológica para adolescentes estudiantes en riesgo suicida a partir de un tamizaje en la escuela?

Respecto al proceso de identificación y evaluación:

- ▶ ¿Qué tan efectivo es el instrumento de tamizaje empleado en la detección temprana del riesgo suicida adolescente?
- ▶ ¿Cuáles son los eventos de vida estresantes que más experimentan los adolescentes identificados en riesgo suicida?
- ▶ ¿Cuáles son los rasgos de personalidad que presentan estos adolescentes identificados en riesgo de suicidio?
- ▶ ¿Existe asociación entre los rasgos de personalidad, las circunstancias de vida y el nivel de riesgo suicida de los adolescentes identificados en riesgo?
- ▶ ¿Cuál es la utilidad de la evaluación psicológica / caracterización en la planificación del tratamiento psicológico?

Respecto a la intervención psicológica:

- ▶ ¿Cuáles son los componentes del tratamiento psicológico?
- ▶ ¿Cuáles son las características de la contexto (escenario escolar o escenario externo de servicios psicológicos) bajo el cual opera este tratamiento?
- ▶ ¿Cuáles son las características de los candidatos para recibir este tipo de tratamiento así como de los que lo implementan?
- ▶ ¿Cuáles son los roles y funciones de los terapeutas en el tratamiento?
- ▶ ¿Qué factores terapéuticos se pueden identificar de este tipo de tratamiento como los más efectivos? ¿Qué factores serían los menos efectivos?
- ▶ ¿Cuál es la efectividad del tratamiento para reducir el riesgo suicida?
- ▶ ¿Qué áreas o aspectos de la intervención necesitan ser modificados, corregidos o suprimidos para alcanzar mejor el objetivo final del mismo?

4.3 Objetivos de estudio.

Objetivo general

Desarrollar y evaluar una estrategia de intervención psicológica para adolescentes en riesgo suicida de una secundaria pública del sur del Distrito Federal.

Objetivos específicos de la Fase I: tamizaje

- A. Determinar la prevalencia del riesgo suicida y de sucesos de vida estresantes en la población de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.
- B. Evaluar la asociación entre riesgo suicida y sucesos de vida estresantes en la población de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.

Objetivos específicos de la caracterización:

- C. Caracterizar al adolescente estudiante detectado como en riesgo dentro de la población de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal en los rubros de riesgo suicida y personalidad.
- D. Evaluar la asociación entre riesgo suicida y personalidad en el grupo de adolescentes estudiantes detectados como en riesgo dentro de la población de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.

Objetivos específicos de la Fase II: tratamiento

- E. Evaluar el efecto de la intervención psicológica sobre el riesgo suicida entre los adolescentes participantes que fueron detectados como en riesgo de la población estudiantil de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.
- F. Determinar la significancia clínica de la intervención psicológica sobre el riesgo suicida entre los adolescentes participantes que fueron detectados como en riesgo de la población estudiantil de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.

4.4 Identificación de variables.

- a. **Estrategia de intervención.** La estrategia de intervención empleada está basada en el modelo de estrategias de tamizaje o “screening” propuesta por los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 1992); ver Figura 1. Típicamente, estos programas se llevan a cabo en la escuela e involucran el uso de un instrumento de tamizaje para identificar estudiantes en riesgo. Aquellos adolescentes identificados por tal instrumento reciben consejería personal y, de ser necesario, son referidos a tratamiento. Dentro de las variantes del modelo se identifica aquella que plantea un screening multietápico para identificar diversos problemas psicológicos o características de personalidad asociadas al riesgo suicida, tales como depresión, impulsividad o conducta agresiva. Los alumnos que hayan obtenido puntuaciones elevadas son entrevistados o evaluados por un profesionalista (general o recomendable externo al personal del centro escolar) para ser entonces referidos a las opciones de tratamiento adecuadas, como psicoterapia, farmacoterapia, terapia familiar, y/o programas de apoyo para necesidades especiales. La estrategia adaptada se muestra en la Figura 2.

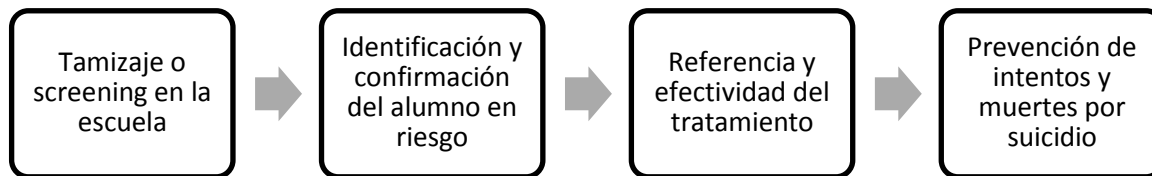


Figura 1. Modelo de tamizaje o screening para la prevención del suicidio adolescente en las escuelas (CDC, 1992).

- b. **Tratamiento psicológico.** Se trata de una modalidad de psicoterapia que puede ser individual o grupal, de tipo estructurada y duración breve, 20 sesiones (Corder, 1994; 2000) basada en el modelo de evaluación colaborativa (Fischer, 1994; Finn, 1996) y los contenidos temáticos para riesgo suicida de “*Helping You Helping Young People: The Samaritans Youth Pack*” (The Samaritans, 2001).

El marco teórico en que se basa este tratamiento psicológico busca integrar los datos o indicadores de la evaluación psicológica (incluido el tamizaje) en los contenidos de la intervención terapéutica, para de este modo no solamente realizar una retroalimentación al participante de la terapia sino también una exploración de las emociones y recursos

personales del mismo. Es un modelo que se ha empleado y evaluado principalmente con adolescentes de educación media y jóvenes universitarios, particularmente en escenarios no clínicos con resultados favorables, así como con poblaciones adolescentes o pre-adolescentes con diversos diagnósticos (Ackerman et al., 2000; Butcher, 1990; Corder, 1981; 1990; Finn & Tonsager, 1992; 1997).

Respecto a la modalidad del tratamiento, no se han reportado diferencias en la efectividad de acuerdo a su implementación individual o grupal; las revisiones a la literatura sobre intervención psicológica con adolescentes en riesgo suicida señalan que es necesario llevar a cabo más estudios sobre la efectividad de las diferentes modalidades de intervención psicológica, ya sea individual, grupal, familiar, particularmente fuera de los escenarios hospitalarios o psiquiátricos (Gould et al., 2003; Mann et al., 2005). En el capítulo de Resultados se presenta el resumen de la intervención psicológica grupal tal como se llevó a cabo en la investigación final.

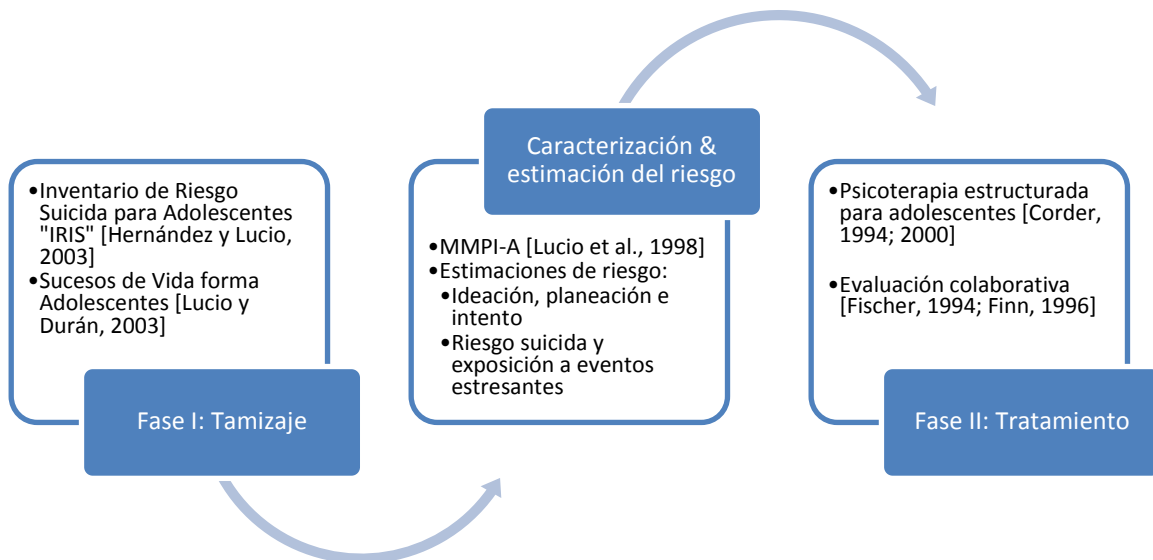


Figura 2. Modelo adaptado por Hernández y Lucio de la estrategia de intervención para riesgo suicida adolescente.

- c. **Riesgo suicida.** El riesgo suicida se examina en cuatro dimensiones y tres indicadores o reactivos críticos a través del instrumento de tamizaje “IRIS” (cuya construcción, validación y propiedades psicométricas se presentan más adelante en la sección de Estudios previos). Las dimensiones e indicadores del riesgo suicida son:
 - i. Intencionalidad suicidas.
 - ii. Depresión y desesperanza.

- iii. Ausencia de circunstancias protectoras.
- iv. Malestar psicológico asociado al riesgo suicida.
- v. Ideación, planeación e intento(s) previo(s).

La versión completa del instrumento tal como se aplicó en la versión final de la estrategia se presenta en el Anexo 1.

- d. **Sucesos de vida estresantes.** Los eventos de vida adversos se indagan mediante el cuestionario Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio y Durán) que se describe más ampliamente en la sección de instrumentos. Se trata de sucesos de vida positivos y negativos en diferentes áreas (personal, escolar, familiar, etc.) a los que el adolescente haya estado expuesto o no, además de hacer una evaluación subjetiva del impacto de tales eventos (bueno, malo o indiferente).
- e. **Personalidad.** Los rasgos o descriptores de personalidad se evalúan por medio del Inventario de Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) adaptado para la población adolescente mexicana por Lucio y cols. (1998). Estos descriptores se agrupan en indicadores de validez, clínicos, de contenido y suplementarios; en la sección de instrumentos se describe con mayor amplitud el MMPI-A.

4.5 Descripción de instrumentos

4.5.1 Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio & Durán, 2003).

El cuestionario de Sucesos de vida se elaboró con la finalidad de detectar problemas emocionales en adolescentes de 13 a 18 años a partir de los sucesos estresantes y la evaluación afectiva que el joven mismo hace de ellos. La escala de Sucesos de vida, versión para Adolescentes, es un auto informe, compuesto de 129 reactivos que permiten evaluar de manera confiable siete áreas: (1) Familiar, (2) Social, (3) Personal, (4) Problemas de Conducta, (5) Logros y Fracasos, (6) Salud y (7) Escolar. Los reactivos se puntúan mediante cuatro opciones de respuesta:

- a) Cuando me sucedió y fue bueno;
- b) Cuando me sucedió y fue malo;
- c) Cuando me sucedió y fue indiferente; y
- d) Cuando no me sucedió.

Las respuestas a estos reactivos corresponderían a eventos experimentados por los adolescentes en un periodo de tiempo no mayor a un año. El tipo de evento dentro de cada una de las siete áreas evaluadas se divide en sucesos normativos y no normativos (Seiffge-Krenke, 1998, en Lucio y Durán, 2003); los primeros serían eventos que se presentan al mismo tiempo en adolescentes de la misma edad y que son típicos de la etapa de desarrollo, mientras que los segundos comprenderían sucesos poco frecuentes, difíciles de predecir y de naturaleza abrumadora. Una puntuación T entre 65 y 69 sugiere que el adolescente ha estado expuesto a más sucesos estresantes que lo esperado por lo que podría estar en riesgo de presentar alguna alteración emocional en el área donde se presente tal elevación; asimismo, si la puntuación T es mayor a 69 tal probabilidad aumenta. A continuación se definen las diferentes áreas del instrumento. Cada contiene sucesos positivos y negativos (a excepción de problemas de conducta); los sucesos negativos implican perjuicio o malestar en función del adolescente y los positivos denotan beneficio o bienestar igualmente en función del adolescente.

ÁREA FAMILIAR. El área Familiar se refiere a sucesos que ocurren dentro de la dinámica de la familia tanto nuclear como extensa del adolescente. Abarca también sucesos relacionados con la comunicación y formas de interacción de los miembros de la familia con el joven. Explora sucesos tales como divorcios, enfermedades, conflictos y problemas.

ÁREA SOCIAL. El área Social pretende investigar sucesos que tienen que ver con las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar. Investiga los roles que desempeña el adolescente en los grupos.

ÁREA PERSONAL. El área Personal se refiere a los eventos que se relacionan con su vida emocional y sexual del adolescente, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos.

PROBLEMAS DE CONDUCTA. El área de Problemas de Conducta se refiere a situaciones que involucran problemas con las autoridades y violación de normas así como sus consecuencias. Involucra desde normas que se refieren a la escuela, hasta las que implican problemas legales.

ÁREA DE LOGROS Y FRACASOS. El área de Logros y Fracazos explora el alcance o no de metas del adolescente en diferentes actividades y áreas de su vida así como pérdidas materiales.

ÁREA DE SALUD. El área de Salud incluye situaciones de la vida del adolescente relacionadas con sus hábitos e higiene personal, y cómo afectan éstos su salud.

ÁREA ESCOLAR. El área Escolar se refiere a sucesos de vida dentro del contexto escolar en que se desenvuelve el adolescente, que tienen que ver con su desempeño académico, con su relación con maestros y compañeros y con cambios dentro del ámbito escolar.

4.5.2 Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes MMPI-A (Lucio et al., 1998).

El MMPI-A fue diseñado específicamente para evaluar de forma objetiva diversos tipos de alteraciones psicopatológicas, en relación a dimensiones estandarizadas, en adolescentes con edades entre 14 y 18 años. Consta de 478 reactivos de auto descripción para ser contestados como verdadero o falso. Incluye siete escalas de validez, ocho escalas clínicas, quince escalas de contenido y seis escalas suplementarias.

La principal utilidad del MMPI-A es la de indicar la probabilidad de que el adolescente examinado exhiba ciertas conductas o experimente ciertos problemas. Se codifica un perfil (por separado para varones y mujeres) a partir de la conversión de las puntuaciones naturales en puntuaciones T; para la interpretación únicamente se utilizan éstas últimas. Una elevación clínicamente significativa se define como una puntuación $T \geq 65$, a excepción de las escalas INVAR e INVER donde las puntuaciones superiores a 65 no se consideran significativas por ser de tipo experimental en esta etapa del inventario; para que así lo fueran tendrían que ser valores igual o mayores a 75.

Las puntuaciones promedio de $T < 55$ en las escalas de contenido sugieren que el adolescente no avala los síntomas o problemas de la escala como algo relevante en su autodescripción. Lo anterior puede ser una caracterización precisa o indicar una falta de voluntad para reconocer y admitir los problemas, o puede bien indicar un desconocimiento de dichos problemas. Estas elevaciones significativas indican una alta probabilidad de que las características o descriptores asociados con la(s) escala(s) se manifiesten en el adolescente.

El rango entre T 60 y T 64 se considera moderadamente elevado, y por lo tanto se podrán hacer interpretaciones pero no con la misma confiabilidad que el delimitado por $T \geq 65$. Cabe hacer notar que no todas las características correlacionadas con las escalas podrán aplicarse a un adolescente en particular.

Escalas de validez del MMPI-A:

(?) No podría decir. Es el número total de reactivos que el adolescente no contestó o que marcó como V y F a la vez; no es una escala formal del inventario ya que no se compone de un número fijo de reactivos.

F - Infrecuencia. Las elevaciones en esta escala (de la cual F_1 y F_2 forman parte) muestran al adolescente que se presenta a sí mismo en una situación desfavorable por la presencia de algún desajuste grave, una tendencia a ser exageradamente ingenuo, a responder descuidadamente o de modo inconsistente, o bien a responder falsamente exagerando la sintomatología.

L - Mentira.

K - Defensividad.

Las elevaciones en las escalas L y K señalan la tendencia a negar fallas o debilidades relativamente menores así como una actitud defensiva del adolescente, respectivamente.

F_1 - Infrecuencia de la primera parte.

F_2 - Infrecuencia de la segunda parte.

La diferencia entre la puntuación de la escala F_1 y F_2 muestra un cambio de actitud hacia la prueba en etapas posteriores de la aplicación.

INVAR - Inconsistencia de las respuestas variables.

INVER - Inconsistencia de las respuestas verdaderas.

Las elevaciones en INVAR e INVER indican la tendencia del adolescente a responder a los reactivos de manera inconsistente y contradictoria.

Escalas clínicas del MMPI-A:

1 Hs - Hipocondriasis. Las puntuaciones altas señalan preocupación por la salud y las enfermedades, siendo comunes las elevaciones moderadas (puntuaciones T de 60 a 64) en adolescentes con enfermedades crónicas. Para el caso de las mujeres, estas elevaciones pueden ser indicadores de problemas familiares, como desacuerdos con los padres y dificultades financieras.

2 D - Depresión. Las elevaciones representan un índice de insatisfacción general con la propia vida que incluye sentimientos de falta de motivación, desesperanza y moral pobre. En la muestra normativa mexicana las puntuaciones altas también describían culpa, timidez, autocrítica y una actitud introspectiva. Siendo una medida para la depresión, se asocian ideas y conductas suicidas, así como periodos de depresión clínica.

3 Hi - Histeria. Cuando la escala 3Hi es la más elevada en adolescentes normales, se le relaciona con niveles altos de inteligencia, desempeño y nivel socioeconómico. Las áreas de contenido de esta escala incluyen preocupaciones somáticas, negación de problemas y la necesidad de aceptación y aprobación social. Asimismo, se observa la tendencia a expresar ansiedad o estrés por medio de la somatización y síntomas físicos.

4 Dp - Desviación psicopática. Los incrementos en la puntuación de esta escala se relacionan con conductas delictivas, problemas de conducta (mentir, hacer trampa, robar, hacer berrinches y agredir) y de adaptación en la escuela. Los sujetos están más propensos a involucrarse en el uso del alcohol u otras drogas.

5 Mf - Masculinidad/Femineidad. En el caso de las elevaciones de esta escala en varones, además de indicar la aprobación de patrones inusuales de intereses típicamente femeninos, también se relaciona con niveles mayores de inteligencia, mejores calificaciones y mejor adaptación escolar que aquellos hombres cuya misma escala era la más baja del perfil. Las adolescentes que presentan elevaciones manifiestan intereses inusuales, considerados como masculinos o machistas, y por lo tanto debe considerarse la influencia cultural para su interpretación. Se les describe, además, como probablemente opositoristas, con poco control de enojo, taciturnas, mentirosas y otras conductas agresivas. Los autores recomiendan cautela con las descripciones para adolescentes con puntuaciones elevadas en esta escala ante las inconsistencias encontradas con las versiones y muestras normativas anteriores.

6 Pa - Paranoia. Los contenidos de la escala 6Pa están relacionados con ideas de referencia, suspicacia, sentimientos de persecución, rigidez y rectitud moral personal. Las elevaciones moderadas se asocian con hipersensibilidad a la crítica y a las interpretaciones acerca de las actitudes de otros.

7 Pt - Psicastenia. La elevación en esta escala describe a adolescentes con autocrítica abierta, ansiedad, tensión, nerviosismo e intranquilidad; para varones en particular se relaciona con poca confianza en sí mismos. Los contenidos de la escala son las quejas físicas, la infelicidad, problemas de concentración, pensamientos obsesivos, ansiedad y sentimientos de inferioridad.

8 Es - Esquizofrenia. Las áreas de contenido incluyen procesos de pensamiento delirante, alucinaciones, aislamiento social, trastornos del afecto y la conducta, dificultades para concentrarse e impulsividad. En los varones de la muestra normativa con puntuaciones elevadas en la escala se encuentran conductas esquizoides internalizadas, síntomas psicóticos, baja autoestima y posiblemente antecedentes de abuso sexual.

9 Ma - Hipomanía. Se relaciona con el entusiasmo y la energía característica de los adolescentes. No obstante, puntuaciones elevadas indican conductas antisociales o conductas maníacas irracionales; otra asociación es la experiencia con drogas. Se observa igualmente poca motivación para la terapia, pocos deseos de explorar sus sentimientos e insensibilidad a la crítica.

O Is - Introversión social. Los problemas en las relaciones sociales son evaluados por esta escala. Las puntuaciones elevadas se asocian a retraimiento social, baja autoestima, pocos o ningún amigo, timidez, debilidad física, poca coordinación, miedo y depresión.

Escalas de contenido del MMPI-A (el sufijo A designa adolescentes):

ANS-A Ansiedad. Sus elevaciones indican la presencia de síntomas de ansiedad, tensión, preocupaciones frecuentes, trastornos del sueño, confusión, problemas para concentrarse e incapacidad para mantenerse ocupados en una tarea. En general evalúa desadaptación general así como síntomas específicos de depresión y somatización.

OBS-A Obsesividad. Los valores elevados se relacionan con preocupaciones desproporcionadas, frecuentemente relacionadas con asuntos triviales. En ocasiones estos sujetos no pueden dormir debido a sus preocupaciones, manifiestan dificultad para tomar decisiones y muestran terror ante la necesidad de hacer cambios en sus vidas. Manifiestan que la gente les pierde la paciencia; frecuentemente se arrepienten de lo que han dicho o hecho.

DEP-A Depresión. Los adolescentes con puntuaciones elevadas en esta escala presentan muchos síntomas de depresión. Hay periodos frecuentes de llanto y fatiga; sienten insatisfacción por su vida. Presentan pensamientos autoreprobatorios; no tienen esperanzas sobre el futuro y piensan que la vida no vale la pena ni es interesante. Es posible que exista ideación suicida. Se sienten solos aun cuando están con otras personas. El futuro les parece demasiado incierto para poder planificar seriamente y tienen periodos donde expresan incapacidad para seguir adelante; asimismo, se presenta una tendencia a tomar las cosas con resentimiento.

SAU-A Preocupación por la salud. Los adolescentes con elevaciones altas manifiestan muchos problemas físicos que interfieren con el disfrute de actividades extracurriculares y que contribuyen a las ausencias escolares significativas. Estas quejas físicas abarcan problemas gastrointestinales, neurológicos, de los órganos de los sentidos, síntomas cardiovasculares, problemas dermatológicos, dolores y problemas respiratorios. Los adolescentes normales con puntuaciones altas en esta escala se relacionan con mala conducta, pobre desempeño académico y otros problemas escolares.

ENA-A Enajenación. Las elevaciones indican una considerable distancia emocional con respecto a otros; creen que tienen una vida difícil y que no le importan a nadie, ni nadie los comprende. Presentan dificultad para sincerarse con otros y se sienten inhibidos cuando tienen que hablar en grupo. No hay aprecio por las opiniones de los demás y no creen que los otros puedan tener simpatía hacia ellos. Sienten que la gente frecuentemente obstaculiza sus intentos por superarse.

DEL-A Pensamiento delirante. Los adolescentes con puntuaciones elevadas señalan pensamientos y experiencias extrañas, incluyendo posibles alucinaciones auditivas, visuales y

olfativas. De igual manera expresan ideación paranoide; manifiestan una sintomatología y conductas indicadoras de psicosis.

ENJ-A Enojo. Las calificaciones elevadas están asociadas a problemas importantes en el control del enojo. Hay referencias de tener problemas considerables por ser irritables e impacientes con los demás; son temperamentales y frecuentemente sienten que tienen que gritar para convencer a alguna persona. No les gusta que los demás los apresuren o se coloquen delante de ellos cuando esperan su turno.

CIN-A Cinismo. Se encuentran actitudes misantrópicas en adolescentes con elevaciones en esta escala. Creen que los demás quieren aprovecharse de ellos, por lo que emplean medios injustos para obtener ventajas. Hay una búsqueda de motivaciones ocultas cuando alguien hace algo agradable por ellos; creen que es más seguro no confiar en nadie, pues la gente sólo se hace amigos para utilizarlos.

PCO-A Problemas de conducta. Las calificaciones elevadas se asocian con problemas importantes de conducta; les atrae la conducta criminal y sociopática así como relacionarse con grupos de compañeros y amigos que frecuentemente también están en problemas.

BAE-A Baja autoestima. Los descriptores de calificaciones altas refieren a las opiniones que tienen los adolescentes muy negativos acerca de sí mismos, como sentirse poco atractivos, con falta de confianza en sí mismos y sentimientos de inutilidad. Fácilmente ceden ante las presiones de otros y cambian de opinión o desisten en discusiones. No se sienten capaces de planear su propio futuro. Se incomodan cuando los demás dicen cosas agradables de ellos; se confunden fácilmente y son olvidadizos.

ASL-A Aspiraciones limitadas. A los adolescentes con puntuaciones altas no les interesa tener éxito en lo que hacen. No les gusta leer ni estudiar; les disgustan las conferencias sobre temas serios y optan por trabajos que les permiten ser descuidados. Les cuesta trabajo empezar algo y desisten rápidamente cuando algo no les resulta bien. Permiten que otras personas resuelvan los problemas y evitan enfrentarse a las dificultades. La escala en sí es una medida de participación limitada.

ISO-A Incomodidad en situaciones sociales. Para los adolescentes con elevaciones en la escala ISO-A les es difícil convivir con otros, son tímidos y prefieren estar solos. No les gusta tener gente a su alrededor y frecuentemente evitan a los demás. Tienen dificultad para hacer amigos y no les gusta conocer personas.

FAM-A Problemas familiares. Se manifiestan problemas considerables con y entre los padres y con otros miembros de la familia en aquellos sujetos con puntuaciones altas en esta escala. Una comunicación restringida caracteriza a las familias de estos adolescentes. Sienten que los padres los castigan sin ninguna razón, que los tratan como niños y que les disgusta su grupo de amigos.

ESC-A Problemas escolares. Los sujetos con calificaciones altas presentan tanto problemas de conducta como académicos en la escuela, registrándose una desadaptación en general. Las amistades son el único aspecto placentero manifestado; refieren que frecuentemente se aburren y tienen sueño en la escuela.

RTR-A Rechazo al tratamiento. Las elevaciones corresponden a actitudes negativas hacia los médicos y profesionales de la salud mental. Son renuentes a hacerse cargo y enfrentar sus problemas o dificultades, además de manifestar muy pocos deseos de discutir sus problemas con los demás.

Escalas suplementarias del MMPI-A (el sufijo A se refiere a adolescentes):

A-A Ansiedad. Las puntuaciones altas indican angustia, ansiedad, molestias y trastornos emocionales generales. Los sujetos tienden a ser inhibidos y sobrecontrolados, incapaces de tomar decisiones sin vacilación e inseguros. De igual manera, pueden mostrarse conformistas y se alteran fácilmente en situaciones sociales. Por otra parte, los sujetos con puntuaciones bajas tienden a ser enérgicos, competitivos y socialmente abiertos; pueden tener poca tolerancia a la frustración y generalmente prefieren la acción a la contemplación.

R-A Represión. Los adolescentes con puntuaciones elevadas tienden a ser convencionales, sumisos y que procuran evadir situaciones displacenteras o desagradables. En contraste, las puntuaciones bajas indican extroversión, expresividad, desinhibición, informalidad y entusiasmo por la vida; estos adolescentes son emocionales, excitables, agresivos, astutos y dominantes.

MAC-A Alcoholismo de MacAndrew revisada. Las puntuaciones altas sugieren la posibilidad de problemas de abuso de alcohol y/o de sustancias; los descriptores refieren a personas socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que les gusta correr riesgos. Las puntuaciones bajas señalan introversión, timidez y poca confianza en sí mismo.

RPAD Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas. Las elevaciones indican cuán extensamente el adolescente reconoce su problema con el uso de alcohol y drogas, así como los síntomas asociados a dicho uso.

TPAD Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas. Determina la probabilidad de que el adolescente presente problemas con el alcohol y las drogas a partir de las puntuaciones elevadas.

INM-A Inmadurez. Esta escala determina el grado en el que el adolescente exhibe conductas, actitudes y percepciones sobre él mismo y sobre los demás que reflejen inmadurez en términos de estilo interpersonal, complejidad cognoscitiva, consciencia de sí mismo, juicio adecuado y control de impulsos.

4.5.3 Subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A (Lucio, Loza y Durán, 2000). Esta subescala está compuesta por 22 reactivos, 16 de los cuales fueron tomados de la escala de ideación suicida de la versión del inventario para adultos MMPI-2; en la Tabla 4.1 se enlistan los reactivos de tal subescala.

Tabla 4.1 Subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A

<i>Número</i>	<i>Reactivo</i>
* 9	Mi vida está llena de cosas que mantienen mi interés.
* 35	He tenido periodos de días, semanas o meses, en los que no podía hacer nada porque no tenía la energía suficiente para empezar.
* 62	La mayor parte del tiempo me siento triste
* 68	En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien
* 71	Generalmente siento que la vida vale la pena
81	A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino y escandaloso
* 88	No parece importarme lo que me pase
* 91	Casi siempre soy feliz
* 124	Definitivamente a veces me siento un inútil
* 139	Lloro fácilmente
177	Algunas veces pienso en matarme
203	Me preocupo mucho
* 218	Se me dificulta comenzar a hacer las cosas
* 242	A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno
* 255	A menudo la vida me resulta difícil
* 283	La mayor parte del tiempo desearía estar muerto
318	Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo superarlas
* 360	Rara vez me siento deprimido
365	Cuando las cosas van mal, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia
372	Con frecuencia aún cuando todo vaya bien, siento que nada me importa
* 379	A veces pienso que no sirvo para nada
* 399	Me parece tener un porvenir sin esperanzas

* *Reactivo del MMPI-2*

4.6 Estudios previos.

Este proyecto comprendió de varios estudios previos para su concreción (Figura 3); en cada uno de ellos se han seguido metodologías diferentes. El plan general de trabajo consistió en:

1. La revisión de los instrumentos de evaluación para:
 - a. determinar cuáles instrumentos psicológicos permitirían alcanzar los objetivos del tamizaje, la caracterización y la evaluación de los efectos del tratamiento;
 - b. por otro, adecuar los disponibles (MMPI-A) y desarrollar los faltantes (Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes "IRIS").

1. El piloteo de la estrategia de intervención para definir:
 - a. la modalidad de tratamiento (grupal o individual) además del escenario (en la escuela o en un centro de servicios psicológicos); y,
 - b. la evaluación de la estrategia: desde la optimización en la implementación hasta la integración de las pautas o parámetros del tratamiento.

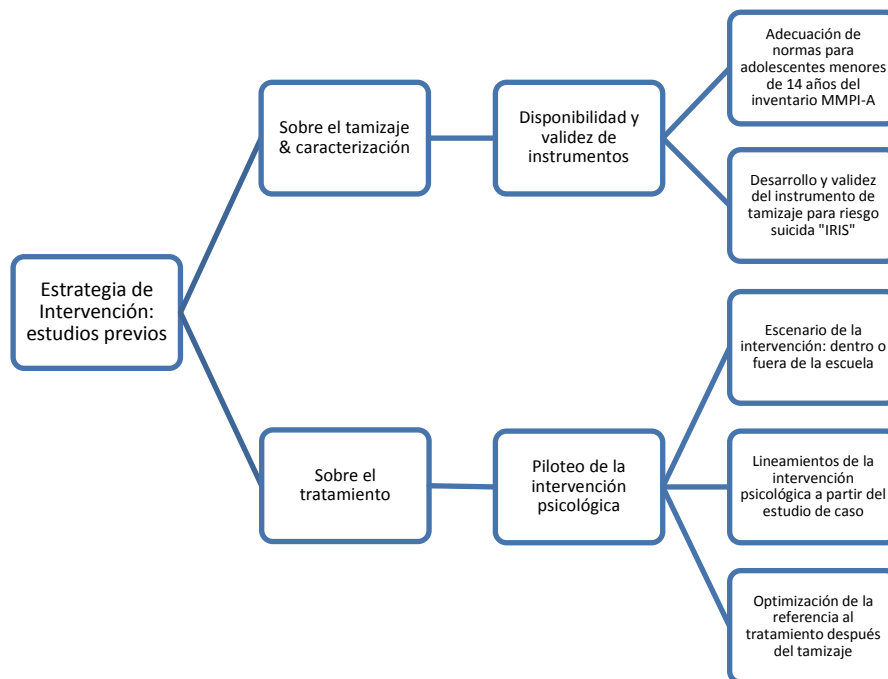


Figura 3. Estudios previos a la implementación de la estrategia de intervención final para riesgo suicida adolescente.

Por todo lo anterior, se ha seguido no una sino múltiples metodologías que condujeran a la meta de conformar la estrategia en sus diferentes etapas para que posteriormente se posibilite la repetición sistemática en otros escenarios e ir más allá de la validez interna actual: evaluar la efectividad y paulatinamente acumular evidencia de su utilidad generalizada (validez externa).

Estudio previo 1.

4.6.1 Adecuación de normas del MMPI-A para adolescentes menores de 14 años.

En la adaptación y estandarización del inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes realizada por Lucio, Ampudia y Durán (1998) para México se presenta un sistema de puntuación correspondiente a una muestra normativa para adolescentes de 14 a 18 años de edad basado en un estudio con más de 4000 adolescentes. Sin embargo, es frecuente la aplicación del inventario con adolescentes de 13 años de edad que sí cumplen con el nivel de lectura requerido y para los cuales no hay normas específicas en nuestro país. En otros estudios del MMPI-A se han desarrollado normas por edad, incluyendo grupos de adolescentes de 13 años (Marks & Briggs, 1974; Archer, 1992).

Objetivo. Determinar el efecto de la edad y del tipo de escuela sobre las puntuaciones de las escalas del MMPI-A, y así valorar la necesidad de normas por grupos de edad, en especial con aquellos adolescentes menores a 14 años.

Instrumentos. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes MMPI-A (Lucio et al., 1998).

Participantes. La muestra estuvo compuesta por 4253 adolescentes; 2024 hombres y 2229 mujeres de 13 a 18 años de edad, con una media de 15.5 y desviación estándar de 1.35

Método. Análisis multivariado de varianza, MANOVA, donde las variables independientes fueron el rango de edad (13 a 18 años) y el tipo de escuela (pública o privada); las variables dependientes: las puntuaciones de las subescalas en los diferentes grupos de escalas del MMPI-A.

Resultados. Los resultados del MANOVA indican que no hay efectos de la edad ni de la interacción de la edad por el tipo de escuela en las puntuaciones del MMPI-A por lo que puede emplearse con adolescentes menores a 14 años siempre y cuando tengan el nivel de lectura adecuado. Las diferencias encontradas son por el tipo de escuela sobre los cuatro grupos de escalas del inventario, pero no suponen la invalidez de los perfiles generados sino diferencias en cuanto al nivel de lectura entre las escuelas públicas y privadas.

En conclusión, el MMPI-A puede emplearse con las normas mexicanas existentes entre adolescentes estudiantes menores a 14 años que produzcan perfiles válidos.

Estudio previo 2.

4.6.2 Construcción y validación del instrumento de tamizaje “IRIS”.

El propósito del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández y Lucio, 2003) es la identificación de jóvenes estudiantes que se encuentren en riesgo de suicidio para referirlos a un modelo de intervención psicológica que tenga como objetivo la reducción de tal riesgo y la prevención de algún tipo de conducta suicida (Brent y Moritz, 1996; CDC, 1992).

Este instrumento de tamizaje así como el modelo de evaluación se han desarrollado siguiendo parámetros de evaluación con niños y adolescentes en riesgo suicida (Berman y Jobes, 1999; Goldston, 2000; Jacobs, 1999; King y Kowalchuk, 1994); al modelo teórico de suicidio en niños y adolescentes desarrollado por Shaffer y colaboradores (1998; 2001), al modelo de identificación y evaluación propuesto dentro de la escuela por Kirk (1993), y las recomendaciones de intervención para escuelas secundarias y preparatorias (Davis y Sandoval, 1991; Leenaars y Wenckstern, 1991).

Asimismo, a partir de una revisión de varios casos de adolescentes suicidas (viñetas) de estudios anteriores (Loza et al., 1998; Lucio et al., 2000), haciendo posible la adecuación y la creación del banco de reactivos del instrumento.

La Tabla 4.2 resume los estudios previos a la versión final del instrumento que este manual aborda.

Propiedades psicométricas del instrumento de tamizaje “IRIS”.

La segunda versión del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS (Hernández y Lucio, 2003) se compone de 50 reactivos en una escala de frecuencia. La muestra de estudio para la confiabilidad y validez del IRIS v2 se conformó por estudiantes de una secundaria pública del Distrito Federal; participaron 555 jóvenes con un promedio de edad de 13.3 (DE = 0.848); ver Figura 4.

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se obtuvieron alfas de Cronbach mientras que para la validez se llevó a cabo un análisis factorial utilizando rotación varimax. Tanto la consistencia interna ($\alpha = .95$) como el porcentaje de varianza explicada (57.6%) son aceptables (ver Tabla 4.3).

Los tres factores resultantes son:

1. **Ideación e intencionalidad suicidas**, compuesto por diez reactivos;
2. **Desesperanza y depresión**, integrado por ocho reactivos; y,
3. **Ausencia de circunstancias protectoras**, conformado por seis reactivos.

Para evaluar la validez concurrente del IRIS v2 se empleó la Escala Beck de Ideación Suicida (González-Macip et al., 2000); asimismo, se empleó una submuestra aleatoria de 221 adolescentes para analizar validez concurrente pero ahora con la Subescala Experimental de Ideación Suicida del MMPI-A (Lucio, Loza y Durán, 2000).

Tabla 4.2 Historial de estudios sobre la construcción, confiabilidad y validez del instrumento de tamizaje para riesgo suicida adolescente “IRIS” en su versión inicial.*

	<i>Estudios</i>		
	Estudio 1.	Estudio 2.	Estudio 3.
<i>Objetivo (s)</i>	Construcción del instrumento de tamizaje Construir el instrumento de tamizaje a partir de los modelos empíricos de riesgo suicida en adolescentes y estudios previos.	Confiabilidad y validez del IRIS (v1) Evaluar la confiabilidad y validez factorial del instrumento de tamizaje en su primera versión.	Validez concurrente del IRIS (v1) Evaluar la validez concurrente del instrumento de tamizaje con la prueba Sucesos de Vida.
<i>Instrumento (s)</i>	Parámetros de evaluación con niños y adolescentes en riesgo suicida (Berman y Jobes, 1999; Goldston, 2000; Jacobs, 1999; Shaffer et al., 1998; 2001);	IRIS v1 (Hernández y Lucio, 2002).	IRIS v1 (Hernández y Lucio, 2002); Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio y Durán, 2003).
<i>Participantes</i>	modelos de prevención e intervención en escuelas para adolescentes en riesgo suicida (CDC, 1992; Davis y Sandoval, 1991; Kirk, 1993; Leenaars y Wenckstern, 1991); viñetas de adolescentes con intento (s) de suicidio (Lucio, Loza y Durán, 2000); y el Inventario de Orientación Suicida ISO-30 para adolescentes (King y Kowalchuk, 1994).	N=353 M=14.6, DE=1.5 Hombres: 47.3% Mujeres: 52.7%	n=254 M=14.2, DE=1.6 Hombres: 47.6% Mujeres: 52.4%
<i>VARIABLES</i>		Sección A: escala Likert de 40 reactivos. Sección B: escala dicotómica de 35 reactivos.	Riesgo suicida: secciones del IRIS (v1); Sucesos (7 áreas) estresantes de vida.
<i>Análisis estadístico</i>		Alfas de Cronbach y análisis factorial exploratorio (rotación varimax).	Correlaciones Pearson.
<i>Resultados</i>	Banco de reactivos a partir de las recomendaciones para la construcción de instrumentos de tamizaje y evaluación de riesgo suicida entre adolescentes.	Sección A: 9 factores (varianza explicada del 55.4%; $\alpha = .72$, $p < .001$). Sección B: 8 factores (varianza explicada del 60.4%; $\alpha = .78$, $p < .001$).	<i>Ejemplos de correlación:</i> Factor “Dificultades interpersonales” del IRIS v1 con el área personal negativa de Sucesos de Vida ($r = .32$, $p < .001$). Factor “Ideación suicida” del IRIS v1 con el área familiar negativa de Sucesos de Vida ($r = .24$, $p < .001$).

* El instrumento de tamizaje en esta etapa es válido y confiable; sin embargo, por su estructura y forma de calificación necesita simplificarse.

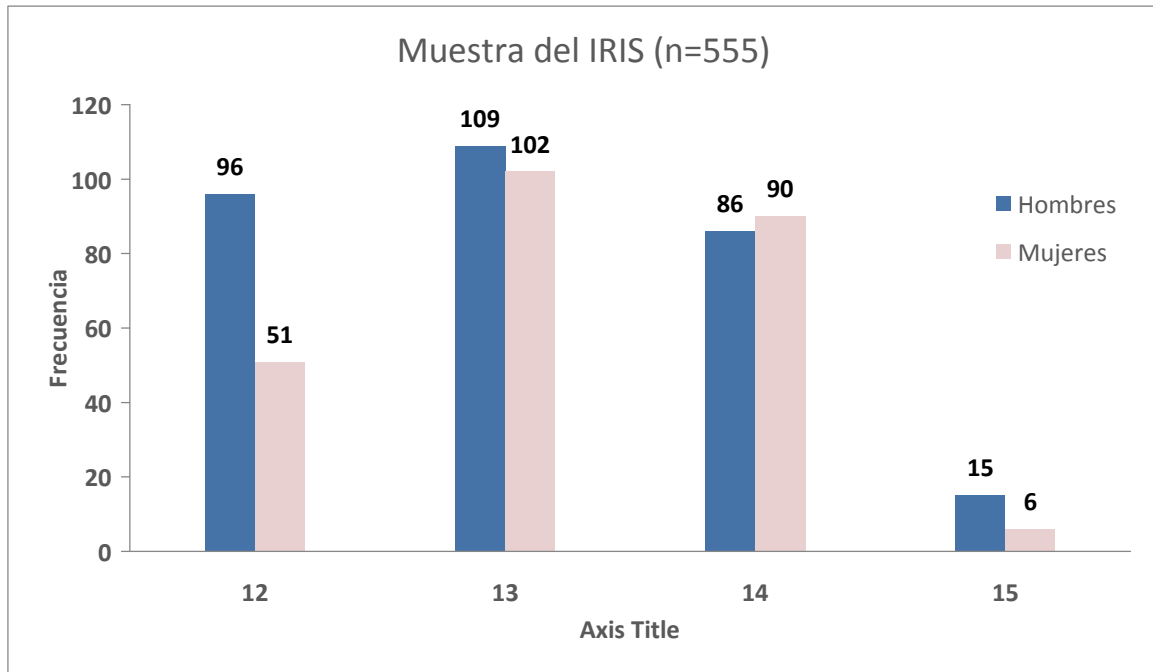


Figura 4. Distribución de la muestra para el IRIS v2 (Hernández y Lucio, 2003)

Para el caso de la validez convergente con la prueba Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio y Durán, 2003) se realizó otro estudio con una muestra de 339 adolescentes estudiantes de otra escuela secundaria pública del Distrito Federal. En la Tabla 4.4 se resumen los resultados de los estudios de confiabilidad y validez realizados con la versión final del instrumento de tamizaje.

En la Tabla 4.5 se muestran las correlaciones del IRIS con la Escala Beck de Ideación Suicida y la Subescala experimental de Ideación Suicida del MMPI-A, donde todos los valores son estadísticamente significativos.

Destacan, por ejemplo, la alta correlación del primer factor del IRIS (Ideación e intencionalidad suicidas) con el segundo factor de la escala Beck (Deseo de vida/muerte) al igual que con la Subescala del MMPI-A.

En cuanto a la correlación del IRIS con el cuestionario de Sucesos de Vida forma Adolescentes (ver Tabla 4.6), se observa que las siete áreas de sucesos de vida adversos o negativos se asocian significativamente con los tres factores del instrumento de tamizaje. Las principales correlaciones se presentan entre los sucesos personales y familiares negativos con las subescalas del IRIS que evalúan ideación e intencionalidad suicidas así como con depresión y desesperanza.

Los resultados en los distintos estudios sugieren entonces que el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes "IRIS" (Hernández y Lucio, 2003) es un instrumento válido y confiable.

Tabla 4.3 Estructura factorial (rotación varimax) del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” v2 (Hernández y Lucio, 2003).

<i>Reactivo</i>	<i>Factor 1: Ideación e intencionalidad suicidas</i>	<i>Factor 2: Depresión y desesperanza</i>	<i>Factor 3: Ausencia de circunstancias protectoras</i>	<i>h²</i>
49 He planeado mi propia muerte.	.84			.77
50 He intentado quitarme la vida.	.83			.72
25 He pensado en suicidarme.	.81			.80
32 Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.	.64			.71
11 He deseado estar muerto (a).	.62			.66
27 Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.	.59			.42
12 Quisiera irme de este mundo.	.57			.64
16 He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa.	.52			.60
44 Desearía no haber nacido.	.52			.65
8 Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.	.45			.43
40 Me siento confundido (a) respecto a73		.60
38 Me cuesta trabajo concentrarme.		.65		.45
43 Me he sentido desilusionado (a) de la vida.		.61		.66
20 Me siento triste.		.59		.50
30 Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.		.56		.66
23 Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).		.54		.42
04 Creo o siento que soy un fracaso.		.53		.54
47 He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.		.46		.41
07 Me han tomado en serio.			.79	.65
01 Mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.			.75	.60
31 Se preocupan por mí.			.64	.51
09 Me he sentido lleno (a) de energía.			.62	.48
03 En mi vida han habido buenos momentos.			.61	.46
05 Me he sentido satisfecho (a) con mi vida.			.60	.51
<i>Varianza explicada</i>	21.8%	18.1%	17.7%	
<i>Consistencia interna</i>	$\alpha=.92$	$\alpha=.86$	$\alpha=.82$	

Tabla 4.4 Historial de estudios sobre la confiabilidad y validez del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” en su versión final. †

	<i>Estudios</i>			
	Estudio 1.	Estudio 2.	Estudio 3.	Estudio 4.
<i>Objetivo (s)</i>	Confiabilidad y validez del IRIS (v2)	Validez concurrente del IRIS (v2) y Beck	Validez concurrente del IRIS (v2) y MMPI-A	Validez convergente del IRIS (v2) y Sucesos
<i>Instrumento (s)</i>	Evaluar la confiabilidad y validez factorial del instrumento de tamizaje en su segunda versión.	Evaluar la validez concurrente del instrumento de tamizaje con la Escala Beck de Ideación Suicida.	Evaluar la validez concurrente del instrumento de tamizaje con la Subescala MMPI-A de ideación suicida.	Evaluar la validez convergente del instrumento de tamizaje con la prueba Sucesos de Vida.
<i>Participantes</i>	IRIS v2 (Hernández y Lucio, 2003).	IRIS v2 (Hernández y Lucio, 2003); Escala Beck de Ideación Suicida “ISB” (González-Macip et al., 2000).	IRIS v2 (Hernández y Lucio, 2003); Subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A (Lucio, Loza y Durán, 2000).	IRIS v2 (Hernández y Lucio, 2003); Sucesos de Vida forma adolescentes (Lucio y Durán, 2003).
<i>Variables</i>	N=555 M=13.3, DE=.85 Hombres: 55.1% Mujeres: 44.9%	Subescalas (3) del IRIS (v2); Subescalas (3) de la ISB.	n=221 M=13.5, DE=.75 Hombres: 49.3% Mujeres: 50.7%	N=339 M=13.7, DE=1.18 Hombres: 46% Mujeres: 54%
<i>Análisis estadístico</i>	Escala de frecuencia de 50 reactivos.	Correlaciones Pearson.	Subescalas (3) del IRIS (v2); Subescala MMPI-A de ideación suicida.	Subescalas (3) del IRIS (v2); Sucesos (7 áreas) estresantes de vida.
<i>Resultados</i>	Alfas de Cronbach y análisis factorial (rotación varimax).	Correlaciones Pearson.	Correlaciones Pearson.	Correlaciones Pearson.
	Tres factores (varianza explicada del 57.6%; $\alpha = .95$): (1) Ideación e intencionalidad suicidas; (2) Desesperanza y depresión; y, (3) Ausencia de circunstancias protectoras.	<i>Todas las subescalas se correlacionan significativamente; ejemplo:</i> Ideación e intencionalidad suicidas del IRIS (v2) con Deseo de vida/muerte del Beck ($r = .67$, $p < .001$).	<i>Todas las subescalas se correlacionan significativamente; ejemplo:</i> Ideación e intencionalidad suicidas del IRIS (v2) con la subescala del MMPI-A ($r = .60$, $p < .001$).	<i>Ejemplos de correlación:</i> “Desesperanza y depresión” del IRIS (v2) con el área Personal negativa de Sucesos de Vida ($r = .67$, $p < .001$) y con el área Familiar negativa ($r = .50$, $p < .001$).

† *El instrumento de tamizaje en esta segunda versión es válido, confiable y más sencillo tanto en aplicación como en calificación; se deriva, además de los tres factores, un índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.*

Tabla 4.5 Validez concurrente del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” v2 (Hernández y Lucio, 2003) con la Escala Beck de Ideación Suicida (González-Macip et al., 2000) y la Escala experimental de Ideación Suicida del MMPI-A (Lucio, Loza y Durán, 2000).

<i>Subescalas del IRIS</i>	<i>Escala Beck de Ideación Suicida</i> [N=555]			<i>Subescala MMPI-A experimental de ideación suicida</i> [n=221]
	Planeación e intencionalidad suicidas	Deseo de muerte / deseo de vida	Motivación de muerte / motivación de vida	
1: Ideación e intencionalidad suicidas	.42**	.67**	.45**	.60**
2: Depresión y desesperanza	.33**	.53**	.34**	.60**
3: Ausencia de circunstancias protectoras	.29**	.45**	.30**	.43**

** $p < .001$

Tabla 4.6 Validez convergente del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” v2 (Hernández y Lucio, 2003) con Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio y Durán, 2003).

<i>Áreas de Sucesos de Vida</i>	<i>Subescalas del IRIS v2</i> [N=339]		
	1: Ideación e intencionalidad suicidas	2: Depresión y desesperanza	3: Ausencia de circunstancias protectoras
Personal (negativo)	.61**	.67**	.57**
Familiar (negativo)	.44**	.50**	.38**
Logros y Fracasos (negativo)	.40**	.49**	.38**
Salud (negativo)	.34**	.39**	.29**
Problemas de conducta	.33**	.32**	.27**
Social (negativo)	.32**	.38**	.30**
Escolar (negativo)	.28**	.34**	.25**
Salud (positivo)	-.30**	-.32**	-.20**

** $p < .001$

Calificación del instrumento de tamizaje IRIS.

Las puntuaciones T son puntuaciones uniformes para cada subescala e índice del IRIS, calculadas por separado para hombres y mujeres. En las puntuaciones T un valor de T50 representa la media para esa área mientras que una diferencia de 10 respecto de la media indica una desviación estándar; así, una puntuación de T60 es una desviación estándar sobre la media y una PT30 se ubica dos desviaciones estándar debajo de la media.

Para el cálculo de las PT se sigue la siguiente fórmula:

$$PT = 50 + \left[\frac{10 (X - \bar{X})}{DE} \right]$$

donde X es la puntuación natural de un área del IRIS, \bar{X} es la media y DE la desviación estándar correspondientes; en la Tabla 7 se muestran tales datos para cada área del instrumento de tamizaje.

A través del sistema de calificación del IRIS es posible crear distintos grupos o niveles de prioridad a partir de un modelo acumulativo de riesgo. Los criterios para delimitar cada grupo o son:

- i. *Nivel alto o prioridad 1:* se han endosado los tres reactivos críticos (ideación, planeación e intento) y hay una elevación $PT > 60$ en todas las subescalas del instrumento de tamizaje
- ii. *Nivel o prioridad 2:* después del nivel anterior y que se caracterizan por haber endosado el reactivo crítico de intento suicida; puede haber una o más elevaciones $PT > 60$ en las subescalas del instrumento de tamizaje
- iii. *Nivel o prioridad 3:* después del grupo 2 y que se caracterizan por haber endosado el reactivo crítico de ideación suicida; puede haber una o más elevaciones $PT > 60$ en las subescalas del instrumento de tamizaje
- iv. *Nivel o prioridad 4:* no han endosado reactivos críticos y presentan elevación $PT > 60$ en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

4.7 Metodología del estudio final.

FASE I: Estimación del riesgo suicida y sucesos de vida estresantes.

Objetivos generales de la Fase I

- A. Determinar la prevalencia del riesgo suicida y de sucesos de vida estresantes en la población de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.
- B. Evaluar la asociación entre riesgo suicida y sucesos de vida estresantes en la población de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.

Objetivos específicos de la Fase I

1. Describir la población escolar tamizada para riesgo suicida.

Variables de estudio:

- a. Edad y sexo de la población.
 - i. Tamaño de la muestra final (perfiles válidos) respecto a la población escolar tamizada; distribución de la edad y sexo
- b. Configuración familiar.
 - i. Tipo de familia: nuclear, uniparental, extensa, reconstituida, adopción, número y lugar entre los hermanos
- c. Escolaridad y ocupación de los padres.
- d. Situación económica.
 - i. Sostén económico de la familia, habitación, servicios, gasto diario
- e. Situación académica del alumnado
 - i. Tipo de escuela, actividades extracurriculares

Tipo y diseño de estudio: descriptivo mediante encuesta.

Participantes: población escolar de la escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal, turno matutino.

Instrumento(s): Información sociodemográfica, forma para adolescentes (Lucio et al., 2003).

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central, de dispersión y análisis de frecuencias.

2. Determinar el nivel y prevalencia del riesgo suicida.

Variables de estudio:

Cap. 4: Metodología y estudios previos

- a. Niveles de riesgo suicida del IRIS.
- b. Prevalencia de la ideación suicida.
 - i. Frecuencia de respuesta y estimación del riesgo de ideación
- c. Prevalencia de la planeación suicida.
 - i. Frecuencia de respuesta y estimación del riesgo de planeación
- d. Prevalencia del intento de suicidio.
 - i. Frecuencia de respuesta y estimación del riesgo de intento

Tipo y diseño de estudio: prevalencia mediante encuesta.

Participantes: población escolar de la escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal, turno matutino.

Instrumento(s): Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández y Lucio, 2003).

Análisis estadístico: Análisis de frecuencias y tablas 2X2 para la estimación del riesgo:

Tabla 4.7 Tabla 2X2 para estimación de riesgos

	Mujeres	Hombres	Total
<i>Casos</i>	a	b	M ₁
<i>No casos</i>	c	d	M ₀
<i>Total</i>	N ₁	N ₀	T

donde: Riesgo total (R) = M_1 / T

Riesgo entre mujeres (R₁) = a/N_1

Riesgo entre hombres (R₀) = b/N_0

Riesgo relativo (RR) = $[R_1] / [R_0]$

Diferencia de riesgo (DR) = $R_1 - R_0$

Razón de momios / odds ratio (OR) = $[a d] / [b c]$

3. Determinar la prevalencia de sucesos de vida estresantes.

Variables de estudio:

- a. Prevalencia de sucesos por área y tipo.

- i. Sucesos por área: familiar, social, logros y fracasos, salud, personal, escolar, problemas de conducta
- ii. Sucesos de tipo positivo y negativo
- b. Diferencias de acuerdo al sexo.
- c. Distribución de sucesos en la muestra de acuerdo a la edad.

Tipo y diseño de estudio: prevalencia mediante encuesta.

Participantes: población escolar de la escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal, turno matutino.

Instrumento(s): Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio y Durán, 2003).

Análisis estadístico: Análisis de frecuencias y pruebas t de Student para las diferencias de acuerdo al sexo.

Tablas 2X2 para la estimación del riesgo (frecuencia y asociación); ver 4.7.

4. Evaluar la asociación entre riesgo suicida y la exposición a sucesos estresantes.

Variables de estudio:

- a. Riesgo de ideación suicida por exposición a sucesos estresantes.
- b. Riesgo de planeación suicida por exposición a sucesos estresantes.
- c. Riesgo de intento suicida y exposición a sucesos estresantes.

Tipo y diseño de estudio: estudio de caso-no caso con dos categorías de exposición.

Participantes: población escolar de la escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal, turno matutino.

Instrumento(s): Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández y Lucio, 2003).

Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio y Durán, 2003).

Análisis estadístico: Regresión logística empleando razón de momios (odds ratios).

Tablas 2X2 para la estimación del riesgo (frecuencia y asociación):

Tabla 4.8 Tabla 2X2 para estimación de riesgos

	Exposición a sucesos de vida estresantes		Total
	Expuesto	No expuesto	
<i>Caso</i>	a	b	M ₁
<i>No caso</i>	c	d	M ₀
<i>Total</i>	N ₁	N ₀	T

donde: Riesgo total (R) = M_1 / T

Riesgo de los expuestos (R_1) = a/N_1

Riesgo de los no expuestos (R_0) = b/N_0

Riesgo relativo (RR) = $[R_1] / [R_0]$

Diferencia de riesgo (DR) = $R_1 - R_0$

Razón de momios / odds ratio (OR) = $[a d] / [b c]$

Procedimiento general de la Fase I:

Se obtuvo permiso de las autoridades escolares para la implementación de la estrategia y aplicación de los instrumentos. Asimismo, se llevó a cabo una reunión informativa con los padres de familia acerca de toda la estrategia y se repartieron folletos explicativos de la misma (ver Anexo X).

La administración de los cuestionarios fue grupal por psicólogos pasantes o titulados entrenados para tal fin.

La participación de los estudiantes para el tamizaje fue voluntaria y no anónima. Se explicaron los fines del tamizaje así como la confidencialidad de los registros y resultados.

Se emplearon hojas de respuesta para lectora óptica y el análisis de datos se realizaron mediante SPSS versión 13 y STATA versión 8.

FASE II: Caracterización del adolescente en riesgo suicida.

Objetivos generales de la Fase II

- A. Caracterizar al adolescente estudiante detectado como en riesgo dentro de la población de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal en los rubros de riesgo suicida y personalidad.
- B. Evaluar la asociación entre riesgo suicida y personalidad en el grupo de adolescentes estudiantes detectados como en riesgo dentro de la población de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.

Objetivos específicos de la Fase II

- 1. Describir el perfil de riesgo suicida en el grupo de adolescentes detectado como en riesgo.**

Variables de estudio:

- a. Áreas del riesgo suicida.
 - i. Ideación e intencionalidad suicidas
 - ii. Depresión y desesperanza
 - iii. Ausencia de circunstancias protectoras
 - iv. Malestar psicológico asociado al riesgo suicida
- b. Diferencias de acuerdo al sexo.

Tipo y diseño de estudio: descriptivo, transversal.

Instrumento(s): Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández y Lucio, 2003).

Participantes: submuestra de adolescentes detectados como en riesgo de la Fase I: tamizaje.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión).

Pruebas t de Student para las diferencia de acuerdo al sexo en cada una de las cuatro dimensiones del riesgo suicida.

2. Determinar el perfil de personalidad del adolescente en riesgo suicida.

Variables de estudio:

- a. Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-A.
 - i. Escalas de validez
 - ii. Escalas clínicas
 - iii. Escalas de contenido
 - iv. Escalas suplementarias
- b. Diferencias de acuerdo al sexo.

Tipo y diseño de estudio: descriptivo, transversal.

Instrumento(s): Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (Lucio et al, 1998).

Participantes: submuestra de adolescentes detectados como en riesgo de la Fase I: tamizaje.

Análisis cualitativo: Sistema interpretativo de Archer (2000) de acuerdo a tipos de código del MMPI-A e interpretación por grupos de escalas para hombres y mujeres de acuerdo a Lucio y cols. (1998; 2002).

Análisis estadístico: Estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión).

Pruebas t de Student para las diferencia de acuerdo al sexo en cada subescala del inventario de personalidad.

3. Evaluar la asociación entre personalidad y riesgo suicida.

Variables de estudio:

- a. Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-A.
 - i. Escalas de validez
 - ii. Escalas clínicas
 - iii. Escalas de contenido
 - iv. Escalas suplementarias
- b. Áreas del riesgo suicida.
 - i. Ideación e intencionalidad suicidas
 - ii. Depresión y desesperanza

- iii. Ausencia de circunstancias protectoras
- iv. Malestar psicológico asociado al riesgo suicida

<i>Tipo y diseño de estudio:</i>	correlacional.
<i>Instrumento(s):</i>	Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (Lucio et al, 1998). Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández y Lucio, 2003).
<i>Participantes:</i>	submuestra de adolescentes detectados como en riesgo de la Fase I: tamizaje.
<i>Análisis estadístico:</i>	Correlaciones bivariadas Pearson (dos colas).

Procedimiento general de la Fase II:

Se llevó a cabo una reunión con los adolescentes y otra con los padres de estos adolescentes identificados como en riesgo. Se hizo un registro de los participantes y se emplearon formas de consentimiento informado para esta segunda y tercera fases de la estrategia (ver Anexo X).

La administración del cuestionario de personalidad fue grupal a cargo de psicólogos pasantes o titulados entrenados para tal fin.

La participación de los estudiantes para la Fase II fue voluntaria y no anónima. Se explicaron los fines de la evaluación así como la confidencialidad de los registros y resultados.

Se emplearon hojas de respuesta para lectora óptica y el análisis de datos se realizó mediante SPSS versión 13.

FASE III: Intervención psicológica para el riesgo suicida.

Objetivos generales de la Fase III

- A. Realizar un análisis descriptivo de la intervención psicológica grupal implementada para el riesgo suicida en adolescentes estudiantes de acuerdo a:
 - i. Objetivos, actividades y observaciones de cada una de las 20 sesiones.
 - ii. Sesión tipo (desarrollo y técnicas psicoterapéuticas empleadas).
- B. Evaluar el efecto de la intervención psicológica grupal sobre el riesgo suicida entre los adolescentes participantes que fueron detectados como en riesgo de la población estudiantil de una escuela secundaria pública del sur del Distrito Federal.

Objetivos específicos de la Fase III

1. Describir la intervención psicológica grupal.

Variables de estudio:

- a. Temas y contenidos de la psicoterapia grupal.
- b. Asistencia a las sesiones.
- c. Observaciones de los terapeutas de cada sesión.

Tipo y diseño de estudio: Análisis descriptivo.

Instrumento(s): Bitácora y video documentación de la intervención.

Participantes: submuestra de adolescentes detectados como en riesgo de la Fase I (tamizaje) e integrados en el grupo tratado con una asistencia del 80%.

Análisis cualitativo: -Sesión tipo.
-Reseña de las sesiones incluyendo tema, objetivos, actividades o técnicas y observaciones de los terapeutas.

2. Evaluar los efectos del tratamiento sobre las diferentes áreas del riesgo suicida en el grupo de adolescentes identificados como en riesgo.

Variables de estudio:

- a. Mortalidad experimental.
- b. Diferencias pretest-postest.
- c. Diferencias entre grupos.
- d. Efecto del tratamiento de acuerdo a la pertenencia de grupo.

- i. Variable independiente: pertenencia al grupo (tratado y no tratado)
 - ii. Variable dependiente: postest en las dimensiones del riesgo suicida
 - iii. Covariables: pretest en las dimensiones del riesgo suicida
- e. Efecto del tratamiento de acuerdo a la asistencia al grupo.
- i. Variable independiente: asistencia al grupo (número de sesiones asistidas)
 - ii. Variable dependiente: postest en las dimensiones del riesgo suicida
 - iii. Covariables: pretest en las dimensiones del riesgo suicida

<i>Tipo y diseño de estudio:</i>	<p>Dos mediciones (pretest y postest) con dos grupos: tratado y no tratado.</p> <p>Diseño no balanceado sin asignación aleatoria.</p>
<i>Instrumento(s):</i>	<p>Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández y Lucio, 2003).</p> <p>Subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A (Lucio, Loza y Durán, 2000).</p>
<i>Participantes:</i>	<p>submuestra de adolescentes detectados como en riesgo de la Fase I (tamizaje) que hayan completado las mediciones del pre y postest.</p> <p>Para la conformación de los grupos se siguieron estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grupo tratado con una asistencia del 80%; - grupo no tratado o comparativo con aquellos adolescentes que asistieron menos del 20% del tratamiento o que no se presentaron al grupo.
<i>Análisis cualitativo:</i>	<p>Inspección visual de los perfiles de cada participante (pretest y postest en cada dimensión del riesgo suicida).</p>
<i>Análisis estadístico:</i>	<p>Pruebas t de Student para las diferencias entre grupos y pretest-postest.</p> <p>Tamaño del efecto mediante el coeficiente <i>d</i> de Cohen.</p> <p>Análisis multivariado de covarianza (MANCOVAs):</p>

Cap. 4: Metodología y estudios previos

- pruebas multivariadas para efectos de pertenencia y asistencia al grupo;
- pruebas univariadas para efectos de las covariables.
- prueba de hipótesis y medias marginales estimadas.

3. Determinar la significancia clínica del tratamiento.

Mientras que en la sección de análisis preliminares de los MANCOVAs se utilizó la prueba t de Student para las comparaciones estadísticas entre el pretest y postest, tales diferencias pueden ser no clínicamente significativas ya que pueden ser lo no suficientemente grandes en términos prácticos.

El cambio clínicamente significativo debe representar un cambio hacia el funcionamiento normal (Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984); es decir, “el estatus de un paciente se caracteriza como modificado clínicamente de forma significativa cuando el nivel de funcionamiento medido se localiza en el rango no funcional al inicio del tratamiento y dentro del rango funcional hacia el final del tratamiento, si tal cambio es estadísticamente confiable” (Bauer, Lambert & Nielsen, 2004, p. 61).

Variables de estudio:

- Distribución de las puntuaciones en las áreas del riesgo suicida para el grupo en riesgo y la muestra sin riesgo.
- Fiabilidad de cada subtest empleado (alfa de Cronbach).
- Puntuaciones del pretest y postest.
- Puntuaciones de corte para cada rubro del riesgo suicida.
- Índices de cambio confiable (ICCs) de Jacobson y Truax (1991).
- Categorías de cambio confiable (Bauer, Lambert y Nielsen, 2004):
 - Recuperados (pasan punto de corte e $ICC > |1.96|$).
 - Con mejoría (pasan punto de corte pero $ICC < |1.96|$).
 - Sin cambio (ninguno de los dos criterios)
 - Deteriorados ($ICC > |1.96|$ pero incrementa el malestar).

Tipo y diseño de estudio: Significancia clínica, dos mediciones, un solo grupo.

Instrumento(s): Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández y Lucio, 2003).

Subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A (Lucio, Loza y Durán, 2000).

Participantes: submuestra de adolescentes detectados como en riesgo de la Fase I (tamizaje) e integrados en el grupo tratado con una asistencia del 80%.

Análisis estadístico: Método C de Jacobson y Truax (1991) para el cálculo del índice de cambio confiable, donde el valor crítico es $|1.96|$ al 95%; intervalos de confianza de 1.28 y .84 al 90% y 80%, respectivamente.

Procedimiento general de la Fase III:

La intervención grupal se realizó en uno de los laboratorios de la institución; se pidió la aprobación para video documentar el proceso y se explicó la finalidad de tal procedimiento.

La frecuencia de las sesiones fue de dos veces por semana; la duración de cada sesión fue de una hora y veinte minutos. En total se realizaron 21 sesiones.

La participación de los estudiantes para la Fase III fue igualmente voluntaria; se explicaron los fines de la intervención terapéutica así como la confidencialidad de los registros y resultados.

Como criterio de exclusión se estableció el asistir o recibir algún tipo de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de cualquier tipo en alguna institución pública o privada, con algún profesional del área de salud mental de modo particular, por problemas de aprendizaje, conducta, abuso de sustancias u otro tipo de trastorno psiquiátrico. Se emplearon hojas de respuesta para lectora óptica en la medición posttest y el análisis de datos se llevó a cabo mediante SPSS versión 13; para el cálculo de la significancia clínica se empleó el software MacRCI de Watkins (2006).

Capítulo 5:

Tratamiento

5.1 Antecedentes de la intervención psicológica.

La intervención psicológica que se llevó a cabo tiene fundamento teórico en diferentes modelos de evaluación y tratamiento de adolescentes en riesgo de problemas emocionales, incluido el suicidio. Por una parte, se retomó el modelo de evaluación colaborativa de Fischer (1985) y de Finn (1996) donde se plantea el efecto terapéutico del uso de las pruebas psicológicas en los usuarios de servicios de salud mental. Por otro lado, se han incorporado diferentes elementos de la terapia estructurada con adolescentes de Corder (1994; 2000) además de los contenidos temáticos y actividades del programa para la prevención del suicidio en adolescentes de Los Samaritanos (2001).

Dentro del primer modelo, el usuario o paciente participa en el proceso de formular preguntas sobre las diferentes situaciones que le generan malestar psicológico (en este caso, ideas o pensamientos de muerte, o intenciones/amenazas suicidas) y su relación con los objetivos de los instrumentos de evaluación (personalidad, capacidad intelectual, entre otros). En el caso de los adolescentes que han sido referidos de la fase de identificación o tamizaje, el modelo tiene como propósito dentro del tratamiento psicosocial llevar a cabo un proceso donde el adolescente pueda integrar preguntas sobre sus circunstancias actuales de vida y su relación con los deseos de muerte (Finn, 1996; The Samaritans, 2001).

A partir de la información recabada en los instrumentos de tamizaje y de sucesos de vida, se prepara un reporte-guía que da pauta a la retroalimentación con el adolescente (Finn, 1996). A medida que se devuelve la información integrada y adaptada proveniente de las pruebas y la entrevista al adolescente que acude a recibir el tratamiento, tanto él como el terapeuta establecen un intercambio dinámico de información que tiene como objetivo crear y ofrecer al adolescente un espacio terapéuticamente seguro que le permita la libre expresión de emociones que originan las situaciones adversas o estresantes asociadas al pensamiento de suicidio, así como a las demás situaciones de malestar psicológico evaluadas previamente (Finn & Tonsager, 1997). Durante el transcurso de la terapia, se pueden integrar otras preguntas o reformular las inicialmente hechas para tratar de entender y clarificar los sentimientos y emociones que el adolescente ha retenido o reprimido en torno a las diferentes áreas exploradas (relaciones interpersonales, dificultades en la escuela, con la familia, situaciones personales, etc.) (Finn, 1996).

Del modelo de terapia estructurada de Corder (1994; 2000) destaca principalmente la participación de la familia en el proceso del adolescente. Además de la devolución de información que plantea esencialmente el modelo de Fischer (1985) y Finn (1996), la participación de los padres de familia o de la familia entera es un componente importante para el proceso terapéutico de los adolescentes porque les permite la posibilidad de compartir con ellos lo alcanzado en la terapia, y la extensión de este intercambio de información (Corder, 1994). Cuando este componente entonces se incorpora hacia el final del proceso terapéutico, los adolescentes y sus familias pueden preguntar o comentar sobre las expectativas del tratamiento, por un lado, e intercambiar o aclarar opiniones o emociones alrededor de situaciones generadoras de estrés, angustia o temor bajo lineamientos generales provistos por el terapeuta (Corder, 1994; 2000).

En la **Tabla 5.1** se muestra un resumen de los estudios de caso (n=12) del piloto de esta modalidad de tratamiento atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Tabla 5.1 Historial resumen de los adolescentes estudiantes atendidos de forma individual (n=12) en el estudio piloto de la estrategia de intervención en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

<i>Identificación</i>	<i>Evaluaciones</i>		<i>Número de sesiones</i>	<i>Motivo de la referencia</i>	<i>Observaciones</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>			
“PE” 14 años Masculino	✓	✗	19	Ideación suicida e intención suicida (saltar desde la azotea de su casa). Dificultades en la familia (agresión física y psicológica) y rendimiento escolar pobre.	Aunque el adolescente y su familia mostraron interés por la terapia al final abandonó por motivos que él reportó como escolares. El avance en su proceso permitió la externalización de emociones en torno a la relación conflictiva con los padres, especialmente con la madre (agresión física y verbal). Asimismo, su repertorio para el manejo del enojo e impulsividad se amplió y se confrontaron fantasías respecto a la forma de afrontar la dinámica agresiva de la familia. Se abordaron aspectos sobre el maltrato y negligencia donde PE pudo identificar e iniciar a manejar las situaciones familiares que lo motivaban a pensar en la muerte e incidir sobre conductas auto agresivas. Se recomendó a los padres terapia de pareja, a lo que la madre se mostró desinteresada, contrario a la actitud del padre.
“LO” 13 años Masculino	✓	✗	14	Ideación suicida e intención suicida (amenazó con cortarse las venas de la	El maltrato de la madre y las dificultades económicas en la familia le orillaron a las situaciones antes enunciadas. Dificultad para la introspección y la expresión de emociones. En su proceso se logró la externalización de dudas respecto a diversos temas como de

Tabla 5.1 Historial resumen de los adolescentes estudiantes atendidos de forma individual (n=12) en el estudio piloto de la estrategia de intervención en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

<i>Identificación</i>	<i>Evaluaciones</i>		<i>Número de sesiones</i>	<i>Motivo de la referencia</i>	<i>Observaciones</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>			
				muñeca). Problemas de conducta y bajo rendimiento escolar.	sexualidad así como la integración de aspectos de su personalidad en relación con el comportamiento desafiante hacia la autoridad (en la escuela). Abandonó el tratamiento por sugerencia de los padres y por falta de tiempo por los cursos de regularización de materias reprobadas del ciclo.
"EM" 14 años Masculino	✓	✓	23	Ideas suicidas e intento de suicidio previo (se cortó la muñeca con tijeras). Baja auto estima y dificultad para relacionarse con los demás; dificultades en el área familiar.	El adolescente presenta ideación suicida desde la primaria; la motivación principal gira en torno a las altas expectativas de la familia sobre el rendimiento académico y la responsabilidad para con los hermanos menores. Existen problemas entre los padres además de importantes dificultades económicas. Se exploran los eventos adversos y rasgos de personalidad en relación a los problemas planteados y que él mismo reconoce y evalúa. Se logra que el adolescente deje de considerar el suicidio como una opción y se amplía su repertorio de afrontamiento. Disminuye el malestar psicológico asociado y mejoran las relaciones interpersonales al igual que la relación con los padres. Se tienen un par de sesiones con la familia completa así como evaluaciones de seguimiento. Se considera un caso exitoso; destaca en la video documentación del proceso, el desenvolvimiento y estado de ánimo entre el inicio, final del tratamiento y las sesiones de seguimiento.
"AB" 14 años Femenino	✓	✗	18	Ideación y planes suicidas, bajo rendimiento académico y problemas de conducta.	Esta chica reporta situaciones de agresión física (su madre le pega con el cinturón) y psicológica tanto en la escuela (amenazas de agresión por parte de sus compañeros) como en su casa. Se siente insatisfecha con su vida, ha tenido problemas serios con sus compañeros de escuela, no tiene amigos cercanos, y reporta opiniones negativas acerca de sí misma. El riesgo suicida se caracteriza por episodios donde ha abusado del alcohol, conducta oposicionista y desafiante así como desconfianza hacia el tratamiento psicológico. Dentro de la terapia se abordan las situaciones del uso del alcohol

Tabla 5.1 Historial resumen de los adolescentes estudiantes atendidos de forma individual (n=12) en el estudio piloto de la estrategia de intervención en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

<i>Identificación</i>	<i>Evaluaciones</i>		<i>Número de sesiones</i>	<i>Motivo de la referencia</i>	<i>Observaciones</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>			
					e impulsividad, la relación con la madre y sus relaciones interpersonales. Después de un aparente progreso dentro del tratamiento lo abandona argumentando que no tiene tiempo por sus labores escolares.
"JE" 14 años Masculino	✓	✓	24	Ideas suicidas, síntomas depresivos. Bajo rendimiento académico, dificultades en la familia.	La madre refiere la pobre y mala relación del adolescente con su padre; existen dificultades económicas y en la escuela. El adolescente en su proceso muestra una progresión en diversas áreas, como la expresión de emociones, comunicación de intereses e introspección sobre los aspectos de su personalidad y la relación con el fracaso escolar. Se logran identificar y clarificar las situaciones de estrés y ansiedad en torno al padre además de los recursos internos para superar las dificultades en la escuela. Disminuyen los niveles de ansiedad y depresión, así como se ampliaron los intereses personales. Se tienen un par de sesiones con la familia hacia el final de tratamiento donde el padre se muestra reticente al cambio de expectativas y desconfiado del proceso terapéutico; sin embargo, el adolescente reconoce en la situación un ejemplo del origen de su ansiedad. Se completa la evaluación post tratamiento.
"JO" 15 años Masculino	✓	✗	3	Ideación suicida, ausentismo en la escuela y dificultades con los padres.	Después de un par de sesiones donde se amplió la evaluación psicológica (además de los resultados del tamizaje en la escuela secundaria), JO dejó de asistir. La madre se muestra suspicaz por la videodocumentación del proceso; se le explican las razones pero aún así se muestra preocupada. Reporta el alcoholismo del padre y el ausentismo de JO no solo de la escuela sino de la casa. Destaca también que el adolescente reportó a su madre haber asistido al centro de servicios en tres ocasiones siendo que no acudió a sus citas; posterior a esta situación, se presentó una vez para ya no regresar más.
"JR" 14 años Masculino	✓	✗	4	Intenciones suicidas, baja autoestima	Acudió a la entrevista y evaluación pero concluida ésta dejó de asistir. Reportó que los planes e intenciones suicidas surgieron ante

Tabla 5.1 Historial resumen de los adolescentes estudiantes atendidos de forma individual (n=12) en el estudio piloto de la estrategia de intervención en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

<i>Identificación</i>	<i>Evaluaciones</i>		<i>Número de sesiones</i>	<i>Motivo de la referencia</i>	<i>Observaciones</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>			
				(imagen corporal negativa).	un episodio donde descubrió al padre teniendo relaciones sexuales con otra mujer en el camarote del tráiler donde viajaban. Aunque este chico y su madre se muestran muy interesados en participar en el programa, el chico no asiste aún cuando se establece contacto telefónico con él y se acuerdan citas posteriores.
"MH" 13 años Femenino	✓	✗	4	Ideación suicida, conductas autolesivas, abuso de alcohol.	Además del uso y abuso frecuente del alcohol, la adolescente reporta el abuso físico del padre. Se muestra desafiante y muy desconfiada durante todo el tiempo que asiste al centro y al mismo tiempo revela la agresión y violencia en la familia. Cuando la chica comenta al padre que en terapia ha reportado que éste la golpea, deja de asistir. En la última sesión la chica comenta que el padre se muestra "preocupado" por la video documentación y la revelación respecto al maltrato; también acude el padre y anuncia que ya no asistirán al centro. Se refiere el caso a otra terapeuta, la chica acude un par de sesiones más pero finalmente abandona el tratamiento.
"LU" 13 años Femenino	✓	✗	8	Ideación suicida recurrente, planes y gestos. Imagen corporal distorsionada y dificultades interpersonales importantes.	Comenta que le costó mucho trabajo el ingreso a la secundaria porque en la primaria había estado solamente con mujeres. No tiene amigos cercanos y no le gusta salir de su casa, aún cuando la madre la motiva a tener amigos y salir a divertirse. Reporta una imagen corporal distorsionada (cree tener sobrepeso y ser fea) así como desinterés en conocer otras personas. Continúa su tratamiento en la escuela con el grupo de psicoterapia que ahí se crea, pero se muestra desinteresada. Acude a algunas sesiones y deja el tratamiento. Al finalizar el ciclo escolar se da de baja y cambia de escuela.
"JL" 13 años Masculino	✓	✗	8	Ideación suicida y sintomatología depresiva. Negligencia de los padres y	No vive con sus padres; la madre lo "llevó" con uno de sus tíos. El adolescente reporta que la madre lo golpeaba constantemente y que "prefirió" irse con sus tíos ya que éstos no pueden tener hijos propios y le ofrecieron hacerse cargo de él. Se muestra resistente a

Tabla 5.1 Historial resumen de los adolescentes estudiantes atendidos de forma individual (n=12) en el estudio piloto de la estrategia de intervención en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

<i>Identificación</i>	<i>Evaluaciones</i>		<i>Número de sesiones</i>	<i>Motivo de la referencia</i>	<i>Observaciones</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>			
				problemas de conducta.	hablar sobre lo que le acontecía cuando vivía con su madre y hermanos. Después de las sesiones individuales continua el tratamiento en grupo en la misma escuela. Muestra actitudes diferentes (en el centro es reservado, en la escuela indisciplinado); después de varias sesiones en la escuela el chico es dado de baja. La tía que lo cuidada reporta que su madre regresó por él; sus compañeros comentan que probablemente se haya ido a vivir a Estados Unidos.
"YK" Masculino 13 años	✓	✗	12	Intento de suicidio previo, conductas autolesivas, bajo rendimiento académico y malestar físico.	En un inicio la madre está muy entusiasmada con el tratamiento, pero después de dos semanas empieza a dejar de llevarlo; al inicio avisa antes y cancela las citas, posteriormente deja de llevar al chico. Además de una sintomatología depresiva por la separación de los padres y la rigidez de la madre, el adolescente reporta dificultades para relacionarse con los demás en la escuela; aún cuando es un adolescente introspectivo e inteligente no se siente motivado y su rendimiento escolar le ha generado problemas importantes. Aunque el chico dice querer completar el tratamiento, la madre no se muestra convencida del avance. Dentro del tratamiento se propuso una mayor interacción con el padre y la negociación de reglas dentro de la casa.
"CH" Masculino 13 años	✓	✓	24	Sintomatología depresiva, problemas de conducta y bajo rendimiento académico.	Llega a la primera sesión sin saber que se trataba de un programa de intervención. Desde un inicio se muestra vulnerable a las dificultades de vivir con la familia extensa, tener padres separados y expectativas altas por ser el mayor así como tener que cuidar a los hermanos menores. Reporta sentirse triste desde la primaria y no reporta ideación ni planes suicidas. Se trabaja sobre la relación con el padre, el efecto de su ausencia física y emocional, y el desarrollo de habilidades sociales. Se tienen además varias sesiones con la madre y los hermanos hacia el final del tratamiento así como sesiones de seguimiento. Dentro de los cambios que el

Tabla 5.1 Historial resumen de los adolescentes estudiantes atendidos de forma individual (n=12) en el estudio piloto de la estrategia de intervención en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

<i>Identificación</i>	<i>Evaluaciones</i>		<i>Número de sesiones</i>	<i>Motivo de la referencia</i>	<i>Observaciones</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>			
					<p>adolescente reporta están el haber mejorado sus relaciones con los compañeros de escuela, el manejo (aceptación) de la ausencia del padre, y el deslinde de responsabilidades/ roles en su familia. Este caso se considera de especial importancia porque, entre otras cosas, la disminución de la ideación suicida así como la mejoría en el estado de ánimo se aprecian claramente en la video documentación y en las evaluaciones del postest.</p>

5.2 Sesión Tipo.

A continuación se presenta un ejemplo real de sesión como “sesión tipo” llevado a cabo en la secundaria donde se implementó la intervención psicológica en la versión final de la estrategia.

Sesión #7 Lunes 28 de febrero de 2005

Tema: La vida y la muerte (suicidio 1ª parte)

I. 13:40 - 14:00 Comida (20 min):

- A. Asignación de roles (*recordar leyenda al reverso*).
 - 1. *Orden & Anfitrión.*
 - a) Poner mochilas y todo material de la jornada en las orillas sobre las mesas. *Pedir que solamente saquen lapicera.*
 - b) **Pasar lista** y repartir gafetes a los asistentes.
 - 2. *Resumen & Evaluación; recordar leyenda.*
 - 3. *Motivador & Protector; recordar leyenda.*
- B. EN CASO NECESARIO:
 - 1. *Tomar foto y nombre a los que hagan falta.*
 - 2. *Firmar o poner nombre a los gafetes correspondientes.*

II. 14:00 - 14:05 Conociéndonos mejor continuación/seguimiento (5 min):

- A. Completar perfil de 10 preguntas con los que hagan falta.
 - a) *Material: hojas naranjas a la mitad; repetir la dinámica haciendo parejas con los que no haya completado el perfil.*

III. 14:05 - 14:10 Reacción ante la situación más dramática ... continuación (5 min):

- A. Retomar pregunta sobre la situación más dramática de su vida
 - 1. *Repetir dinámica de la sesión #6 (miércoles 23 de febrero)*
 - 2. *Material: hoja blanca doblada en cuatro (para los participantes que no hayan completado el ejercicio).*
 - 3. *Hojas blancas de los asistentes del miércoles 23 de febrero.*

IV. 14:10 - 14:20 Discusión de las respuestas seguimiento (10 min.):

- A. Todos comparten con el grupo al menos una de las cuatro partes de su hoja.
 - 1. Explicar la situación y mencionar una de las cuatro áreas.
- B. Preguntar: *¿alguien ha tenido experiencias similares? o ¿alguien ha reaccionado de forma similar a esa situación u otras?*
- C. **¿Qué hubieran hecho los otros?**
 - 1. Pregunta: *¿Qué hubieras hecho tú?*
 - 2. *Si te paso lo mismo, ¿qué hiciste tú?*

V. 14:20 - 14:30 Asociación de palabras (Suicidio I: Sección 9 p.1 *Word Association / Youth Pack from Samaritans*) **(10 min)**.

- A. POR MESAS (igual número de participantes por mesa, máximo 4).
 - 1. Pedir que doblen la hoja A LA MITAD.
 - 2. Pedir que utilicen la hoja de forma horizontal.
- B. **Asociación libre:**
 - 1. Escribir en la primera mitad de la hoja **palabras o frases** que se les ocurran cuando escuchan la palabra “suicidio”.
- C. **Sentimientos asociados:**
 - 1. Pedir que escriban en la segunda mitad de la hoja los **sentimientos** que tengan respecto a cada palabra o frase asociada a la palabra “suicidio”.
 - a) De la lista de palabras o frases del lado izquierdo usar flecha para indicar el sentimiento o emoción del lado opuesto (derecho).
- D. **Cartulina para collage:**
 - 1. Pedir que por mesa escojan un representante que pase y pegue las hojas de cada participante en las cartulinas grandes (o pizarrón en su defecto).
 - a) *Material:*
 - (1) *Hojas blancas (1 por participante; doblada en dos).*
 - (2) *Crayones de colores (1 caja por mesa).*
 - (3) *Cartulinas blancas grandes y cinta para pegar.*

1.

VI. 14:30 - 14:40 Discusión de la asociación libre (10 min).

- A. Cada representante de mesa comenta sobre su hoja.
- B. Posteriormente, invita a sus compañeros de mesa a comentar sobre lo escrito en sus respectivas hojas.
- C. Se pide al que tenga el rol de “Motivador” que ayude en fomentar la discusión con todo el grupo.
- D. Se comenta sobre los sentimientos explorados y posible vinculación a las situaciones expuestas en la sesión anterior.

VII. 14:40 - 14:55 Lluvia de ideas respecto al suicidio (Suicidio II: Sección 9 p.2 *Suicide Brainstorm / Youth Pack from Samaritans*) **(15 min)**.

- A. *Nota: esta actividad se implementa si hay tiempo o la discusión es limitada (plan a), o bien, como tarea (plan b).*
- B. **Ahora en parejas:**
 - 1. Hacer una lista de las razones/motivos por las que una persona podría considerar el quitarse la vida.
- C. **En grupo:**

1. Utilizar la lista de razones/motivos para fomentar la discusión del grupo del por qué aunque algunas personas tengan estas razones/motivos no sienten que deban quitarse la vida.
2. ¿Son válidas estas razones/motivos para considerar el suicidio? (como inducción al concepto del suicidio como NO opción).
3. *Retomando el ejercicio anterior del episodio dramático: ¿qué harían si conocieran a alguien que se sienta así? ¿qué han hecho si alguna vez se han sentido así y por qué situación (motivo/razón)?*
 - a) *Material:*
 - (1) *Hojas blancas (1 por pareja).*
 - (2) *Bolígrafos. En su defecto: crayones de colores (1 caja por mesa).*
 - (3) *Cartulinas blancas grandes y cinta para pegar (si se hace collage).*

VIII. 14:50 - 15:00 Fin de la sesión / asignación de tarea (10 min):

- A. *Tarea (de la lluvia de ideas sobre motivos/razones).*
- B. Resumen de la sesión.
 1. *Rol del resumen.*
 2. *Formas de evaluación.*
- C. Motivar a los que no participaron.
 1. *Rol del motivador.*
 2. *Dirigirse a los que no participaron.*
- D. Orden y limpieza del laboratorio.
 1. *Rol de orden.*
 2. *Entrega de gafetes y pases de salida.*
- E. Despedida.

5.3 Resumen de la intervención.

En la **Tabla 5.2** se presenta el resumen de toda la intervención psicológica grupal (veinte sesiones) tal como se llevó a cabo en la versión final de la estrategia (dentro de la escuela secundaria). De las veinte sesiones arriba resumidas se han elegido las siguientes cinco para ejemplificar el tipo de documentación (además del registro en video) así como la evaluación realizada a lo largo de la intervención psicológica grupal tal como se llevó a cabo en la versión final de la estrategia en una escuela secundaria pública del sur de la Ciudad de México:

- Sesión introductoria A: padres de familia.
- Sesión 2: Sucesos estresantes de vida.
- Sesión 10: Razones para vivir/morir (1ª parte).
- Sesión 13: Cinco mitos sobre el suicidio (1ª parte).
- Sesión 20: Evaluación global.

Tabla 5.2 Resumen de la intervención psicológica en grupo para adolescentes en riesgo suicida.

Sesión	Fecha y asistencia	Tema
A	Jueves 20/01/05 [21]	<p>“Sesión introductoria A: padres de familia”</p> <p><i>Objetivo:</i> informar a los padres/tutores del programa y pedir consentimiento para la participación de los hijos.</p> <p><i>Actividad:</i> además de la sesión de preguntas y respuestas sobre el programa se les pidió que escribieran sus expectativas respecto al programa.</p> <p><i>Materiales:</i> Tríptico y cartas de consentimiento informado; se generó una lista de asistencia (direcciones y teléfono).</p>
B	Lunes 31/01/05 [52]	<p>“Sesión introductoria B: adolescentes.”</p> <p><i>Objetivo:</i> informar a los adolescentes identificados en riesgo sobre el programa y pedir consentimiento.</p> <p><i>Actividad:</i> se explicó el programa a partir de los puntos del tríptico y el consentimiento informado (firmado por ambos, padre e hijo).</p> <p><i>Materiales:</i> Tríptico y cartas de consentimiento informado; se generó una lista de asistencia (pre registro al grupo).</p>
01	Miércoles 02/02/05 [20]	<p>“Evaluación preliminar y lineamientos generales”</p> <p><i>Objetivo:</i> conocer las expectativas hacia el grupo y establecer las reglas básicas del mismo.</p> <p><i>Actividad:</i> evaluación preliminar en ocho aspectos: (1) autodescripción, (2)</p>

Tabla 5.2 Resumen de la intervención psicológica en grupo para adolescentes en riesgo suicida.

Sesión	Fecha y asistencia	Tema
		<p>malestar principal, (3) lo que no les gusta de su familia, (4) lo que más les enoja, (5) si se consideran impulsivos o no, (6) dificultades escolares, (7) expectativas sobre el grupo, y (8) propuestas de reglas o normas.</p> <p><i>Observación:</i> se establecieron las normas (lineamientos) generales y se comentó sobre la división del grupo en dos para reducir el número de participantes.</p>
02	Lunes 07/02/05 [18]	<p>“Sucesos estresantes de vida”</p> <p><i>Objetivo:</i> contextualizar la temática a desarrollar dentro del grupo a partir de situaciones de vida estresantes experimentadas por los participantes.</p> <p><i>Actividad:</i> presentación de sucesos estresantes de vida resultantes del tamizaje mediante un ejemplo de cada una de las áreas del cuestionario Sucesos de Vida: (a) familiar, (b) social, (c) personal, (d) problemas de conducta, (e) logros y fracasos, (f) salud, y (g) escolar.</p> <p><i>Observación:</i> la discusión se centró en los diversos problemas y dificultades en el área escolar (con algunos maestros y por indisciplina).</p>
03	Miércoles 09/02/05 [23]	<p>“Evaluación preliminar: retroalimentación”</p> <p><i>Objetivos:</i> retroalimentar al grupo sobre las respuestas a la evaluación preliminar (sesión uno); reafirmar y aclarar los propósitos terapéuticos del grupo a partir de evaluación psicológica de la fase anterior (tamizaje).</p> <p><i>Actividad:</i> retroalimentación de la evaluación preliminar realizada la primera sesión y reafirmación de los lineamientos generales del grupo.</p> <p><i>Observación:</i> se divide el grupo en dos (para que haya más oportunidad en tiempo de participación); se toman las fotos para los gafetes.</p>
04	Lunes 14/02/05 [13]	<p>“Conocernos más y mejor”</p> <p><i>Objetivo:</i> integrar al grupo mediante entrevistas entre ellos.</p> <p><i>Actividad:</i> 10 preguntas sobre el otro: color, animal, deporte preferidos, lo que consideran interesante de ellos, en lo que sienten que son buenos (hábiles), lo que nunca han podido hacer, lo que les gusta en la gente, un momento dramático y otro feliz en su vida, cómo se imaginan en el futuro.</p> <p><i>Observación:</i> esta sesión es la primera con el grupo ya dividido; se inicia con las formas de evaluación por sesión (escala Likert de opinión y tres preguntas abiertas).</p>
05	Miércoles 16/02/05 [10]	<p>“Los sentimientos y emociones”</p> <p><i>Objetivo:</i> sensibilizar al grupo respecto al reconocimiento y expresión de emociones asociadas a las situaciones reportadas de malestar psicológico y riesgo suicida.</p>

Tabla 5.2 Resumen de la intervención psicológica en grupo para adolescentes en riesgo suicida.

<i>Sesión</i>	<i>Fecha y asistencia</i>	<i>Tema</i>
		<p><i>Actividad:</i> juego de adivinación de emociones (felicidad, tristeza, enojo, miedo) mediante el uso de dibujos (rostros).</p> <p><i>Observación:</i> el grupo muestra más confianza y apertura para hablar de sus dificultades; se tomaron las fotos para los gafetes y se inició la asignación de roles (orden, motivador, resumen) para cada sesión.</p>
	Lunes 21/02/05	<i>Sesión suspendida por junta mensual de los profesores (se pospone el plan para el 23 de febrero)</i>
06	Miércoles 23/02/05 [16]	<p>“La forma en que reaccionamos ante los problemas”</p> <p><i>Objetivo:</i> continuar la integración de los participantes del grupo a partir de la actividad de la sesión cuatro.</p> <p><i>Actividad:</i> revisión del “momento más dramático de su vida” en cuatro aspectos: emoción (¿cómo se sintieron?), conducta (¿qué hicieron?), resultado (¿qué pasó?), y alternativa (¿qué hubieran hecho diferente?).</p> <p><i>Observación:</i> los participantes empiezan a compartir situaciones críticas personales asociadas a la ideación suicida.</p>
07	Lunes 28/02/05 [10]	<p>“La vida y la muerte” (1ª parte)</p> <p><i>Objetivo:</i> dar seguimiento al tema de la sesión anterior y progresar hacia la temática del suicidio mediante una asociación de palabras “suicidio>emoción”.</p> <p><i>Actividad:</i> Asociación de palabras (¿qué se te ocurre cuando escuchas la palabra “suicidio”?, y ¿qué emoción te genera cada palabra que asociaste a “suicidio”?).</p> <p><i>Observaciones:</i> se presentaron datos del tamizaje sobre ideación suicida e intentos de suicidio y se discutió sobre las motivaciones o crisis suicidas como preámbulo al tema del suicidio y emociones asociadas.</p>
08	Miércoles 02/03/05 [10]	<p>“La vida y la muerte” (2ª parte)</p> <p><i>Objetivo:</i> abrir la discusión sobre las respuestas a la actividad de asociación de palabras “suicidio-emoción”.</p> <p><i>Actividad:</i> se discuten las respuestas y se plantean situaciones alrededor de la conducta suicida de amigos, familiares y compañeros de la escuela, principalmente.</p> <p><i>Observaciones:</i> se completa la actividad de asociación de palabras con los que no asistieron la sesión pasada. En general se habla de situaciones precedentes a una crisis suicida.</p>
09	Lunes 07/03/05	<p>“La vida y la muerte” (3ª y última parte)</p> <p><i>Objetivo:</i> continuar y concluir con la discusión en torno a las respuestas de</p>

Tabla 5.2 Resumen de la intervención psicológica en grupo para adolescentes en riesgo suicida.

Sesión	Fecha y asistencia	Tema
	[12]	la asociación de palabras “suicidio-emoción”. <i>Actividad:</i> se discuten casos específicos de conducta suicida entre algunos de los participantes del grupo y dentro del contexto familiar (separación e historia familiar de suicidio). <i>Observación:</i> se muestran ansiosos por las experiencias de algunos participantes que han estado expuestos a conductas suicidas y de automutilación.
10	Miércoles 09/03/05 [13]	“Razones para vivir/morir” (1ª parte) <i>Objetivo:</i> evaluar las razones para vivir que el grupo genere y contrastarlas con los motivos que los participantes consideren alguien tendría para quitarse la vida. <i>Actividad:</i> lista de razones para vivir y motivos para suicidarse; el grupo elige la razón y el motivo que más les llamen la atención <i>Observación:</i> sobresalen el tema del abuso sexual y de cómo ante las peores situaciones existen formas de afrontarlas sin considerar el suicidio como alternativa de solución.
11	Lunes 14/03/05 [10]	“Razones para vivir/morir” (2ª y última parte) <i>Objetivo:</i> continuar con la discusión sobre las razones para vivir y motivos para quitarse la vida que los participantes consideren alguien tendría. <i>Actividad:</i> continuidad a la discusión inicia en la sesión anterior; los que no asistieron en esa ocasión completan el ejercicio y hacen sus listados. <i>Observación:</i> la temática de la sesión se desarrolla alrededor de situaciones de maltrato físico y psicológico que los participantes reportan haber experimentado en la familia; se muestran tristes e irritados al respecto.
12	16/03/05 [09]	“La amistad y los amigos” <i>Objetivo:</i> retomar el tema de la amistad y los amigos reportado consistentemente en las evaluaciones del grupo por sesión. <i>Actividad:</i> Se realizó un resumen de las evaluaciones al final de cada sesión, específicamente de la respuesta a la pregunta de “ <i>Un tema que me gustaría hablar/discutir en el grupo es...</i> ” por lo que la discusión gira en torno a las relaciones interpersonales de amistad y pareja. <i>Observación:</i> estaca la situación de encierro de una de las participantes por una semana. Se plantea la idea de una convivencia.
	21/03/05 al 04/04/05	Periodo vacacional

Tabla 5.2 Resumen de la intervención psicológica en grupo para adolescentes en riesgo suicida.

<i>Sesión</i>	<i>Fecha y asistencia</i>	<i>Tema</i>
13	Miércoles 06/04/05 [12]	<p>“Cinco mitos sobre el suicidio” (1ª parte) <i>Objetivo:</i> discutir algunos mitos sobre el suicidio a partir de cinco situaciones hipotéticas y de lo que los participantes harían en cada una de ellas. <i>Actividad:</i> por parejas y posteriormente en grupo comentar sobre lo que harían en cinco situaciones hipotéticas de riesgo suicida dentro del escenario escolar (cómo acercarse o qué hacer en caso de una crisis suicida). <i>Observación:</i> una de las compañeras que casi no participaba lo hizo narrando las amenazas suicidas dentro de la familia y de su propio intento suicida.</p>
14	Lunes 11/04/05 [08]	<p>“Cinco mitos sobre el suicidio” (2ª parte) <i>Objetivo:</i> continuar con la discusión sobre cinco mitos o situaciones hipotéticas de riesgo suicida en el escenario escolar. <i>Actividad:</i> retomar las respuestas o comentarios hechos en pareja con la lista de los cinco puntos (mitos) sobre el suicidio. <i>Observación:</i> el grupo vincula la discusión con las dificultades familiares (comparación con los hermanos) y las relaciones interpersonales (amistad y pareja) por lo que se propone ahora tener una sesión sobre sexualidad y relaciones interpersonales. Se organizan para celebrar los cumpleaños.</p>
15	Miércoles 13/04/05 [08]	<p>“La amistad y la desilusión amorosa” <i>Objetivo:</i> continuar la temática de la amistad iniciada en la sesión doce y agregando puntos afines de las evaluaciones por sesión. <i>Actividad:</i> discusión sobre la forma en que los padres evalúan las relaciones de amistad y pareja de los participantes, así como la evaluación y expectativas al respecto entre los miembros del grupo. <i>Observación:</i> se inicia el buzón y se les explica que el propósito es que ellos puedan decir lo que les gusta o no del grupo de forma anónima. La discusión se matiza por situaciones interpersonales asociadas a ideación suicida.</p>
16	Lunes 18/04/05 [13]	<p>“Convivio” <i>Objetivo:</i> abrir un espacio de convivencia entre los participantes del grupo con el motivo de celebrar los cumpleaños. <i>Actividad:</i> además de la convivencia se les da un presente (una bolsa con dulces y una lapicera de plástico), donde además intercambian impresiones. <i>Observación:</i> se presentan muestras de solidaridad, buenos deseos e</p>

Tabla 5.2 Resumen de la intervención psicológica en grupo para adolescentes en riesgo suicida.

Sesión	Fecha y asistencia	Tema
		interés por saber qué pasará con el grupo.
17	Miércoles 20/04/05 [08]	<p>“Mitos y realidades acerca del suicidio” <i>Objetivos:</i> revisar mediante un cuestionario anónimo qué dudas o situaciones el grupo presenta respecto al tema del suicidio o del riesgo suicida y evaluar lo aprendido en las sesiones diez y once sobre razones para vivir a través de una carta dirigida a una persona en riesgo suicida. <i>Actividad:</i> cuestionario anónimo “Suicidio: verdadero o falso” y carta a la persona suicida con razones o motivos para vivir. <i>Observación:</i> no hay mucha participación del grupo; las dos actividades los dejan muy pensativos y serios. Se discuten algunos mitos con ejemplos que ellos proporcionan. Los participantes se llevan consigo las cartas escritas.</p>
18	25/04/05 [07]	<p>“Sexualidad” (primera parte) <i>Objetivos:</i> explorar y discutir dudas sobre diferentes temas relacionados a la sexualidad a partir de inquietudes depositadas en el buzón del grupo y de un cuestionario anónimo. <i>Actividad:</i> el grupo respondió un cuestionario anónimo sobre sexualidad (conocimiento sobre el sexo y los cambios del cuerpo; la vida sexual activa; enfermedades de transmisión sexual y embarazo; la relación entre el enamoramiento y el sexo). <i>Observación:</i> se discutió sobre la relación entre el riesgo suicida y las dificultades o problemas derivados del desarrollo psicosexual.</p>
19	27/04/05 [07]	<p>“Sexualidad” (segunda y última parte) <i>Objetivo:</i> continuar con la discusión sobre las dudas relacionadas a la sexualidad, en particular con los temas de la masturbación y desarrollo/orientación sexual. <i>Actividad:</i> además de los temas mencionados se discutieron preguntas anónimas (por medio de tarjetas) en otros rubros de la sexualidad. <i>Observación:</i> el grupo se mostró nervioso pero muy interesado en las respuestas y reflexiones realizadas en estas dos sesiones.</p>
20	02/05/05 [09]	<p>“Evaluación global” <i>Objetivo:</i> evaluar la intervención psicológica de forma cuantitativa (postest) mediante el instrumento de tamizaje IRIS, y de forma cualitativa a partir de cuatro preguntas que el grupo contesta en forma anónima. <i>Actividad:</i> postest con el IRIS y cuatro preguntas abiertas. <i>Observación:</i> se hizo el cierre del grupo y se acordó con ellos las sesiones de seguimiento (seis meses y un año).</p>

5.4 Sesión introductoria A: padres de familia.

Jueves 20 de enero de 2005 (8:00 a 9:00 hrs.)

Asistencia: 21 padres de familia / tutores.

Esta sesión se organizó con la ayuda de la subdirectora de la escuela quien citó a los padres de familia de los alumnos identificados como en riesgo. La reunión tuvo lugar en un laboratorio de la escuela secundaria y la mayoría de los padres de familia llegó a tiempo. En esta sesión se siguieron estos puntos:

- 1. Presentación**
 - a. Programa de apoyo para adolescentes estudiantes de secundarias.
 - b. Integrantes del equipo de investigación.
- 2. Lista de asistencia**
 - a. Nombre del padre o tutor, del hijo (a), grupo y teléfono (o forma de contacto).
- 3. Presentación del proyecto**
 - a. Primera fase: evaluación (tamizaje)
 - i. Aplicación de instrumentos en el 2004
 - b. Segunda fase: intervención psicológica
 - i. Bloques de alumnos elegidos al azar y referencia a los grupos de apoyo
- 4. Folleto informativo (ver Anexo)**
 - a. ¿Cuál es el propósito de este programa?
 - b. ¿Qué ofrece el programa?
 - c. ¿Por qué atención en grupo?
 - d. ¿Cómo funciona el grupo de apoyo?
 - e. ¿Cuándo se reúnen y en dónde?
 - f. ¿Qué pasa con la comida? ¿Habrán descanso?
 - g. ¿Cuánto dura el programa?
 - h. ¿Tiene algún costo?
 - i. ¿Es obligatorio?
 - j. ¿Qué pasa al final de las sesiones?
- 5. Formas de consentimiento informado (ver Anexo 2)**
 - a. Confidencialidad y participación voluntaria
 - b. Video grabación con fines de documentación
- 6. Motivación**
 - a. Apoyo para los hijos
 - b. Beneficios y ventajas
- 7. Mayores informes**
 - a. Teléfono del cubículo: 5622 2318

En general, se respondieron las preguntas de los padres de familia y se recopilaron las expectativas en torno al grupo de apoyo para los adolescentes. Destacó que algunos padres de familia pidieron ayuda con el material impreso pues no sabían leer o escribir. Todos mostraron interés en la participación de sus hijos o tutorados, algunos pidieron más detalles sobre la videodocumentación, y otros comentaron sobre la asistencia a un servicio de salud mental o sobre experiencias previas con otros psicólogos e intervenciones psicológicas en la comunidad. A continuación se presentan las expectativas y comentarios de los padres (transcripción) quienes llenaron tarjetas blancas en forma anónima.

Expectativas y comentarios de los padres de familia respecto al programa de intervención.

Me gusta este proyecto de ayuda a los jóvenes porque a esta edad están muy desorientados. Tengo confianza en que ayude mucho a mi hija.

Agradezco su colaboración de trabajar con los jóvenes. Gracias.

Mi comentario u opinión es que me parece un proyecto muy valioso para mi adolescente.

Es importante que se ponga atención en esta etapa formativa del adolescente para poder formar hombres o mujeres de bien.

Me interesa el curso para padres.

A mí en lo personal me da mucho gusto que se lleven a cabo este tipo de programas, ya que considero que es de gran apoyo tanto a los niños como a nosotros como padres. Adicionalmente, me interesa solicitar asesoría porque he sido padre y madre para mi bebé a quien quiero mucho, y está en una etapa muy difícil (la adolescencia). Le ha afectado mucho la falta de su papá y con ello siente que es un estorbo para mí.

Me parece un proyecto importante para el desarrollo de los adolescentes pues están en una etapa difícil para ellos como adolescentes, y son pláticas importantes para su desarrollo.

Yo estoy de acuerdo en la ayuda para los adolescentes.

Sí estoy de acuerdo con la ayuda que le dan a los adolescentes para darles más orientación. Gracias.

Me parece muy bien este tipo de ayuda emocional para nuestros hijos porque a veces nosotros mismos no sabemos cómo apoyarlos en sus emociones, y sobre todo, porque no tiene ningún costo.

Me parece muy bien en apoyar a los niños para que ellos se motiven positivamente.

Me parece bien ya que estoy segura que mi hija aprovechará muy bien estas terapias.

Doctores: mi niña asistió durante un año y medio a psiquiatra en el Instituto Nacional de Pediatría por su baja talla y peso, y su autoestima que estaba por los suelos. El doctor (nombre omitido), que fue quien la trató, la dio de alta; no sé si ella esté dispuesta a pasar por estas pláticas otra vez. No es que sea especial pero fueron muchas cosas lo que a (nombre omitido) le sucedieron y yo creía que ya las había superado, pero la decisión la tiene ella.

Me parece perfecto la forma de querer ayudar a la adolescencia.

Son interesantes estas pláticas para los adolescentes.

Cap. 5: Tratamiento

Sí, está muy bien, pero lo que no estoy de acuerdo que sea por grupo; debería ser individual, tampoco que saquen videos pues mi hijo no está de acuerdo.

Me pareció formidable. Gracias por la ayuda que brindan con respecto al comportamiento de las personas. Que Dios los bendiga.

Mi opinión es que es grandioso que por parte de la universidad haya este tipo de orientación para nuestros jóvenes y muchas gracias a todos ustedes.

Sí estoy de acuerdo con las pláticas pero a mi hija de repente le dan depresiones; vamos al seguro cada mes. Por eso me interesan las pláticas con ella.

No estoy de acuerdo; he pasado con un sin fin de psicólogos y no ha habido ningún resultado bueno.

Veo que sí le están funcionando las terapias porque se nota la diferencia en su comportamiento; por lo mismo, estoy de acuerdo que siga en sus sesiones.

5.5 Sesión 2: “Sucesos estresantes de vida”.

Lunes 7 de febrero de 2005 (13:40 a 14:00 hrs.)

Asistencia: 18 adolescentes

Objetivo de la sesión: contextualizar la temática a desarrollar dentro del grupo a partir de situaciones de vida estresantes experimentadas por los participantes.

A principios del ciclo escolar (2004-2005) se llevó a cabo la Fase I de la intervención, el tamizaje. En esta sesión se le presentan al grupo ejemplos de sucesos de vida estresantes en sus diferentes áreas de acuerdo a las respuestas del mismo grupo evaluado entonces (correspondiente a los 60 alumnos de la lista final). Se les vuelve a explicar qué áreas componen al cuestionario así como las opciones de respuesta (en la Tabla 5.3 se presentan los ejemplos empleados en la sesión).

Para cada área se mencionan en seguida los puntos más relevantes de la discusión:

1. *Área familiar (reactivo 49): “Mis padres se separaron o se divorciaron”.*
 - a. Sin comentarios.
2. *Área social (reactivo 19): “Fui asaltado (a) o golpeado (a)”.*
 - a. Se les planteó lo siguiente: ¿por qué creen que a los hombres los asaltan más que a las mujeres? Sus respuestas fueron, entre otras, porque:
 - i. los hombres son más fuertes que las mujeres;
 - ii. las niñas son menos problemáticas y las cuidan más que a los niños;
 - iii. los papás les pegan más a los hombres que a las mujeres;
 - b. Cuando se tocó el punto de que los padres pueden también golpearlos los chicos no hicieron más comentarios.
3. *Área personal (reactivo 20): “Tuve una desilusión amorosa”.*
 - a. Casi no hubo comentarios aunque por la evaluación preliminar de la sesión 1 y de respuestas en el tamizaje parece ser una situación frecuente.
4. *Problemas de conducta (reactivo 54): “Me peleé en la escuela”.*
 - a. Platicaron sobre diferencias de hombres y mujeres relacionándolo con golpes y violencia; igualmente, hablaron sobre cómo es que muchos maestros los tachan de conflictivos aunque ellos no hayan iniciado el problema.
5. *Logros y fracasos (reactivo 12): “Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad)”.*
 - a. Uno de los ejemplos fue cuando ellos creen que les gusta la materia y “truenan” o cuando siempre han sido el mejor (en popularidad o calificaciones) y “te bajan del puesto”;
 - b. Comentaron acerca de materias que han reprobado y cómo han logrado salir adelante. Entre estas formas de sobrellevar el asunto mencionaron el ser solidarios

al pasarse las tareas, aunque hubo opiniones encontradas al respecto y que se hicieron ver aún más en el ejemplo del área escolar (más abajo).

6. *Área de salud (reactivo 47): “Abusé del alcohol”.*
 - a. Una muchacha comenta su experiencia, los demás no hablan mucho. Se habla del riesgo de hacer cosas como beber en la calle o de la impulsividad asociada como “atravesarse la carretera” en estado de ebriedad.
 - b. Algunos hablan de sus primeras experiencias con el alcohol:
 - i. se siente horrible (abuso del alcohol);
 - ii. la experiencia de la “cruda”.
 - c. Se les pregunta que cuánto consideran ellos que es abusar del alcohol, a lo que responden como:
 - i. cuando quedas tirado en la calle;
 - ii. cuando te orinas en los pantalones.
 - d. Una segunda pregunta al respecto fue con qué es más común embriagarse:
 - i. con la cerveza porque es para lo que alcanza.
 - e. Se hace una reflexión sobre los riesgos a la integridad física ante conductas impulsivas por abusar del alcohol así como del nivel de tolerancia a las diferentes bebidas alcohólicas.
 - f. Uno de los participantes pregunta si es malo fumar en la calle y contextualiza cuando dice que él y unos amigos fueron detenidos por andar fumando y extorsionados por policías; se señala que no está prohibido fumar en la calle pero sí el vender cigarros a menores de edad.
7. *Área escolar (reactivo 25): “Tuve problemas en la escuela con algún(os) maestro(s)”.*
 - a. Fue sobresaliente el número de quejas en torno a la falta de respeto de algunos maestros del plantel y otras situaciones en la relación alumno-profesor:
 - i. de cómo algunas muchachas coquetean para que les suban la calificación o andan besando al maestro
 - ii. del maestro que las acosa revisando el uniforme (por ser el encargado de revisar que lo traigan completo);
 - iii. del maestro que se le queda viendo a las niñas (bullicio del grupo) como las piernas o los senos, les jala la falda, o incluso las manosea;
 - iv. preferencias de maestros por algunos alumnos en cuanto a parentesco, situaciones como los exámenes o los trabajos escolares
 - b. Creen que las autoridades de la escuela no hacen nada. Se habló sobre qué pueden hacer ellos:
 - i. platicarlo con sus padres;
 - ii. algunos comentan que todo depende de cómo se lleve uno con el maestro.
 - iii. destacó en este punto de la discusión que cuando un participante decía el nombre del maestro o alumno otros del grupo enfatizaban el que no se podía decir nombres.

- c. Se reiteró que la función de nosotros no es acusar a los maestros; además, no quiere decir que si hay un problema grave no se hará nada, sino que primero se revisarán las alternativas con ellos. Asimismo, se habló de la dificultad y delicadeza para tratar el tema por parte de la dirección. Se les preguntó que cómo se llevaban con sus maestros:
 - i. casi todos contestaron que muy mal;
 - ii. un participante dijo que el maestro tiene ventajas sobre los alumnos (porque tiene que revisar el uniforme), ya que se le ha acusado con la dirección del plantel y no han hecho nada.
- d. ¿Cómo se sienten cuando pasa eso?
 - i. depende de la chava, si la chava se da su lugar;
 - ii. te bajan calificación si dices algo.
- e. ¿Por qué la dirección no puede hacer algo?
 - i. porque no le conviene a la escuela y no iban salir de la escuela esos maestros;
 - ii. si la directora no hace caso o no hace nada, ¿qué hay que hacer? pues defendernos.
- f. ¿Qué se les ocurre que pueden hacer si no les van a cambiar el maestro con el que tienen dificultades?
 - i. una niña dijo que cambiarse de salón (había sido la solución) por sugerencia de la madre y ante la posibilidad de que la dieran de baja de la escuela;
 - ii. otro participante dijo que le quitaran la comisión de revisar uniformes al maestro mencionado anteriormente;
 - iii. la unión (solidaridad) entre ellos como grupo, pero resaltaron que también es difícil porque luego se delatan o se “echan de cabeza”.
- g. Al respecto de la tarea se indagó el por qué no la hacían:
 - i. porque trabajan o cuidan a los hermanos;
 - ii. porque los papás no les ponen mucha atención;
 - iii. porque hay que ayudarle a los papás o hay que cuidar al familiar enfermo;
 - iv. se retomó la discusión sobre la responsabilidad de hacer la tarea y no “pasársela”; una de las adolescentes dice “cuando yo no traigo la tarea yo acepto las consecuencias”.
- h. Se retoma el tema del respeto con los maestros y entre ellos mismos al igual que de la crítica a otros:
 - i. “les da igual a los maestros lo que pensemos nosotros”;
 - ii. “crea fama y échate a dormir”, es decir, el aparente prejuicio de los maestros o directivos por antecedentes disciplinarios.

Para el cierre de la sesión se habla de las oportunidades y ventajas para el grupo de que haya diferencias de opinión y el respeto que eso conlleva; se reafirmó el asunto de la

confidencialidad a partir de las situaciones que ellos mismos reforzaron, y finalmente se les anticipó que en la próxima sesión se les explicaría la división de grupo.

Tabla 5.3 Sucesos de vida¹ empleados en la intervención psicológica para adolescentes estudiantes en riesgo suicida.

Suceso de vida	Respuesta	Hombres % (n=21)	Mujeres % (n=49)
<i>Área familiar (r49):</i> "Mis padres se separaron o se divorciaron".	Bueno	4.8	2.1
	Malo	4.8	10.4
	Indiferente	4.8	2.1
	No sucedió	85.7	83.3
<i>Área social (r19):</i> "Fui asaltado (a) o golpeado (a)".	Bueno	0.0	0.0
	Malo	33.3	4.2
	Indiferente	4.8	4.2
	No sucedió	61.9	91.7
<i>Área personal (r20):</i> "Tuve una desilusión amorosa".	Bueno	9.5	4.2
	Malo	38.1	47.9
	Indiferente	9.5	14.6
	No sucedió	42.9	33.3
<i>Problemas de conducta (r54):</i> "Me peleé en la escuela".	Bueno	4.8	2.1
	Malo	28.6	6.3
	Indiferente	4.8	12.5
	No sucedió	61.9	79.2
<i>Logros y fracasos (r12):</i> "Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad)".	Bueno	0.0	2.1
	Malo	23.8	37.5
	Indiferente	19.0	10.4
	No sucedió	57.1	50.0
<i>Área de salud (r47):</i> "Abusé del alcohol".	Bueno	0.0	0.0
	Malo	9.5	4.2
	Indiferente	9.5	2.1
	No sucedió	81.0	93.8
<i>Área escolar (r25):</i> "Tuve problemas en la escuela con algún (os) maestro (s)".	Bueno	0.0	0.0
	Malo	28.6	25.0
	Indiferente	9.6	8.3
	No sucedió	61.9	66.7

¹ Lucio, E. y Durán, C. (2003) *Sucesos de Vida forma Adolescentes*. México: Manual Moderno

5.6 Sesión 10: “Razones para vivir/morir (1ª parte)”.

Miércoles 9 de marzo de 2005 (13:40 a 14:00 hrs.)

Asistencia: 13 alumnos

Objetivo de la sesión: evaluar las razones para vivir que el grupo genere y contrastarlas con los motivos que los participantes consideren alguien tendría para quitarse la vida.

El grupo está inquieto porque hay una convivencia afuera del laboratorio. Previo a la actividad el grupo comenta sobre varios asuntos derivados de la temática de las tres sesiones anteriores: uno de ellos, por ejemplo, comenta que cuando su hermano se va de la casa a su mamá no le importa; la primera vez sí le importó pero después ya no. Este participante dice que no se va de su casa porque no tiene dinero. Una muchacha comenta que se sienten tan tristes, que deciden así, irse de la casa; que no disfrutan de la vida.

Algunos comentan que en la vida hay cosas buenas como los amigos o la familia. Sin embargo, una de ellas dice que muchas veces no los comprenden. El chico que previamente había reportado una serie de dificultades con el padre se presenta después de no haber asistido la sesión anterior y dice que se fue con su papá a la playa (faltó a clases) y se le nota contento. Dice que aunque no hablaron él se sintió muy a gusto de que su papá lo haya llevado con él a tal viaje aún cuando fue de trabajo; comenta que al menos pasaron tiempo juntos y eso fue muy bueno para él. La mamá de una de las adolescentes interrumpe la sesión para decir que no dejemos salir a su hija, que ella debe estar ahí; la chica comenta a solas con la Dra. Lucio que no le gusta asistir, “que odia la simple presencia de la gente”.

La actividad de la sesión consiste en que de un lado de una hoja escriban las razones para vivir que ellos consideren, y del otro lado los motivos por los que una persona decida o piense en suicidarse. Posteriormente, las colocan en el pizarrón y cada uno escoge una hoja diferente a la suya, se la lleva a la mesa y a continuación selecciona de cada lista la razón y el motivo que le llamen más la atención. En general, el grupo está más tranquilo y menos ansioso que la sesión anterior por lo que la discusión de las listas y motivos/razones elegidos es más ordenada y reflexiva. Se leen las respuestas y la discusión se realiza a partir del contraste entre las razones para vivir y los motivos para querer morir.

Se habla en particular del abuso sexual y violación ya que emerge en diferentes listas; hablan de la progresión de la molestia o acoso a las situaciones de amenaza o abuso, de cómo intervienen factores como la fuerza física del hombre sobre la mujer, y cómo a veces a pesar de la denuncia no se persigue al responsable, entre otros ejemplos. La sesión concluye ordenadamente. A continuación se enlistan las razones para vivir y los motivos para suicidarse que subrayaron como principales (Tabla 5.4):

Tabla 5.4. Principales razones para vivir y motivos para suicidarse reportados por el grupo en terapia de adolescentes en riesgo suicida.

<i>Razones para vivir:</i>	<i>Motivos para suicidarse:</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Por tus seres queridos a los que amas 2. Tener un esfuerzo 3. Disfrutar tu vida 4. Porque la vida solo vive una vez, vívela al máximo 5. Porque nada más se vive una vez 6. Disfrutar las situaciones 7. Demostrar a la gente que sí puedo 8. Hablar y llegar a una solución 9. Compartir más con las personas 10. Por tus seres queridos 11. Demostrarle a todos que yo puedo superarme 12. En lo que yo puedo superarme 13. Porque sólo se vive una vez 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porque te violan 2. Problemas de alcohol o drogas 3. Sienten que están solos 4. Porque se siente solo/sola 5. Por problemas mentales 6. No lo comprenden 7. Acoso 8. Por problemas en su familia 9. Adicciones a alguna droga, alcohol 10. Creen que la vida no vale la pena 11. Problemas familiares 12. Violación 13. Por los problemas en su casa

5.7 Sesión 13: “Cinco mitos sobre el suicidio (1ª parte)”.

Miércoles 6 de abril de 2005 (13:40 a 14:00 hrs.)

Asistencia: 12 alumnos

Objetivo de la sesión: discutir algunos mitos sobre el suicidio a partir de cinco situaciones hipotéticas y de lo que los participantes harían en cada una de ellas.

Esta fue la primera sesión regresando del periodo vacacional de Semana Santa. Los chicos hablaron de lo que hicieron en vacaciones. Se preguntó por la tarea que se había dejado y se habló de las dificultades en la familia como de los permisos / límites / disciplina de los padres. Entre las anécdotas destacaron situaciones donde los padres no los dejaban hacer mucho, “quieren que seas como monja” y de cómo otro participante estuvo trabajando pero en un entorno agradable con la familia extensa. A una de las compañeras que había estado faltando y que mostraba cierta antipatía hacia el grupo le preguntan había ido porque quiso o si otra vez la habían mandado.

Retomando el tema de las dificultades con los padres se les dice que los papás a lo mejor quieren que hagan las cosas como ellos quieren que funcionen. El grupo empieza a platicar sobre las circunstancias de sus familias tratando de entender la forma de ser de los padres, como el de una madre que tuvo que buscar trabajo en la ciudad porque no tenía papás, por ejemplo. En general, las expectativas de los papás son pobres: “Vas a dejar la prepa a medias, no vas a hacer nada, como tu hermana”. Uno de los compañeros dice que ellos no tienen la culpa de lo que a ellos les haya pasado. Se les responde que los papás no se dan cuenta que son personas distintas a ellos y se prosigue a la actividad sobre los cinco mitos del riesgo suicida a modo de situaciones hipotéticas por parte de algún compañero/amigo en la escuela.

El nombre de la actividad es “Acercarse al compañero suicida” donde en grupos de tres o en pares se discuten las consecuencias de emplear las siguientes formas de acercarse a un compañero con ideación suicida; la consigna fue *¿qué harían si estuvieran en las siguientes situaciones?* (ver Tabla 5.5).

La discusión prácticamente se centró en el relato de una de las compañeras que habla sobre cómo su hermana trató de suicidarse porque se peleó con el novio y cómo ella le dio leche para ayudarla. Otra de las adolescentes comenta cómo su papá siempre decía (amenazaba) con matarse, que tomaba alcohol, gritaba y decía que “mejor para ya no molestarlas me voy a matar.” Posteriormente, la misma compañera comparte que también una vez se tomó una caja de pastillas con la intención de quitarse la vida y su mamá le dio leche; se tomó una caja porque se enojó con su papá y la corrió de la casa.

Cap. 5: Tratamiento

En otra situación de enojo narra que un día mató un perro a patadas. Para terminar la sesión se les plantea la continuación del tema en la siguiente ocasión y que dentro de los propósitos del grupo está el que es un espacio donde pueden hablar de las situaciones que les frustran, que es mejor desahogarse ahí que incurrir en conductas agresivas hacia otros o hacia ellos mismos; asimismo, que no sólo se comparten las “cosas malas” sino también se pueden hablar y aprender de las “cosas buenas”.

Tabla 5.5 Cinco mitos sobre el suicidio.	
Punto 1.	<i>Si hablas con alguien sobre sus sentimientos de suicidio, empeorarás la situación.</i>
Punto 2.	<i>Ayuda el tratar o hacer que una persona con sentimientos suicidas vea las cosas positivas en su vida.</i>
Punto 3.	<i>Lo mejor que uno puede hacer es alegrar a alguien que tenga sentimientos suicidas.</i>
Punto 4.	<i>Es mejor ignorar a quien tiene sentimientos suicidas que mencionarlo o hablarlo.</i>
Punto 5.	<i>Si supiera que alguien quiere suicidarse le diría a alguien más en vez de tratar de solucionarlo yo solo.</i>

5.8 Sesión 20: Evaluación global.

Lunes 2 de mayo de 2005 (13:40 a 14:00 hrs.)

Asistencia: 9 alumnos

Objetivo de la sesión: evaluar la intervención psicológica de forma cuantitativa (postest) mediante el instrumento de tamizaje IRIS, y de forma cualitativa a partir de cuatro preguntas que el grupo contesta en forma anónima.

Primeramente se les entrega el Inventario de Riesgo Suicida IRIS para realizar la evaluación postest y a continuación se les pide que contesten de forma anónima las siguientes cuatro preguntas:

1. ¿Qué cosas me ha dejado o en qué me ha ayudado el grupo?
2. ¿Qué cosas no me han gustado o cambiaría de este grupo?
3. ¿Cómo me sentía al principio y cómo me siento ahora al venir al grupo?
4. Del 1 al 10 cómo me califico, cómo califico a los demás y cómo calificaría a los psicólogos.

Al final de la sesión se les preguntó si alguien deseaba compartir sus respuestas con el grupo y solamente uno de los participantes comentó que al principio tenía miedo, miedo de decir sus problemas, y después ya no. Se les entregan tarjetas blancas para el buzón para que igualmente de forma anónima hagan cualquier comentario acerca de la experiencia en grupo.

En seguida se incluyen las respuestas de los participantes a los cuatro puntos de evaluación global:

1. ¿Qué cosas me ha dejado o en qué me ha ayudado el grupo?

Una actitud de aceptación y positiva en algunas cosas; a pensar mejor las cosas.

Me ha ayudado a cambiar mi forma de pensar, mi forma de actuar, y conocí a más personas que nunca hubiera conocido.

En caso mío me ha dejado muchas cosas; por ejemplo, aprendí más sobre mí, le hablé a compañeros que no conocía.

Que todos nos apoyamos, hablamos de las cosas que no podemos olvidar de los tiempos; mi grupo es bonito participar de las cosas que hacemos.

Cosas buenas porque puedo arreglar los problemas.

Ser más abierto, expresarme y tener más confianza a mis nuevos amigos.

Me ha ayudado a no ser tan loca, bueno todavía, antes hacía las cosas por hacerlas y luego me arrepentía; con el grupo pienso las cosas antes de hacerlas como suicidarme, drogarme, etc.; me ha ayudado mucho y por eso "gracias".

Pues que ya no pienso tanto en quitarme la vida, que con el chavo con el que estoy me ha apoyado pero más los psicólogos y he cambiado en otras cosas, problemas familiares o cuando no me dejaban salir a la calle.

Me han dejado mucho bien y me han ayudado mucho en mi auto estima.

2. ¿Qué cosas no me han gustado o cambiaría de este grupo?

Que a veces falto.

Nada, todo me parece bien.

Al principio que todos hablaban y se reían.

Que todos no quedamos de hablar por parte de mí, entiendo de lo que hago para salir.

Nada, todo me gusta.

El silencio o al contrario.

Pues en mi opinión todo estuvo perfecto y no cambiaría nada ya que es un buen grupo.

Bueno, lo que no me gusta es que hay veces que nada más se pelean por los gafetes de orden y todo eso; y todos, o algunos porque también yo, luego hablamos y no ponemos atención.

Nada porque todo me gusta del grupo.

3. ¿Cómo me sentía al principio y cómo me siento ahora al venir al grupo?

Al principio bien y después mejor, siempre tuve confianza.

Me sentí incómoda porque no conocía a nadie, pero ahora me siento bien porque todos me caen bien.

Ahora me siento más segura, antes me sentía insegura.

Como pena, no sabía de qué hablar y ahora me siento como un poco con apoyo.

Al principio muy miedoso y luego me sentí más contento porque era más interesante.

Al principio muy negativo; ahora no muy alegre pero sí un cambio, ya mejorado.

Primero me sentía insegura y casi no conocía a nadie, pero ahora es mejor porque hay nuevos amigos y más confianza.

Al principio nerviosa porque a veces sentía que se iban a burlar de mí, pero ahora que empecé a hablar me dieron mucho apoyo y me gustó venir.

Antes me sentí como fatigado y como extra o; ahora vengo con gusto y me siento a gusto.

4. Del 1 (uno) al 10 (diez), ¿cómo me califico, cómo califico a los demás? ¿Cómo califico a los psicólogos?

Yo, 8; los demás, 8; los psicólogos, 9.

Ocho a mí, 10 a mis compañeros, 9 a los psicólogos.

A mí ocho, a mis compañeros 10, a los psicólogos 10.

Nueve porque casi todos hablamos de lo que nos pasa y el grupo también, porque todos salíamos adelante y pensar más de lo que vamos a hacer; para los psicólogos un diez porque todos los escuchamos y tenemos razones de lo que hacemos y gracias porque nos apoyen de algo de la vida que no saque de lo que tenemos y para mí me gusta hacer sufrir en casa

cuando estoy solo porque así no estoy con nadie; solo quiero salir adelante sin que ya no tengo tanto apoyo de lo que hago. Grupo 7, a mí 9, psicólogos 10, alumnos 8.

Diez me calificaría a mí y a mis amigos; a los psicólogos un 1000 porque son bien buenos para resolver nuestros problemas.

Cómo me califico, 7; a los demás, 8; a los psicólogos, 8.

Yo me califico con un 8, a los demás y a los psicólogos no les puedo dar un 20 porque no se puede, por eso un gran "10".

Yo me califico con 8, a los demás con 8 y a los psicólogos con 10.

Yo me califico con un 9 y a los demás con un diez, a los coordinadores con un 10 porque me han ayudado mucho.

Capítulo 6: Resultados

6.1 Características demográficas de la muestra.

6.1.1 Integración de la muestra. La población escolar de la secundaria pública participante fue de 506 alumnos ($X=13.06$; $DE=0.96$), a quienes se les aplicaron los instrumentos en dos sesiones de una hora de duración. Se calificaron e integraron los perfiles de las pruebas y se excluyeron 24 por presentar un patrón de respuestas incongruente o haber dejado sin contestar más del 10% en la prueba de tamizaje para riesgo suicida. La muestra final de estudio quedó comprendida por 482 estudiantes de 11 a 16 años de edad ($X=13.05$; $DE=0.95$) de los tres grados escolares (ver Tabla 6.1).

6.1.2 Configuración familiar. En su mayoría, los adolescentes participantes reportan una configuración familiar nuclear o extensa así como tener dos hermanos; lo anterior en proporciones similares para hombres y mujeres (ver Tabla 6.2). Entre la configuración uniparental destaca que hay más familias donde no hay padre que en las que no hay madre. Por otro lado, alrededor de 8% de la muestra reporta vivir en una familia reconstituida, es decir, con un padrastro, madrastra, medios hermanos o hermanastros; hay más hombres con padrastros y más mujeres con madrastras. Finalmente, dos jóvenes reportaron vivir con padres adoptivos mientras que ninguna mujer reporta vivir en tal situación.

6.1.3 Escolaridad y ocupación de los padres. Una gran parte de los padres de familia ha completado el nivel de educación medio. Dentro de las ocupaciones reportadas por los hijos, la mayoría de los papás es empleado y la mayoría de las mamás es ama de casa; el porcentaje de desempleo reportado es bajo, afectando más a los padres que a las madres (ver Tabla 6.3).

6.1.4 Situación económica. Respecto al sostén económico de las familias en la muestra, los adolescentes reportan que recae en el padre (41%), o bien, en ambos progenitores (39%). En cuanto al lugar donde residen, la mayoría dice vivir en casa sola (51.2%) y un poco menos de la

tercera parte comenta que habita en un cuarto (27%). Cuando se les pregunta sobre el número de personas las que vive cada adolescente, los resultados señalan que de 5 a 6 es el rango más común (31%), seguido del de 3 a 4 (25%); por otra parte, los participantes responden que el número más común de personas que duermen en cada cuarto sin contar a sus padres, es de 2 a 3 (43%) y luego una sola persona por cuarto (29%). En torno a la percepción que tiene el joven estudiante sobre el tamaño de su casa, el 58% considera que hay suficiente espacio para todos en contraste con un casi 4% que opina estar amontonado o muy amontonado.

Tabla 6.1 Integración de la muestra

	Hombres	Mujeres	Total
<i>Población escolar</i>	244 48.2%	262 51.8%	506 100.0%
<i>Sin contestar más del 10%</i>	3 .6%	0 .0%	3 .6%
<i>Respuestas incongruentes</i>	6 1.2%	15 3.0%	21 4.2%
<i>Perfil válido (muestra final)</i>	235 46.4%	247 48.8%	482 95.3%

De igual forma se indagó acerca de algunos servicios o comodidades, como línea telefónica, televisión de paga, acceso a Internet, servidumbre y transportación. Resalta, por ejemplo, que más de la mitad dice tener dos o tres líneas telefónicas, presumiblemente tratándose de la inclusión que hace el adolescente de números de telefonía celular a los de tipo residencial (además de que la ficha no hace tal especificación).

Casi el 60% reporta que no tiene servicio de televisión de paga y el 78% no tiene acceso a Internet; no obstante, el 37% comenta que posee una computadora de escritorio y un 16% una computadora portátil. La mitad de la muestra reporta que en su casa hay más de un automóvil y la gran mayoría (85%) camina para llegar a la escuela. Muy pocos (6%) comentan la existencia de servidumbre en casa.

Por último, se les preguntó cuánto dinero les daban diariamente en su casa para gastar a lo que la mayoría (55%) respondió que le dan de uno a diez pesos; un ocho por ciento dijo que no le dan dinero mientras que el 1.3% reporta que le dan más de cuarenta pesos diarios. En todos estos

indicadores de situación económica no se observan diferencias importantes en la proporción de acuerdo al sexo.

Tabla 6.2 Personas con las que viven los adolescentes (N=482)

	Hombres %	Mujeres %
Familia nuclear (ambos padres, con o sin hermanos)	43.4	46.2
Número de hermanos		
<i>Hijo único</i>	7.7	5.7
<i>Uno</i>	26.8	29.6
<i>Dos</i>	30.2	30.8
<i>Tres</i>	18.7	18.6
<i>Cuatro o más</i>	16.6	15.0
Familia uniparental		
<i>Madre</i>	7.2	10.1
<i>Padre</i>	2.1	1.6
Familia extensa (ambos padres, con abuelos y/o tíos)	32.8	31.6
Solamente con abuelos y/o tíos (sin padres)	0.9	0.8
Familia reconstituida		
<i>Madrastra</i>	0.4	1.2
<i>Padrastra</i>	4.3	2.8
<i>Medios hermanos / hermanastros</i>	4.7	6.5
Padres adoptivos	0.9	0.0

6.1.5 Situación académica. Casi todos los adolescentes de la muestra (98%) reportaron haber recibido su formación básica en una institución pública; respecto a las actividades escolares en las que han participado o participan con mayor frecuencia están principalmente las de tipo deportivo (56%) seguidas de las musicales (10%) y de otro tipo, sin especificar (25%).

En cuanto al promedio actual, la mayoría de la muestra dice tener ocho (43.7%); la principal diferencia de acuerdo al sexo se observa para aquellos que reportan tener nueve de promedio, 17% de los hombres en contraste con el 30% de las mujeres.

Tabla 6.3 Escolaridad y ocupación de los padres de los adolescentes (N=482)

Escolaridad	Padre %	Madre %
<i>Primaria</i>	28.9	33.5
<i>Secundaria o escuela técnica</i>	41.5	42.8
<i>Preparatoria o bachiller técnico</i>	17.7	12.9
<i>Licenciatura inconclusa</i>	3.5	1.9
<i>Escuela normal</i>	3.0	3.2
<i>Licenciatura</i>	3.9	4.0
<i>Posgrado</i>	1.5	1.7
Ocupación		
<i>Obrero (a)</i>	21.1	4.6
<i>Empleado (a)</i>	48.3	25.8
<i>Profesionista</i>	6.5	5.8
<i>Empresario / comerciante</i>	18.7	7.5
<i>Actividades del hogar</i>	2.8	55.2
<i>Jubilado (a)</i>	0.7	0.6
<i>Desempleado (a)</i>	2.0	0.4

6.2 Resultados del tamizaje para riesgo suicida.

6.2.1 Niveles de riesgo. Mediante el sistema de priorización del IRIS se detectaron a 83 alumnos (17.2%) que presentaban algún nivel de riesgo suicida y que serían referidos al tratamiento; 65 alumnos con algún tipo de malestar pero sin riesgo suicida y a los que se les proporcionó información sobre las opciones de ayuda o apoyo en el centro de servicios psicológicos de la facultad; y, finalmente, a 334 adolescentes que no presentaron elevaciones en las subescalas del instrumento de tamizaje ni endosaron reactivo crítico alguno (ver Tabla 6.4).

Tabla 6.4 Niveles de riesgo suicida en la muestra de estudio (N=482)

	Hombres	Mujeres	Total
<i>Prioridad 1: Alto riesgo</i>	5 2.1%	7 2.8%	12 2.5%
<i>Prioridad 2: Riesgo por intento</i>	16 6.8%	26 10.5%	42 8.7%
<i>Prioridad 3: Riesgo por ideación</i>	11 4.7%	18 7.3%	29 6.0%
<i>Prioridad 4: Riesgo bajo (malestar)</i>	51 21.7%	14 5.7%	65 13.5%
<i>Sin riesgo</i>	152 64.7%	182 73.7%	334 69.3%

6.2.2 Prevalencia de la ideación suicida. Para la ideación suicida, el 14.7% de la muestra de estudio contestó afirmativamente (con frecuencia variable) al reactivo crítico 25 del instrumento de tamizaje que dice “He pensado en suicidarme” (Tabla 6.5). La prevalencia es mayor entre las mujeres (18.6%) que entre los hombres (10.6%); en relación al riesgo, las mujeres presentan 1.7 más riesgo de ideación suicida que los hombres así como la probabilidad de tener ideas suicidas se incrementa casi al doble para las mujeres que los varones (Tabla 6.6).

6.2.3 Prevalencia de la planeación suicida. Respecto a la planeación suicida, reactivo crítico del IRIS 49 “He planeado mi propia muerte”, el 11.2% de la muestra encuestada endosó tal ítem (Tabla 6.7). Al igual que con la ideación suicida, la prevalencia es mayor para las mujeres (14.2%) que para los hombres (8.1%); el riesgo de las adolescentes de presentar o desarrollar un plan suicida en relación a los varones es 1.7 mayor mientras que la probabilidad de contemplar un plan suicida se incrementa para las mujeres 1.8 más veces que para los hombres (Tabla 6.8).

Tabla 6.5 Frecuencia de respuesta para el reactivo crítico de ideación suicida

Reactivo 25 del IRIS: He pensado en suicidarme.	Hombres	Mujeres	Total
<i>1: No, nunca</i>	185 38.4%	174 36.1%	359 74.5%
<i>2: Rara vez</i>	24 5.0%	27 5.6%	51 10.6%
<i>3: Algunas veces</i>	17 3.5%	34 7.1%	51 10.6%
<i>4: Casi siempre</i>	5 1.0%	4 .8%	9 1.9%
<i>5: Todo este tiempo</i>	3 .6%	8 1.7%	11 2.3%
<i>No contestó</i>	1 .2%	0 .0%	1 .2%
	235 48.8%	247 51.2%	482 100.0%

Tabla 6.6 Prevalencia y estimación del riesgo para ideación suicida

	Mujeres	Hombres	Total
<i>Casos</i>	46	25	71
<i>No casos</i>	201	209	410
<i>Total</i>	247	234	481
<i>Riesgo</i>	.186	.106	.147
	Estimador de punto	Intervalo de confianza 95%	
<i>Diferencia de riesgo</i>	.0793	.0167	.1420
<i>Riesgo relativo</i>	1.743	1.108	2.742
<i>Razón de momios</i>	1.913	1.137	3.217

chi2(1) = 6.02

Pr>chi2 = 0.014

Tabla 6.7 Frecuencia de respuesta para el reactivo crítico de planeación suicida

Reactivo 49 del IRIS: He planeado mi propia muerte.	Hombres	Mujeres	Total
<i>1: No, nunca</i>	187 38.8%	196 40.7%	383 79.5%
<i>2: Rara vez</i>	27 5.6%	15 3.1%	42 8.7%
<i>3: Algunas veces</i>	11 2.3%	26 5.4%	37 7.7%
<i>4: Casi siempre</i>	5 1.0%	6 1.2%	11 2.3%
<i>5: Todo este tiempo</i>	3 .6%	3 .6%	6 1.2%
<i>No contestó</i>	2 .4%	1 .2%	3 .6%
Total	235 48.8%	247 51.2%	482 100.0%

Tabla 6.8 Prevalencia y estimación del riesgo para planeación suicida

	Mujeres	Hombres	Total
<i>Casos</i>	35	19	54
<i>No casos</i>	211	214	425
<i>Total</i>	246	233	479
<i>Riesgo</i>	.142	.081	.112
	<i>Estimador de punto</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
<i>Diferencia de riesgo</i>	.060	.004	.116
<i>Riesgo relativo</i>	1.744	1.028	2.961
<i>Razón de momios</i>	1.868	1.041	3.348

chi2(1) = 4.41

Pr>chi2 = 0.036

6.2.4 Prevalencia del intento de suicidio. Finalmente, para el intento de suicidio el 11.2% de los adolescentes reporta uno o más intentos (Tabla 6.9). La prevalencia entre los hombres es de 8.9% y para las mujeres de 13.6%; el riesgo es 1.5 mayor para las mujeres, así como la probabilidad de atentar contra su propia existencia (ver Tabla 6.10).

Tabla 6.9 Frecuencia del intento suicida

Reactivo 50 del IRIS: He intentado quitarme la vida.	Hombres	Mujeres	Total
<i>1: No, nunca</i>	213 44.2%	208 43.2%	421 87.3%
<i>2: Una vez</i>	12 2.5%	18 3.7%	30 6.2%
<i>3: Dos veces</i>	5 1.0%	10 2.1%	15 3.1%
<i>4: Tres veces</i>	2 .4%	0 .0%	2 .4%
<i>5: Cuatro veces o más</i>	2 .4%	5 1.0%	7 1.5%
<i>No contestó</i>	1 .2%	6 1.2%	7 1.5%
	235 48.8%	247 51.2%	482 100.0%

Tabla 6.10 Prevalencia y estimación del intento suicida

	Mujeres	Hombres	Total
<i>Casos</i>	33	21	54
<i>No casos</i>	208	213	421
<i>Total</i>	241	234	475
<i>Riesgo</i>	.136	.089	.113
	<i>Estimador de punto</i>	<i>Intervalo de confianza 95%</i>	
<i>Diferencia de riesgo</i>	.047	-.009	.103
<i>Riesgo relativo</i>	1.525	.910	2.557
<i>Razón de momios</i>	1.609	.906	2.855

chi2(1) = 2.62 Pr>chi2 = 0.105

6.3 Diferencias en el perfil del IRIS de acuerdo al sexo.

Se procedió a evaluar las diferencias de acuerdo al sexo en los perfiles del Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes IRIS mediante prueba t de Student (para muestras independientes) en las tres subescalas e índice que componen al instrumento (excluyendo los tres reactivos críticos). Cuando se examina el perfil a nivel de subescalas e índice no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las áreas; sin embargo, la evaluación a nivel de reactivo en cada dimensión si exhibe diferencias.

En la subescala de ideación e intención suicida se observa que los varones reportan menos pensamientos en torno a la propia muerte que las mujeres (Tabla 6.11). De igual manera, en la segunda subescala “Desesperanza y depresión” (Tabla 6.12), así como en la tercera “Ausencia de circunstancias protectoras” (Tabla 6.13) los hombres hablan de sentirse menos tristes y con más energía que las mujeres. En cuanto al índice de malestar asociado al riesgo suicida, las principales diferencias se observan en las dificultades en las relaciones interpersonales, impaciencia y la necesidad de desahogarse, presentándose tales situaciones en menor medida entre los varones que entre las mujeres a excepción de las dificultades en la escuela (Tabla 6.14).

Tabla 6.11 Prueba t para ideación e intencionalidad suicidas del IRIS

Reactivos de la subescala 1	Sexo ^a	Media ^b	DE	t
<i>08 Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.</i>	1	1.79	1.118	-.54
	2	1.84	1.098	
<i>11 He deseado estar muerto (a).</i>	1	1.58	.857	-3.75***
	2	1.92	1.129	
<i>12 Quisiera irme de este mundo.</i>	1	1.50	.831	-2.74**
	2	1.74	1.091	
<i>16 He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa.</i>	1	1.51	.888	-3.35***
	2	1.81	1.116	
<i>27 Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.</i>	1	1.72	1.097	1.11
	2	1.62	.919	
<i>32 Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.</i>	1	1.68	1.099	-1.24
	2	1.80	1.148	
<i>44 Desearía no haber nacido.</i>	1	1.62	.993	-2.40*
	2	1.85	1.169	

^a 1: hombres; 2: mujeres. ^b puntuación cruda
 * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ $g/ = 480$

Tabla 6.12 Prueba t para depresión y desesperanza del IRIS

Reactivos de la subescala 2	Sexo ^a	Media ^b	DE	t
04 <i>Creo o siento que soy un fracaso.</i>	1	1.94	1.045	-.83
	2	2.02	1.142	
20 <i>Me siento triste.</i>	1	2.31	.893	-6.47***
	2	2.87	1.063	
23 <i>Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).</i>	1	2.03	.966	-2.88**
	2	2.29	1.097	
30 <i>Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.</i>	1	1.76	.997	-3.06**
	2	2.06	1.188	
38 <i>Me cuesta trabajo concentrarme.</i>	1	2.44	1.008	-.73
	2	2.51	.950	
40 <i>Me siento confundido (a) respecto a ...</i>	1	2.07	1.099	-3.38***
	2	2.40	1.097	
43 <i>Me he sentido desilusionado (a) de la vida.</i>	1	1.86	1.035	-1.56
	2	2.01	1.150	
47 <i>He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.</i>	1	1.82	1.058	1.92*
	2	1.64	1.007	

^a 1: hombres; 2: mujeres. ^b puntuación cruda

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ $gl = 480$

Tabla 6.13 Prueba t para ausencia de circunstancias protectoras del IRIS

Reactivos de la subescala 3	Sexo ^a	Media ^b	DE	t
01 <i>Mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.</i>	1	2.33	1.188	-1.28
	2	2.47	1.193	
03 <i>En mi vida ha habido buenos momentos.</i>	1	2.22	.859	-.81
	2	2.28	.945	
05 <i>Me he sentido satisfecho (a) con mi vida.</i>	1	1.87	1.104	-2.32*
	2	2.11	1.232	
07 <i>Me han tomado en serio.</i>	1	2.23	1.211	.77
	2	2.14	1.214	
09 <i>Me he sentido lleno (a) de energía.</i>	1	1.87	.874	-3.37***
	2	2.16	1.033	
31 <i>Se preocupan por mí.</i>	1	2.07	1.042	.97
	2	1.98	1.030	

^a 1: hombres; 2: mujeres. ^b puntuación cruda

* $p \leq .05$ *** $p \leq .001$ $gl = 480$

Tabla 6.14 Prueba t para malestar asociado al riesgo suicida del IRIS

Reactivos del índice ^c	Sexo ^a	Media ^b	DE	t
<i>13 En la escuela hay gente que me ha molestado, se ha burlado, o se ha aprovechado de mí.</i>	1	1.91	1.037	2.28**
	2	1.71	.999	
<i>14 He perdido la paciencia.</i>	1	2.40	.957	-2.48*
	2	2.63	1.071	
<i>35 Mi mejor amigo (a) o mis amigos cercanos me han traicionado.</i>	1	1.67	.943	-2.61**
	2	1.91	1.049	
<i>48 He necesitado desahogarme de mis problemas.</i>	1	2.40	1.228	-3.80***
	2	2.81	1.197	

^a 1: hombres; 2: mujeres. ^b puntuación cruda ^c se presentan solamente aquellos donde hubo diferencias significativas
 ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ $gl = 480$

6.4 Prevalencia de sucesos de vida estresantes.

6.4.1 Prevalencia de sucesos por área. El punto de corte para la identificación de casos expuestos a estrés en cada área fue de una puntuación T igual o mayor a 65. Bajo este criterio, dentro del bloque de sucesos positivos, la prevalencia más alta se encontró en el área familiar (13.9%) mientras que la más baja en el área escolar (1.0%); ver Tabla 6.15; las diferencias de acuerdo al sexo indican que solamente es significativa dentro del área de Logros donde por cada caso de mujer expuesta a este tipo de sucesos hay casi tres hombres estresados ($OR=2.7$, $\chi^2[1]=11.9$, $p<.001$). En el bloque de sucesos negativos no se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo. No obstante, la prevalencia en el área familiar negativa es igual que en su contraparte positiva (13.9%); asimismo, la prevalencia más baja también se observa en el área escolar (3.5%).

Tabla 6.15 Prevalencia de sucesos de vida estresantes (n=482)

	Familiar positivo	Social positivo	Logros	Salud positivo	Personal positivo	Escolar positivo	
<i>Casos</i>	67	35	57	47	58	5	
<i>No casos</i>	415	447	426	435	424	477	
	13.9%	7.3%	11.8%	9.8%	12.0%	1.0%	
	Familiar Negativo	Social negativo	Fracasos	Salud negativo	Personal negativo	Escolar negativo	Problemas de conducta
<i>Casos</i>	67	59	55	27	68	17	43
<i>No casos</i>	415	423	427	455	414	465	439
	13.9%	12.2%	11.4%	5.6%	14.1%	3.5%	8.9%

Evaluando las diferencias en las puntuaciones crudas de sucesos adversos de acuerdo al sexo se encontró que las mujeres puntúan más alto en logros ($t=3.04$, $p<.01$) y problemas de conducta ($t=3.05$, $p<.01$) que los varones. Por otro lado, los hombres presentan puntuaciones más bajas que las mujeres en las áreas negativas de sucesos sociales ($t=2.55$, $p<.01$) y personales ($t=3.34$, $p<.001$).

6.4.2 Distribución de sucesos de vida estresantes. Respecto a la distribución de ocurrencia por área de evento adverso por edad, tanto de tipo positivo como negativo, se observa un incremento entre los adolescentes de 16 años; dentro de los sucesos positivos destacan los de las áreas de Salud y Personal (Figura 6.1) mientras que en los negativos son los del tipo Familiar y Problemas de Conducta (Figura 6.2).

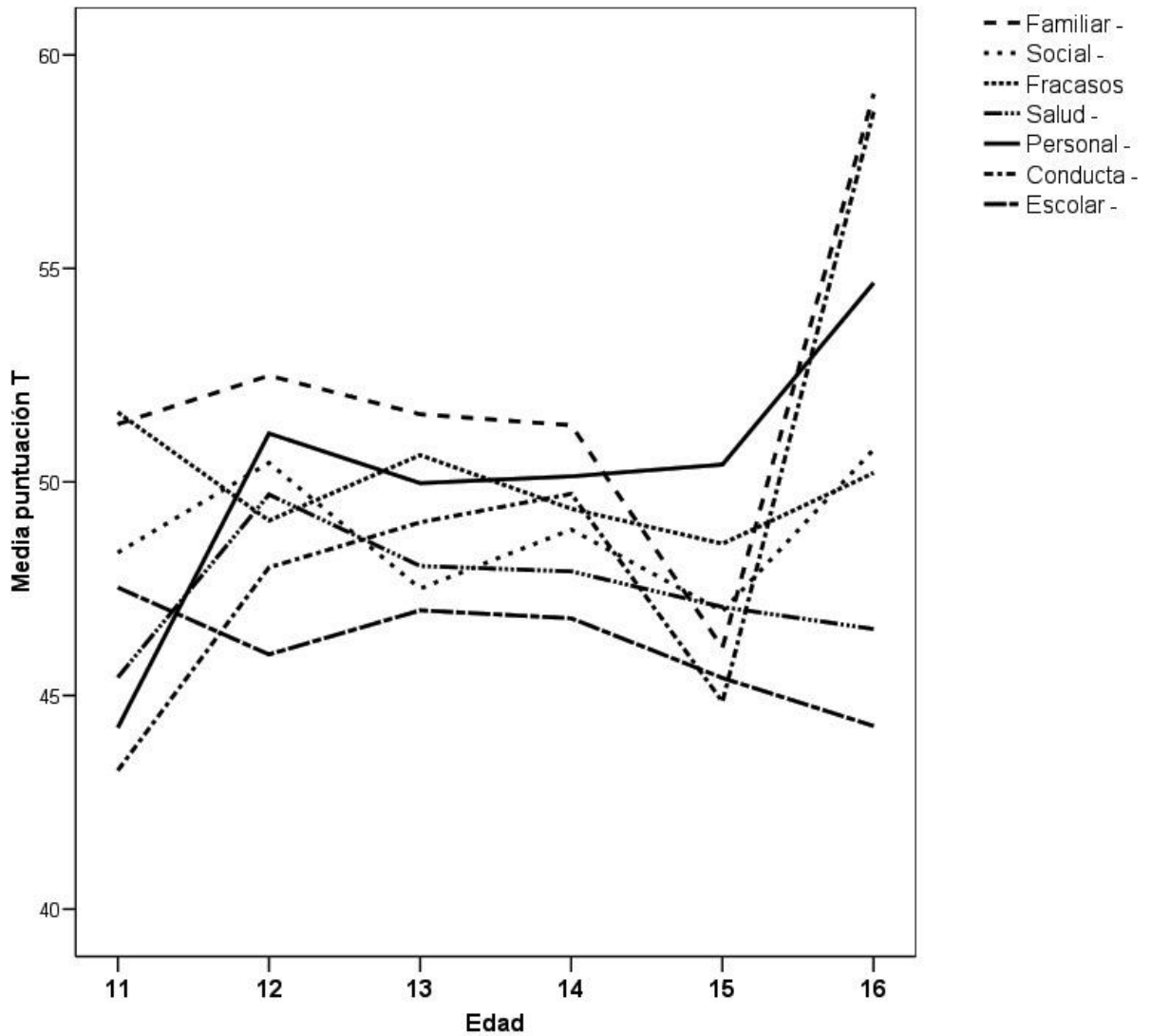


Figura 6.1 Distribución de sucesos de vida positivos por área por edad (n=482)

En contraste, las puntuaciones más bajas se aprecian dentro del grupo de edad de 15 años para ambos tipos de sucesos (negativos y positivos), y en el caso del grupo de 11 años, se encuentran las puntuaciones más bajas dentro del área de sucesos negativos, particularmente en Problemas de Conducta, el área Personal y el área de Salud. Cabe destacar que ambos grupos, extremos del rango de edad, son los más pequeños en frecuencia.

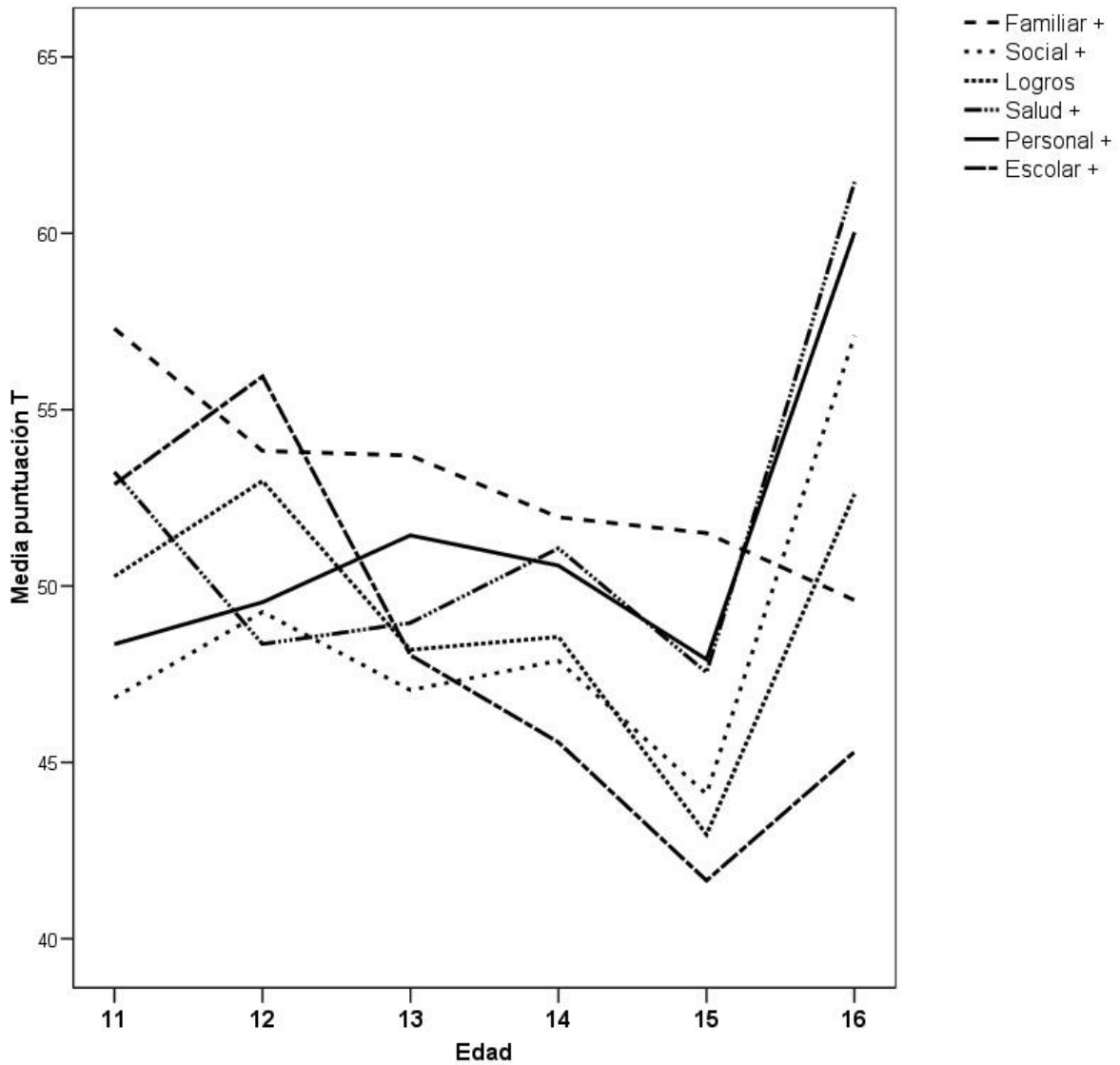


Figura 6.2. Distribución de sucesos de vida negativos por área por edad (n=482)

6.5 Asociación entre riesgo suicida y exposición a sucesos de vida estresantes.

6.5.1 Riesgo suicida y suma de sucesos. Para evaluar el riesgo de suicidio por exposición a sucesos estresantes de vida de forma global se procedió a la estimación por regresión logística del riesgo a través de la razón de momios (*odds ratio*, *OR*) en relación a la suma de sucesos positivos, negativos y totales de la muestra total (Tabla 6.16). Este análisis preliminar muestra que el riesgo de ideación suicida es casi cuatro veces mayor entre aquellos adolescentes estudiantes expuestos a sucesos negativos; en el caso de la planeación e intento, el riesgo aumenta cuatro veces más en relación a los que no reportan haber experimentado sucesos negativos.

Tabla 6.16 Regresión logística para riesgo suicida y sucesos positivos, negativos y totales*

		Suma de sucesos positivos		Suma de sucesos negativos		Suma de sucesos totales	
		OR	IC ⁺ 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Ideación n=98	<i>Sexo</i>	1.41	.46-4.34	2.13	.67-6.81	2.46	.84-7.20
	<i>Exposición</i>	.96	.31-2.97	3.94	1.17-13.28	1.48	.52-4.25
Planeación n=97	<i>Sexo</i>	3.1	.86-11.12	1.42	.42-4.78	2.8	.89-8.79
	<i>Exposición</i>	.43	.12-1.56	4.37	1.13-16.95	.84	.28-2.49
Intento n=97	<i>Sexo</i>	1.42	.43-4.73	1.29	.38-4.44	1.8	.59-5.51
	<i>Exposición</i>	.95	.28-3.15	4.1	1.04-16.11	.74	.24-2.25

* Casos en los percentiles 10 y 90 de la muestra de 482 sujetos ⁺ Intervalo de confianza

Por otro lado, la proporción de adolescentes que reportan ideación o intentos previos es prácticamente igual entre los expuestos y no expuestos a sucesos positivos, a excepción de la planeación, donde al parecer el riesgo es 2.3 veces menor entre aquellos estudiantes expuestos a este tipo de eventos, lo cual podría sugerir que los sucesos de vida de tipo positivo “protegerían” del desarrollo de planes suicidas. Para explorar y determinar en qué áreas de sucesos se ubican estas proporciones se procedió entonces a la regresión logística utilizando razones de momios (OR) en cada una de las dimensiones de sucesos de vida tanto del tipo positivo como negativo con la muestra total, en contraste con los casos de los percentiles 10 y 90 empleados en la regresión logística con las sumas de sucesos positivos, negativos y sucesos totales.

En el caso de los sucesos positivos destaca que en el área Social positiva, el riesgo entre los que experimentaron sucesos de este tipo es casi tres veces menor que entre aquellos adolescentes que no reportaron este tipo de eventos (OR=.34, IC 95% .08-1.47), y que la probabilidad de

presentar planes (OR=1.9, IC 95% .21-17.57) e intentos (OR=1.9, IC 95% .21-17.40) es casi del doble entre los expuestos a sucesos del área Escolar positiva. En estos dos últimos casos el intervalo de confianza es muy amplio, por lo que en los análisis subsecuentes se explorará solamente el riesgo dentro del área Social positiva para examinar más el posible efecto protector contra la ideación suicida por exposición a eventos de este tipo.

En cuanto a la evaluación entre los diferentes tipos de sucesos negativos, se encontró que para las áreas Social, de Fracaso y Salud hay proporciones en los diferentes indicadores del riesgo suicida del doble entre los adolescentes expuestos (Tabla 6.17), mientras que dentro del área Escolar negativa hay un aparente efecto protector contra la ideación en aquellos que reportaron sucesos de ese tipo. En este modelo de regresión, sobresale que en el área de Fracaso la probabilidad de la ideación suicida es dos veces mayor y que en el área de Salud negativa el riesgo de planeación e intentos se triplica a diferencia de los no expuestos a tal tipo de sucesos de vida.

Tabla 6.17 Regresión logística para riesgo suicida en áreas de sucesos negativos

		Social negativo		Escolar negativo*		Fracasos		Salud negativo	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Ideación n=481	<i>Sexo</i>	1.83	1.08-3.10	1.9	1.12-3.20	1.93	1.14-3.26	1.94	1.14-3.28
	<i>Exposición</i>	2.62	1.39-4.95	.37	.05-2.88	2.0	1.00-3.96	2.21	.89-5.49
Planeación n=479	<i>Sexo</i>	1.78	.98-3.23	1.84	1.02-3.33	1.88	1.04-3.38	1.91	1.05-3.46
	<i>Exposición</i>	2.48	1.23-4.99			1.45	.64-3.28	3.13	1.25-7.87
Intento n=475	<i>Sexo</i>	1.57	.88-2.80	1.59	.89-2.84	1.61	.90-2.88	1.63	.91-2.93
	<i>Exposición</i>	1.69	.79-3.59			1.43	.63-3.22	3.05	1.22-7.65

* No hubo casos de planeación ni de intento

6.5.2 Riesgo de ideación suicida por exposición a sucesos estresantes. En el modelo de regresión logística correspondiente a la ideación suicida destacan tres variables en relación a la ideación suicida: el sexo y el área social positiva y negativa. Respecto al sexo, se observa que la probabilidad de tener pensamientos suicidas es casi del doble para las mujeres que para los hombres (OR=1.8, $X^2[1]= 6.02, p<.05$).

Ahora bien, respecto a tener ideación suicida en relación a haber estado expuesto a sucesos sociales positivos se observa que la probabilidad es casi tres veces menor para los expuestos; sin embargo, ya que esta diferencia no es estadísticamente significativa no se podría aseverar que se trate de un factor protector (OR=.34, $X^2[1]= 2.29, p<.13$). Una proporción similar ocurre con los expuestos al área social negativa pero a la inversa, es decir, casi tres veces más el riesgo de ideación entre los expuestos que en los no expuestos; en este caso la diferencia sí es estadísticamente significativa (Tabla 6.18). No se encontraron efectos de la edad o del sexo dentro del área social negativa al realizar los análisis estratificados correspondientes.

Tabla 6.18 Riesgo de ideación suicida por exposición a sucesos sociales

	Social positivo			Social negativo		
	<i>Expuesto</i>	<i>No expuesto</i>	<i>Total</i>	<i>Expuesto</i>	<i>No expuesto</i>	<i>Total</i>
<i>Caso</i>	2	69	71	17	54	71
<i>No caso</i>	32	378	410	42	368	410
<i>Total</i>	34	447	481	59	422	481
<i>Riesgo</i>	5.9%	15.4%	14.8%	28.8%	12.8%	14.8%
	Estimador de punto		IC 95%	Estimador de punto		IC 95%
<i>DR</i>	-.09		-.18 – -.01	.16		.04 – .28
<i>RR</i>	.36		.09 – 1.48	2.3		1.4 – 3.6
<i>OR</i>	.34		0 – 1.32	2.8		1.5 – 5.2
	$X^2(1)=2.29$		$p>X^2=0.13$	$X^2(1)=10.55$		$p>X^2=0.01$

6.5.3 Riesgo de planeación suicida por exposición a sucesos estresantes. La probabilidad de presentar planes suicidas es 2.6 mayor entre los expuestos a sucesos sociales negativos mientras que es tres veces mayor entre los expuestos a sucesos de salud negativos (Tabla 6.19). No se encontraron efectos de la edad o del sexo en ninguna de las dos áreas al realizar los análisis estratificados correspondientes.

Tabla 6.19 Riesgo de planeación suicida por exposición a sucesos negativos

	Social negativo			Salud negativo		
	<i>Expuesto</i>	<i>No expuesto</i>	<i>Total</i>	<i>Expuesto</i>	<i>No expuesto</i>	<i>Total</i>
<i>Caso</i>	13	41	54	7	47	54
<i>No caso</i>	46	379	425	20	405	425
<i>Total</i>	59	420	479	27	452	479
<i>Riesgo</i>	22.0%	9.8%	11.3%	25.9%	10.4%	11.3%
	Estimador de punto		IC 95%	Estimador de punto		IC 95%
<i>DR</i>	.12		.01 – .23	.16		-.01 – .32
<i>RR</i>	2.3		1.28 – 3.95	2.5		1.24 – 4.98
<i>OR</i>	2.6		1.32 – 5.19	3.0		1.24 – 7.35
	$X^2(1)=7.79$		$p>X^2=0.005$	$X^2(1)=6.14$		$p>X^2=0.01$

6.5.4 Riesgo de intento suicida por exposición a eventos estresantes. La probabilidad de uno o más intentos de suicidio es tres veces mayor entre los expuestos a sucesos de salud negativos (Tabla 6.20); no se encontraron efectos de la edad o del sexo dentro del área.

Tabla 6.20 Riesgo de intento suicida por exposición a sucesos de salud negativos

	<i>Expuesto</i>	<i>No expuesto</i>	<i>Total</i>
<i>Caso</i>	7	47	54
<i>No caso</i>	20	401	421
<i>Total</i>	27	448	475
<i>Riesgo</i>	25.9%	10.5%	11.4%
	Estimador de punto		IC 95%
<i>DR</i>	.15		-.01 – .32
<i>RR</i>	2.5		1.24 – 4.94
<i>OR</i>	3.0		1.23 – 7.28
	$\chi^2(1)=6.02$	$p > \chi^2=0.01$	

6.6 Interpretación del perfil MMPI-A.

La información de los perfiles que aquí se presentan tiene como fin ser fuente de hipótesis respecto al grupo evaluado y corresponde al sistema interpretativo del MMPI-A desarrollado por Archer (2000) con adolescentes de 12 a 18 años. Los parámetros con los que se hacen estas interpretaciones representan combinaciones de datos estadísticos de la literatura científica del MMPI y del MMPI-A (Archer, 2005; Butcher y Williams, 2000; Lucio et al., 1998, 2002).

De los 83 alumnos en riesgo suicida (17.2% respecto a la muestra total), se presentaron 72 a la evaluación con el inventario: 20 hombres y 52 mujeres ($X=13.5$; $DE=1.07$); ver Figura 6.3. En la Tabla 6.21 se encuentra el resumen de los perfiles básicos así como la puntuación T de la subescala experimental de ideación suicida (Lucio, Loza y Durán, 2000). Las únicas diferencias estadísticamente significativas entre el perfil masculino y femenino se encontraron en la escala de inconsistencia de las respuestas variables, *INVAR* ($t=2.63$, $p<.05$) y Desviación psicopática, *4 Dp* ($t=-2.62$, $p<.05$).

Tabla 6.21 Perfil básico del MMPI-A para el grupo en riesgo suicida

		Hombres (n=20)		Mujeres (n=52)	
		Tipo de código por elevación de escalas	Tipo de código con mejor ajuste	Tipo de código por elevación de escalas	Tipo de código con mejor ajuste
<i>Tipo de código</i>		1-8/8-1	1-6/6-1	4-6/6-4	1-4/4-1
<i>Coefficiente de ajuste</i>		0.81	0.84	0.59	0.85
<i>Puntuación T</i>	F	69 [11.6]		68 [14.3]	
<i>X [DE]</i>	L	54 [08.3]		52 [12.1]	
	K	49 [12.5]		46 [10.8]	
	(1) Hs	66 [11.3]		63 [09.2]	
	(2) D	63 [07.0]		63 [10.7]	
	(3) Hi	61 [10.2]		63 [09.8]	
	(4) Dp	62 [08.2]		68 [09.7]	
	(5) Mf	54 [12.3]		52 [11.9]	
	(6) Pa	63 [10.5]		66 [11.1]	
	(7) Pt	60 [11.3]		63 [13.7]	
	(8) Es	65 [08.7]		65 [11.6]	
	(9) Ma	54 [12.8]		54 [10.7]	
	(0) Is	57 [07.1]		60 [10.0]	
<i>Promedio de la elevación clínica</i>		61.8		63.1	
<i>Código Welsh</i>		18+26437-059	F+-L/K:	468+12370-95/	F+-L/K:
<i>Subescala experimental de ideación suicida (Lucio, Loza y Durán, 2000)</i>		60 [09.8]		65 [10.5]	

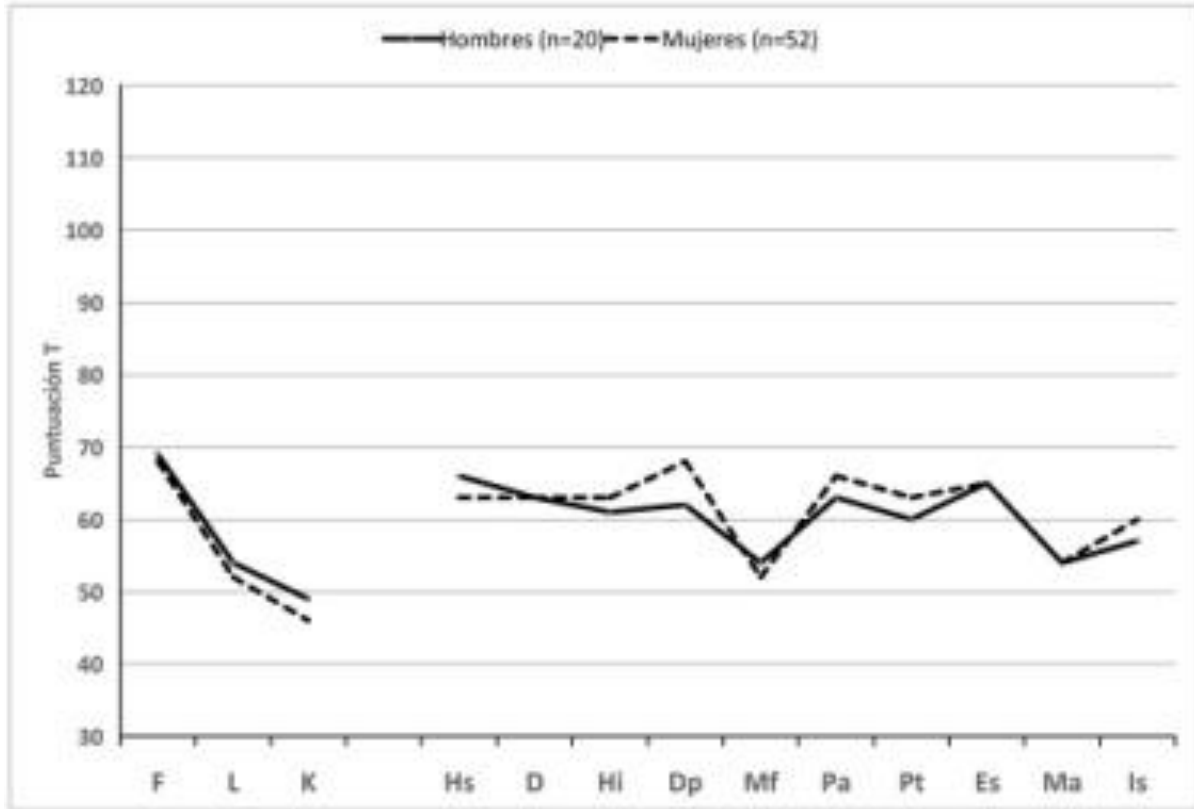


Figura 6.3 Perfil básico del MMPI-A para el grupo en riesgo suicida (n=72)

6.6.1 Interpretación para la configuración de las escalas de validez.

Mujeres. El grupo ha producido un patrón de respuesta consistente tal como se refleja en las escalas de respuestas variables (INVAR) y respuestas verdaderas (INVER). De acuerdo a Archer (2000), esta configuración de validez generalmente se obtiene con adolescentes que piden ayuda por sus problemas cotidianos y que actualmente se sienten agobiadas en sus intentos por manejar su malestar psicológico. La configuración es válida y da pauta a perfiles de personalidad interpretables con aquellas adolescentes que buscan activamente ayuda psicológica. Tanto las escalas de Infrecuencia de la primera (F1) y segunda (F2) partes están debajo de una puntuación T de 90; en casos contrarios, las elevaciones en estas escalas muy probablemente indiquen problemas con la validez del perfil.

Hombres. En contraste con la configuración de las mujeres, en el grupo de los hombres hay una elevación promedio de T=71 (INVAR), que se considera una puntuación marginal y que sugiere una revisión más cuidadosa para el perfil en el caso de interpretación individual más no así en este

perfil grupal, sobre todo cuando la dispersión de las puntuaciones es alta. Para este patrón de validez (F-L-K) no existen hipótesis interpretativas; no obstante, las puntuaciones en el resto de las escalas sugieren un perfil válido. La interpretación de las siete escalas de validez se encuentra en la Tabla 6.22.

6.6.2 Interpretación para la configuración de las escalas clínicas.

Mujeres, tipo de código 4-6/6-4. Estas adolescentes son descritas frecuentemente como enojadas, resentidas y argumentativas. Generalmente son referidas por presentar síntomas que incluyen actitudes desafiantes, desobediencia y negativismo. Dentro de las referencias para tratamiento son comunes aquellas iniciadas por instancias jurídicas. Según Archer (2000), las adolescentes con un tipo de código 4-6/6-4 comúnmente plantean demandas excesivas de atención, afecto y simpatía; al mismo tiempo resienten demandas menores que les sean presentadas en sus relaciones interpersonales. Son suspicaces y desconfiadas de los motivos de los demás y característicamente evitan el apego emocional profundo. Pueden presentar poca introspección sobre sus dificultades psicológicas y sus conductas frecuentemente resultan en rechazo y enojo de los otros.

Asimismo, las puntuaciones en la escala de Inmadurez (INM-A) sugieren que estas adolescentes sean percibidas como inmaduras, que fácilmente se frustran, impacientes, desafiantes, egocéntricas y de pensamiento concreto. Las adolescentes con este tipo de código 4-6/6-4 pueden presentar además grandes discrepancias en la forma que se perciben a sí mismas y el modo en que son percibidas por otros. Habitualmente, estas chicas son referidas a psicoterapia como resultado de conflictos recurrentes con los padres y que eventualmente pueden constituirse como peleas crónicas e intensas. Más aún, típicamente no controlan sus impulsos y actúan sin pensar lo suficientemente las cosas. Los problemas con figuras de autoridad también son prevalentes entre estas adolescentes por lo que se les describe como provocadoras por los demás. Puede también haber antecedentes de uso de sustancias.

Se han asociado a este tipo de código diagnósticos (DSM-IV) de Trastorno de la personalidad (301.XX) circunscribiéndose rasgos paranoides (301.0), antisociales (301.7) y narcisistas (301.81); otros diagnósticos asociados con este tipo de código incluyen los Trastornos desafiante oposicionista (313.81) y de conducta (312.8) (Archer, 2000). Los mecanismos de defensa usualmente empleados son la negación, la proyección, la racionalización y el acting-out. Estas adolescentes tienden a evadir responsabilidad por su comportamiento; son difíciles de motivar dentro de la psicoterapia y les toma tiempo desarrollar relaciones terapéuticas. Las modalidades indicadas para este grupo de adolescentes son individual, familiar y de grupo. Dentro de las metas terapéuticas estarían el control del acting-out así como el desarrollo de la confianza en las relaciones interpersonales.

Mujeres, tipo de código 1-4/1-1. Las adolescentes con este tipo de código aparecen como defensivas, negativas, resentidas, pesimistas y cínicas. El comportamiento de la adolescente con un tipo de código 1-4/4-1 es tradicionalmente desafiante, desobediente y provocativo, donde frecuentemente se encuentran conflictos con los padres (Archer, 2000). En general, las adolescentes con esta combinación no se quedan calladas, son opositoras, ensimismadas e inmaduras en sus relaciones interpersonales. A pesar de que recurren al acting-out como mecanismo de defensa, no es común el uso de sustancias.

Los diagnósticos psiquiátricos asociados (Archer, 2000) incluyen Hipocondriasis (300.7) y, como en el caso del tipo de código anterior, Trastorno desafiante opositor (313.81) o Trastorno de conducta (312.8). Dentro de los mecanismos de defensa más usados se encuentran la somatización y conductas pasivo-agresivas. Los terapeutas habitualmente ven en estas adolescentes déficits de medio a moderado nivel para la psicoterapia, reflejado típicamente en superficialidad e inconstancia. Dada la frecuencia de los conflictos con los padres u otros miembros de la familia se sugiere considerar una forma combinada de psicoterapia individual y familiar.

Hombres, tipo de código 1-8/8-1. Los adolescentes que producen este tipo de código generalmente presentan rasgos psicológicos relacionados con preocupaciones somáticas, como cefaleas o insomnio, así como con una percepción de sí mismos padeciendo alguna enfermedad física. Los resultados de la escala de Preocupación por la salud [SAU-A] indican que estos varones se sienten enfermos y están preocupados por su salud; de hecho, estos adolescentes pueden reportar una mayor frecuencia de padecimientos serios durante la niñez. Frecuentemente se encuentran antecedentes de adaptación social precaria así como de inadecuación social, o bien, dificultades para formar y mantener relaciones interpersonales. Existe evidencia de que los adolescentes con este tipo de código exhiban problemas para concentrarse o dificultades en procesos cognoscitivos, donde incluso pueda haber síntomas de pensamiento delirante (Archer, 2000). Se observa igualmente una tendencia a percibirse como olvidadizos y fácilmente distraíbles. Generalmente tienen problemas en el ámbito académico y presentan un rendimiento escolar substancialmente menor al promedio.

Estos adolescentes también muestran dificultades por impulsividad y conductas autodestructivas por lo que hay una probabilidad mayor tanto de intentos de suicidio como de uso de sustancias. Frecuentemente existen antecedentes de conflicto padre/madre-adolescente y una mayor probabilidad de divorcio. En general, estos adolescentes se sienten alienados y aislados de los demás; su pobre control sobre el enojo puede contribuir a exacerbar estos dos aspectos.

Se han asociado de acuerdo a Archer (2000) diferentes diagnósticos psiquiátricos a este tipo de código, incluyendo el Trastorno somatoforme (300.81), Hipocondriasis (300.7), Trastornos de personalidad esquizoide (301.20), esquizotípica (301.22) y esquizofrénica (295.X0). El mecanismo de defensa típicamente empleado es la somatización. Respecto a las modalidades de psicoterapia recomendada para adolescentes con este tipo de código están de tipo individual, familiar y de grupo.

Asimismo, se debe evaluar la necesidad de medidas preventivas para conductas suicidas y uso de sustancias; finalmente, dependiendo de la sintomatología esquizofrénica, debe evaluarse la necesidad de antipsicóticos.

Hombres, tipo de código 1-6/6-1. Este patrón se encuentra en menos del 1% de adolescentes evaluados en escenarios clínicos y se ha hecho relativamente poca investigación respecto a los descriptores para adultos o adolescentes con este tipo de código, de acuerdo a Archer (2000).

Mientras que esta combinación se ha asociado a la ocurrencia de sintomatología hipocondriaca en adultos, estas características no se han encontrado tan frecuentemente entre adolescentes con tal tipo de código. Estos varones son comúnmente referidos a psicoterapia por un excesivo control emocional; son vistos como evasivos, defensivos y temerosos del involucramiento emocional con otros. Una proporción importante de tales adolescentes provienen de hogares sin padre o con una figura paterna ausente, o bien, han experimentado rechazo o distanciamiento de la figura paterna. Igualmente, pueden expresar enojo intenso incluyendo brotes violentos hacia las figuras parentales.

Los diagnósticos psiquiátricos asociados a este tipo de código incluyen al Trastorno delirante (297.10) y a los Trastornos de personalidad paranoide (301.00) o esquizoide (301.20) (Archer, 2000). La alta frecuencia del conflicto parental usualmente subestima la importancia de la intervención psicológica familiar en el tratamiento integral de estos adolescentes. Las metas terapéuticas sugeridas a corto plazo serían la confianza y las relaciones interpersonales. Adicionalmente, estos chicos son vistos como egocéntricos donde el mecanismo de defensa más ampliamente utilizado es la racionalización. Al igual que con el tipo de código anterior, existen datos que sugieren un alto riesgo suicida asociado.

La interpretación de cada una de las diez escalas clínicas se encuentra en la Tabla 6.23. La interpretación de las quince escalas de contenido se encuentra en la Tabla 6.24 y la correspondiente para las seis escalas suplementarias en la Tabla 6.25.

Tabla 6.22 Interpretación de las escalas de validez del MMPI-A del grupo en riesgo suicida.

Subescala	Hombres [n=20]		Mujeres [n=52]	
	X PT [DE]	Descriptor	X PT [DE]	Descriptor
<i>No podría decir [¿]</i>	0	Contestaron a todos los reactivos del inventario por lo que no aparece ser evasivo en términos de ignorar o denegar respuesta.	0	Contestaron a todos los reactivos del inventario por lo que no aparece ser evasivo en términos de ignorar o denegar respuesta.
<i>Inconsistencia de las respuestas variables [INVAR]</i>	71 [14.4]	Niveles marginales en la consistencia de las respuestas.	60 [16.9]	Se contestó el inventario dentro de un nivel aceptable de consistencia.
<i>Inconsistencia de las respuestas verdaderas [INVER]</i>	56V [6.2]	Se respondió a los reactivos del instrumento dentro de un nivel aceptable de consistencia.	54V [5.5]	Se respondió a los reactivos del instrumento dentro de un nivel aceptable de consistencia.
<i>Infrecuencia 1ª parte [F1]</i>	69 [13.2]	Se ha endosado un número importante de síntomas psiquiátricos en la primera parte del inventario.	70 [16.3]	Se ha endosado un número importante de síntomas psiquiátricos en la primera parte del inventario.
<i>Infrecuencia 2ª parte [F2]</i>	66 [8.9]	Se ha endosado un número importante de síntomas psiquiátricos en la segunda parte del inventario.	64 [12.4]	Elevación marginal o moderada en sintomatología psiquiátrica inusual en la segunda parte del inventario.
<i>Infrecuencia [F]</i>	69 [11.6]	Elevación importante que debe evaluarse junto con los otros indicadores de validez; aquellos adolescentes con perfiles válidos muy probablemente estén experimentando problemas conductuales serios así como manifestar síntomas psicopatológicos; pueden presentar un pensamiento inusual o marcadamente fuera de lo convencional.	68 [14.3]	Elevación importante que debe evaluarse junto con los otros indicadores de validez; aquellos adolescentes con perfiles válidos muy probablemente estén experimentando problemas conductuales serios así como manifestar síntomas psicopatológicos; pueden presentar un pensamiento inusual o marcadamente fuera de lo convencional.
<i>Mentira [L]</i>	54 [8.3]	Balance apropiado entre la admisión y negación de fallas sociales comunes. Estos adolescentes son frecuentemente percibidos como flexibles y psicológicamente sofisticados.	52 [12.1]	Balance apropiado entre la admisión y negación de fallas sociales comunes. Estos adolescentes son frecuentemente percibidos como flexibles y psicológicamente sofisticados.
<i>Defensividad [K]</i>	49 [12.5]	Balance apropiado entre apertura y defensividad; la prognosis para la psicoterapia es en general buena en aquellos adolescentes abiertos a la discusión de sus problemas y síntomas.	46 [10.8]	Balance apropiado entre apertura y defensividad; la prognosis para la psicoterapia es en general buena en aquellos adolescentes abiertos a la discusión de sus problemas y síntomas.

Tabla 6.23 Interpretación de las escalas clínicas del MMPI-A del grupo en riesgo suicida.

Subescala	Hombres [n=20]		Mujeres [n=52]	
	X PT [DE]	Descriptor	X PT [DE]	Descriptor
<i>Hipocondriasis</i> [1 Hs]	66 [11.3]	Esta puntuación se ve frecuentemente en adolescentes con una historia de síntomas asociados con hipocondriasis incluyendo quejas físicas vagas y una preocupación por las funciones corporales o enfermedades. Sin embargo, también se puede presentar tal elevación en adolescentes con problemas físicos reales; se debe descartar la posibilidad de disfunción orgánica. Existe una mayor probabilidad de diagnósticos neuróticos así como de desarrollar respuestas somáticas al estrés. Estos adolescentes son comúnmente vistos por otros como ensimismados, insatisfechos, pesimistas y demandantes. La prognosis para la intervención psicológica es reservada y tales adolescentes frecuentemente presentan poca introspección en psicoterapia.	63 [9.2]	Esta puntuación se encuentra dentro de un nivel marginal o transicional de elevación por lo que no todos los descriptores puedan aplicarse. Estas adolescentes frecuentemente manifiestan una historia de síntomas asociados con hipocondriasis incluyendo quejas físicas vagas y una preocupación por las funciones corporales o enfermedades. Sin embargo, puede haber problemas físicos reales por lo que se debe descartar la posibilidad de disfunción orgánica. Existe una mayor probabilidad de diagnósticos neuróticos así como de desarrollar respuestas somáticas al estrés. Son comúnmente vistas por otros como ensimismadas, insatisfechas, pesimistas y demandantes. La prognosis para la intervención psicológica es reservada y tales adolescentes frecuentemente presentan poca introspección en psicoterapia.
<i>Depresión</i> [2 D]	63 [7.0]	Esta puntuación se encuentra dentro de un nivel marginal o transicional de elevación por lo que no todos los descriptores puedan aplicarse. En este rango se encuentran adolescentes deprimidos, insatisfechos, desesperanzados, y auto despreciativos. Frecuentemente experimentan apatía, pérdida de interés en actividades cotidianas y confianza en sí mismos, al igual que sentimientos de inadecuación y pesimismo. Además, pueden presentar emociones substanciales de culpa, devaluación, autocrítica e ideación suicida. No obstante, este grado de malestar podría servir como un motivador para incorporarse a la psicoterapia.	63 [10.7]	Al igual que entre los hombres esta puntuación se encuentra dentro de un nivel marginal o transicional de elevación por lo que no todos los descriptores puedan aplicarse. El grupo se describe como deprimido, insatisfecho, desesperanzado y auto despreciativo. Frecuentemente experimentan apatía, pérdida de interés en actividades cotidianas y confianza en sí mismas, al igual que sentimientos de inadecuación y pesimismo. Además, pueden presentar emociones substanciales de culpa, devaluación, autocrítica e ideación suicida. No obstante, este grado de malestar podría servir como un motivador para incorporarse a la psicoterapia.
<i>Histeria</i> [3 Hi]	61 [10.2]	Esta puntuación se encuentra dentro de un nivel marginal o transicional de elevación por lo que no todos los descriptores puedan aplicarse. El grupo muestra patrones de sobre reactividad al estrés que pueda involucrar el desarrollo de síntomas	63 [9.8]	Esta puntuación se encuentra dentro de un nivel marginal o transicional de elevación por lo que no todos los descriptores puedan aplicarse. El grupo muestra patrones de sobre reactividad al estrés que pueda involucrar el desarrollo de síntomas

Tabla 6.23 Interpretación de las escalas clínicas del MMPI-A del grupo en riesgo suicida.

Subescala	Hombres [n=20]		Mujeres [n=52]	
	X PT [DE]	Descriptor	X PT [DE]	Descriptor
<i>Desviación psicopática</i> [4 Dp]	62 [8.2]	<p>físicos. Estos adolescentes son egocéntricos e inmaduros; presentan una fuerte necesidad de atención y afecto. Recurren a soluciones concretas y simplistas para sus problemas además de parecer psicológicamente ingenuos. Son percibidos como orientados al logro, socialmente involucrados, y superficialmente amistosos.</p> <p>Esta puntuación se encuentra dentro de un nivel marginal o transicional de elevación por lo que no todos los descriptores puedan aplicarse. Las elevaciones en esta escala son comunes entre adolescentes, particularmente en escenarios psiquiátricos o jurídicos. Se caracterizan por ser rebeldes, hostiles hacia figuras de autoridad y desafiantes. Frecuentemente presentan historias de adaptación escolar pobre y problemas de conducta. Comúnmente exhiben incapacidad para posponer gratificación y son descritos como impulsivos, con poca tolerancia a la frustración y al aburrimiento. Los mecanismos de defensa empleados por el grupo incluyen conductas tipo "acting-out" acompañadas de sentimientos de remordimiento o culpa. Mientras que estos adolescentes pueden crear una buena primera impresión, sus relaciones interpersonales tienden a ser huecas y superficiales. Eventualmente son percibidos como egoístas, ensimismados y egocéntricos.</p>	68 [9.7]	<p>físicos. Estas adolescentes son egocéntricas e inmaduras; presentan una fuerte necesidad de atención y afecto. Recurren a soluciones concretas y simplistas para sus problemas además de parecer psicológicamente ingenuas. Son percibidas como orientadas al logro, socialmente involucradas, y superficialmente amistosas.</p> <p>Las elevaciones en esta escala son comunes entre adolescentes, particularmente en escenarios psiquiátricos o jurídicos. Se caracterizan por ser rebeldes, hostiles hacia figuras de autoridad y desafiantes. Frecuentemente presentan historias de adaptación escolar pobre y problemas de conducta. Comúnmente exhiben incapacidad para posponer gratificación y son descritas como impulsivas, con poca tolerancia a la frustración y al aburrimiento. Los mecanismos de defensa empleados por el grupo incluyen conductas tipo "acting-out" acompañadas de sentimientos de remordimiento o culpa. Mientras que tales adolescentes pueden crear una buena primera impresión, sus relaciones interpersonales tienden a ser huecas y superficiales. Eventualmente son percibidas como egoístas, ensimismadas y egocéntricas.</p>
<i>Masculinidad</i> <i>Femineidad</i> [5 Mf]	54 [12.3]	La puntuación obtenida está dentro de los rangos normales o esperados e indica patrones de intereses estándares dentro de las actividades masculinas tradicionales.	52 [11.9]	La puntuación obtenida está dentro de los rangos normales o esperados e indica patrones de intereses estándares dentro de las actividades femeninas tradicionales.
<i>Paranoia</i> [6 Pa]	63 [10.5]	Hay una tendencia a mostrar una sensibilidad interpersonal marcada y estos adolescentes pueden mostrarse suspicaces o desconfiados en sus relaciones. Generalmente son percibidos como hostiles, resentidos y argumentativos. Frecuentemente	66 [11.1]	Hay una tendencia a mostrar una sensibilidad interpersonal marcada y estos adolescentes pueden mostrarse suspicaces o desconfiados en sus relaciones. Generalmente son percibidos como hostiles, resentidos y argumentativos. Frecuentemente

Tabla 6.23 Interpretación de las escalas clínicas del MMPI-A del grupo en riesgo suicida.

Subescala	Hombres [n=20]		Mujeres [n=52]	
	X PT [DE]	Descriptor	X PT [DE]	Descriptor
<i>Psicastenia</i> [7 Pt]	60 [11.3]	presentan dificultades para establecer relaciones terapéuticas debido a una defensiva personal incrementada así como problemas en el entorno escolar. Esta puntuación se encuentra dentro de un nivel marginal o transicional de elevación por lo que no todos los descriptores puedan aplicarse. El grupo se describe como ansioso, tenso, indeciso, autocrítico y perfeccionista. Presentan por lo general sentimientos de inseguridad, inadecuación e inferioridad; mantienen expectativas altamente irreales sobre su desempeño.	63 [13.7]	presentan dificultades para establecer relaciones terapéuticas debido a una defensiva personal incrementada así como problemas en el entorno escolar. Esta puntuación se encuentra dentro de un nivel marginal o transicional de elevación por lo que no todos los descriptores puedan aplicarse. Son adolescentes ansiosas, tensas, indecisas, autocríticas y perfeccionistas. Presentan por lo general sentimientos de inseguridad, inadecuación e inferioridad; mantienen expectativas altamente irreales sobre su desempeño.
<i>Esquizofrenia</i> [8 Es]	65 [8.7]	Estos adolescentes son descritos como confundidos, desorganizados, retraídos y alienados. Presentan fuertes sentimientos de inferioridad, incompetencia, insatisfacción, y frecuentemente se muestran reticentes a involucrarse interpersonalmente. Son vulnerables al estrés, se molestan fácilmente y pueden emplear pruebas de realidad pobres. Se debe investigar la posibilidad de síntomas esquizofrénicos.	65 [11.6]	Estas adolescentes son descritas como confundidas, desorganizadas, retraídas y alienadas. Presentan fuertes sentimientos de inferioridad, incompetencia, insatisfacción, y frecuentemente se muestran reticentes a involucrarse interpersonalmente. Son vulnerables al estrés, se molestan fácilmente y pueden emplear pruebas de realidad pobres. Se debe investigar la posibilidad de síntomas esquizofrénicos.
<i>Hipomanía</i> [9 Ma]	54 [12.8]	La puntuación obtenida está dentro de los rangos normales o esperados y refleja un nivel de actividad o energía típico de los adolescentes normales.	54 [10.7]	La puntuación obtenida está dentro de los rangos normales o esperados y refleja un nivel de actividad o energía típico de las adolescentes normales.
<i>Introversión social</i> [0 Is]	57 [7.1]	La puntuación obtenida está dentro de los rangos normales o esperados; habla de un balance entre la introversión y extroversión social en términos de actitud y patrones conductuales.	60 [10.0]	Las adolescentes que producen puntuaciones en este rango son socialmente introvertidas, inseguras y se muestran incómodas en situaciones sociales. Tienden a ser tímidas, sumisas y con falta de confianza en sí mismas. Tienen poca probabilidad de involucrarse en conductas impulsivas y presentan un riesgo bajo de conductas tipo "acting-out" o delictivas.

Tabla 6.24 Interpretación de las escalas de contenido del MMPI-A del grupo en riesgo suicida.

Subescala	Hombres [n=20]		Mujeres [n=52]	
	X PT [DE]	Descriptor	X PT [DE]	Descriptor
<i>Ansiedad</i> [ANS-A]	57 [10.8]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	60 [10.6]	La puntuación representa una elevación marginal que pueda asociarse a problemas con ansiedad, tensión, nerviosismo y aprehensión.
<i>Obsesividad</i> [OBS-A]	55 [10.6]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	56 [12.0]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.
<i>Depresión</i> [DEP-A]	61 [8.5]	La puntuación representa una elevación marginal que puede reflejar problemas moderados relacionados a la depresión; tales situaciones pueden incluir moral disminuida, apatía o una tendencia a experimentar respuestas depresivas.	65 [11.2]	Tal puntuación es comúnmente generada por adolescentes que están deprimidas y desesperanzadas. Pueden mostrarse apáticas y fatigarse fácilmente. Su depresión puede incluir la ocurrencia de ideación suicida así como una sensación de pesimismo o desaliento.
<i>Preocupación por la salud</i> [SAU-A]	67 [12.5]	Esta puntuación la producen adolescentes que endosan síntomas físicos en diferentes áreas como lo son gastrointestinal, neurológica, sensorial, cardiovascular y respiratoria. Se sienten enfermos y preocupados por su salud.	64 [9.8]	La puntuación representa una elevación marginal que puede reflejar algunas preocupaciones respecto a su salud física, o bien, la presencia de un problema o condición médica importante. Tales adolescentes tienden a desarrollar quejas somáticas ante estrés substancial o prolongado.
<i>Enajenación</i> [ENA-A]	59 [7.0]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	63 [11.8]	Elevación marginal que se observa entre adolescentes que pueden estar experimentando un distanciamiento emocional o sentimientos de alienación respecto a los demás.
<i>Pensamiento delirante</i> [DEL-A]	60 [13.0]	La puntuación representa una elevación marginal que puede reflejar alguna incapacidad en pruebas de realidad así como la ocurrencia de alguna sintomatología psicótica o sistemas de creencias paranoides.	58 [10.7]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.
<i>Enojo</i> [ENJ-A]	52 [9.8]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	57 [12.0]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.
<i>Cinismo</i> [CIN-A]	49 [11.5]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	53 [12.0]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.
<i>Problemas de conducta</i> [PCO-A]	57 [11.6]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	57 [11.8]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.
<i>Baja autoestima</i> [BAE-A]	60 [7.7]	La puntuación representa una elevación marginal que puede ser generada por adolescentes que no tienen confianza en sí mismos, son excesivamente auto críticos y posiblemente con problemas	62 [12.4]	Elevación marginal que se genera entre adolescentes que no tienen confianza en sí mismas, que son excesivamente auto críticas y que pueden tener problemas importantes de autoestima.

Tabla 6.24 Interpretación de las escalas de contenido del MMPI-A del grupo en riesgo suicida.

Subescala	Hombres [n=20]		Mujeres [n=52]	
	X PT [DE]	Descriptor	X PT [DE]	Descriptor
		importantes de autoestima.		
<i>Aspiraciones limitadas</i> [ASL-A]	62 [8.0]	La puntuación representa una elevación marginal y describe adolescentes con estándares o metas limitadas para su desempeño; pueden frustrarse o dejar las cosas para después fácilmente.	62 [8.8]	La puntuación representa una elevación marginal y describe adolescentes con estándares o metas limitadas para su desempeño; pueden frustrarse o dejar las cosas para después fácilmente.
<i>Incomodidad en situaciones sociales</i> [ISO-A]	56 [6.8]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	56 [10.5]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.
<i>Problemas familiares</i> [FAM-A]	63 [5.7]	La puntuación representa una elevación marginal típica de adolescentes que están teniendo algunos conflictos dentro del núcleo familiar; pueden desear tener más apoyo de la familia o sentir que han sido tratados injusta o punitivamente.	64 [9.0]	Elevación marginal de adolescentes que están experimentando problemas familiares y que desearían tener más apoyo de los miembros en la familia; pueden sentir que han sido tratadas injusta o punitivamente
<i>Problemas escolares</i> [ESC-A]	61 [8.9]	La puntuación representa una elevación marginal donde los adolescentes pueden estar experimentando problemas de conducta o académicos importantes.	59 [10.7]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.
<i>Rechazo al tratamiento</i> [RTR-A]	60 [8.0]	La puntuación representa una elevación marginal que se observa entre adolescentes que reportan preocupaciones sobre su habilidad para modificar su comportamiento o sus percepciones; pueden dudar respecto al hecho de si hablar con otros es útil en el proceso de cambio.	61 [11.0]	Elevación marginal que se observa entre adolescentes que reportan preocupaciones sobre su habilidad para modificar su comportamiento o sus percepciones; pueden dudar respecto al hecho de si hablar con otros es útil en el proceso de cambio.

Tabla 6.25 Interpretación de las escalas suplementarias del MMPI-A del grupo en riesgo suicida.

Subescala	Hombres [n=20]		Mujeres [n=52]	
	X PT [DE]	Descriptor	X PT [DE]	Descriptor
<i>Ansiedad</i> [A-A]	56 [13.7]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados y sugiere niveles de ansiedad o malestar sin mayor relevancia.	58 [11.0]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados y sugiere niveles de ansiedad o malestar sin mayor relevancia.
<i>Represión</i> [R-A]	51 [9.6]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados; el grupo parece ser capaz de expresar o discutir áreas problemáticas así como sentimientos negativos.	52 [10.5]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados; el grupo parece ser capaz de expresar o discutir áreas problemáticas así como sentimientos negativos.
<i>Alcoholismo de MacAndrew – revisada</i> [MAC-A]	56 [10.3]	Los adolescentes que puntúan en este rango no presentan probabilidad de abusar del alcohol u otras drogas. La excepción más notable a este descriptor serían aquellos adolescentes que son principalmente neuróticos en términos de configuración de personalidad y que emplean el alcohol y drogas como medios de “auto medicación”.	56 [9.4]	Los adolescentes que puntúan en este rango no presentan probabilidad de abusar del alcohol u otras drogas. La excepción más notable a este descriptor serían aquellas adolescentes que son principalmente neuróticas en términos de configuración de personalidad y que emplean el alcohol y drogas como medios de “auto medicación”.
<i>Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas</i> [RPAD]	61 [6.3]	Esta puntuación se considera aceptable o dentro del rango normal; dado que un adolescente puede sub reportar síntomas o actitudes respecto al uso del alcohol o drogas se deben evaluar entonces cuidadosamente las puntuaciones en MAC-A y TPAD para detectar tales problemas.	63 [10.6]	Esta puntuación se considera aceptable o dentro del rango normal; dado que una adolescente puede sub reportar síntomas o actitudes respecto al uso del alcohol o drogas se deben evaluar entonces cuidadosamente las puntuaciones en MAC-A y TPAD para detectar tales problemas.
<i>Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas</i> [TPAD]	59 [9.9]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	61 [11.1]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.
<i>Inmadurez</i> [INM-A]	63 [13.1]	La puntuación obtenida se encuentra dentro de los rangos normales o esperados.	65 [13.4]	Esta puntuación es generada por adolescentes inmaduras, que se frustran fácilmente, que son impacientes, desafiantes y explosivas en sus relaciones interpersonales. Es probable que tengan historias de problemas sociales y académicos. Son egocéntricas, tienden a externalizar la culpa además de ser simplistas y concretas en sus procesos cognoscitivos.

6.7 Asociación entre MMPI-A e IRIS.

Se llevaron a cabo correlaciones Pearson para evaluar la asociación entre las subescalas del MMPI-A y las áreas del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS. Primero se examinó la relación entre el IRIS y la Subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A desarrollada por Lucio, Loza y Durán (2000); todas las áreas del instrumento de tamizaje se correlacionan con la subescala del MMPI-A, encontrándose los coeficientes más altos para la subescala 2 “Depresión y desesperanza” y el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida (ver Tabla 6.26).

Tabla 6.26 Correlación entre la Subescala de ideación suicida del MMPI-A e IRIS (n=72)

Escala del MMPI-A	Subescalas e índice del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS			
	<i>1: Ideación e intencionalidad suicidas</i>	<i>2: Depresión y desesperanza</i>	<i>3: Ausencia de circunstancias protectoras</i>	<i>Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida</i>
<i>Subescala experimental de ideación suicida</i>	.39***	.53***	.38***	.53***

*** $p \leq .001$

Dentro del grupo de escalas de validez del MMPI-A destacan la alta correlación entre el índice de malestar del IRIS y la escala F ($r=.60$, $p<.001$), así como la proporcionalidad inversa entre tal índice y la escala K ($r=-.43$, $p<.001$). Obsérvese que todas las áreas del IRIS se correlacionan positivamente con la escala de Infrecuencia del inventario de personalidad lo que sugiere una relación entre los problemas psicológicos evaluados en ambas áreas (Tabla 6.27).

Respecto a las escalas clínicas del inventario de personalidad, no se encontró correlación de la escala 5 Masculinidad/femineidad con el IRIS, como sería lo esperado en cuanto a que tal escala no se considera indicador de psicopatología o dificultad psicológica.

Los valores más altos del coeficiente Pearson se encuentran nuevamente para el índice de malestar psicológico del IRIS en relación a las escalas 7 (Psicastenia) y 8 (Esquizofrenia); tal asociación habla de situaciones comunes en ambas escalas como ansiedad, preocupación, aislamiento, problemas escolares e interpersonales en este grupo de adolescentes (Tabla 6.28).

Tabla 6.27 Correlación de las escalas de validez del MMPI-A con el IRIS (n=72)

Escalas de validez del MMPI-A	Subescalas e índice del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS			
	1: <i>Ideación e intencionalidad suicidas</i>	2: <i>Depresión y desesperanza</i>	3: <i>Ausencia de circunstancias protectoras</i>	Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida
<i>Infrecuencia (F)</i>	.40***	.55***	.45***	.60***
<i>Mentira (L)</i>				
<i>Defensividad (K)</i>		-.38***		-.43***

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Tabla 6.28 Correlación entre las escalas clínicas del MMPI-A e IRIS (n=72)

Escalas clínicas del MMPI-A	Subescalas e índice del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS			
	1: <i>Ideación e intencionalidad suicidas</i>	2: <i>Depresión y desesperanza</i>	3: <i>Ausencia de circunstancias protectoras</i>	Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida
<i>1 Hs Hipocondriasis</i>			.31**	.40***
<i>2 D Depresión</i>		.34**	.47***	.35**
<i>4 Dp Desviación psicopática</i>			.32**	.34**
<i>6 Pa Paranoia</i>		.33**		.41***
<i>7 Pt Psicastenia</i>	.35**	.53***	.40***	.59***
<i>8 Es Esquizofrenia</i>	.38***	.53***	.44***	.58***
<i>9 Ma Hipomanía</i>		.30*		.33**
<i>0 Is Introversión social</i>		.30*		.35**

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Para el caso del grupo de escalas de contenido del MMPI-A, no se encontró correlación solamente en la escala de Incomodidad en situaciones sociales (ISO). Nuevamente se observa la relación entre las escalas de Ansiedad, Baja autoestima, así como Problemas familiares y escolares con el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida del IRIS (Tabla 6.29); asimismo, destaca la correlación entre Rechazo al tratamiento y el índice ($r=.59$, $p<.001$), que indica la interacción entre las diversas dificultades emocionales del grupo en riesgo y la desconfianza hacia personal de salud o la creencia de que otra gente poco pueda hacer por ayudarlos en tales problemas o conflictos.

Tabla 6.29 Correlación entre las escalas de contenido del MMPI-A e IRIS (n=72)

Escalas de contenido del MMPI-A	Subescalas e índice del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS			Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida
	1: Ideación e intencionalidad suicidas	2: Depresión y desesperanza	3: Ausencia de circunstancias protectoras	
<i>Ansiedad</i>	.30*	.52***	.40***	.62***
<i>Obsesividad</i>	.31**	.48***		.53***
<i>Depresión</i>	.40***	.51***	.33**	.51***
<i>Preocupación por la salud</i>				.37***
<i>Enajenación</i>	.31**	.40***	.30*	.47***
<i>Pensamiento delirante</i>		.35**		.43***
<i>Enojo</i>		.32**		.46***
<i>Cinismo</i>		.34**		.42***
<i>Problemas de conducta</i>				.33**
<i>Baja autoestima</i>	.36**	.59***	.36**	.60***
<i>Aspiraciones limitadas</i>		.32**	.39***	.35**
<i>Problemas familiares</i>		.45***	.40***	.52***

Tabla 6.29 Correlación entre las escalas de contenido del MMPI-A e IRIS (n=72)

Subescalas e índice del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS				
Escalas de contenido del MMPI-A	1: <i>Ideación e intencionalidad suicidas</i>	2: <i>Depresión y desesperanza</i>	3: <i>Ausencia de circunstancias protectoras</i>	Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida
<i>Problemas escolares</i>	.32**	.47***	.39***	.52***
<i>Rechazo al tratamiento</i>	.32**	.51***	.30*	.59***

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Dentro del último grupo de escalas del inventario de personalidad, destaca (1) que no hay correlación del IRIS con la escala de Inmadurez, y (2) que la tríada de subescalas relacionadas con el consumo de sustancias sí se correlaciona, particularmente las que evalúan reconocimiento y tendencia al uso de alcohol y otras drogas; ver Tabla 6.30. Es importante tal asociación en términos de la amplia evidencia en la literatura científica sobre riesgo suicida y adicciones.

Tabla 6.30 Correlación entre las escalas suplementarias del MMPI-A e IRIS (n=72)

Subescalas e índice del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS				
Escalas suplementarias del MMPI-A	1: <i>Ideación e intencionalidad suicidas</i>	2: <i>Depresión y desesperanza</i>	3: <i>Ausencia de circunstancias protectoras</i>	Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida
<i>Ansiedad</i>		.32**		.38***
<i>Represión</i>			.36**	.36**
<i>Alcoholismo de MacAndrew –R</i>			.32**	
<i>Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas</i>	.37***	.48***	.46***	.52***
<i>Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas</i>	.32**	.52***	.31**	.55***

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

6.8 Evaluación del tratamiento sobre el riesgo suicida

6.8.1 Mortalidad experimental. De los 72 adolescentes que completaron la evaluación con el MMPI-A se presentaron 52 a la sesión informativa sobre el grupo psicoterapéutico, de los cuales: 3 adolescentes mujeres declinaron participar, 33 que sí aceptaron y presentaron el consentimiento informado firmado por los padres, y 16 que aceptaron participar pero que no presentaron la forma de consentimiento firmada.

Asimismo, de este grupo de 72 adolescentes siete mujeres fueron referidos a otro grupo (dentro de la misma escuela) creado especialmente ante indicadores de posible abuso sexual sobre aquéllos ya mencionados de riesgo suicida; dentro de este grupo alterno, se integraron otras 3 adolescentes que no estaban identificadas como en riesgo suicida pero que sí presentan elevaciones importantes (puntuación $T \geq 65$) en el cuestionario de Sucesos de Vida (Lucio & Durán, 2003).

Para el grupo de riesgo suicida quedaron finalmente 65 adolescentes (22 hombres y 43 mujeres) al inicio de la intervención con forma de consentimiento debidamente llenado y firmado (78% respecto de los 83 identificados por el tamizaje; 13.5% respecto de la población escolar tamizada). De este subgrupo solamente 46 (12 hombres y 34 mujeres) completaron las evaluaciones pretest y postest (55% respecto de los 83 inicialmente identificados y referidos al tratamiento; 9.5% respecto a la población escolar tamizada); ver Figura 6.4 abajo.

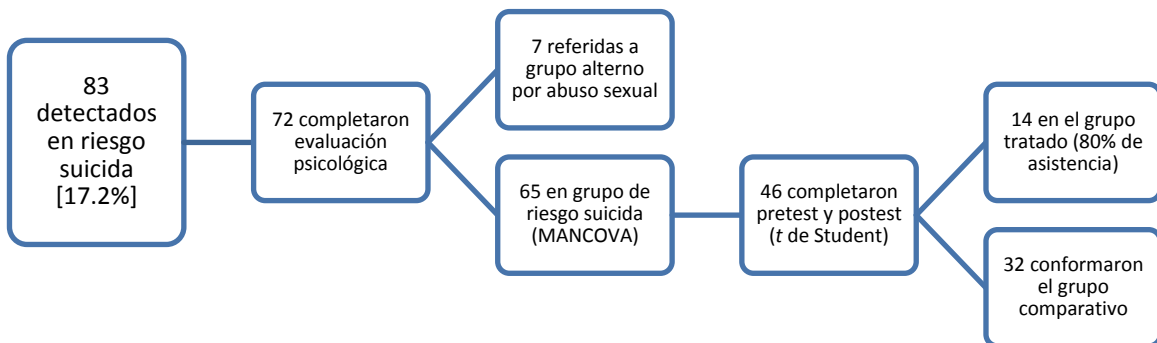


Figura 6.4 Análisis de la mortalidad experimental

6.8.2 Análisis estadístico preliminar. Estableciendo como criterio una asistencia mínima del 80% al grupo (17 sesiones de 21), se puede entonces agrupar a los participantes en dos grupos: uno tratado y el otro no tratado o de comparación. Para evaluar entonces diferencias inter e intra grupos a partir de las puntuaciones en el pretest y postest se consideraron solamente aquellos adolescentes que naturalmente completaron ambas evaluaciones; en este caso, 46 adolescentes: 14 en el grupo tratado (4 hombres y 10 mujeres) y 32 (8 hombres y 24 mujeres) en el grupo de

comparación. Para evaluar las diferencias bajo este criterio se usó la prueba *t* de Student en sus dos modalidades así como la *d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto correspondiente:

para grupos independientes y así evaluar las diferencias entre el grupo tratado y el no tratado; *d* de Cohen a partir de la desviación estándar combinada.

para grupos correlacionados y así evaluar diferencias entre el pretest y posttest de ambos grupos; *d* de Cohen a partir del valor *t*.

En la Tabla 6.31 se presentan los tamaños del efecto y en la Tabla 6.32 las pruebas *t* de Student para ambos grupos, tratado y de comparación. El mayor tamaño de efecto se encuentra en el área de ideación suicida evaluada con la subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A, seguido del encontrado para “Depresión y desesperanza” e “Ideación e intencionalidad suicidas” del IRIS. Respecto a los valores *t* de Student, todas las diferencias son estadísticamente significativas a excepción de la subescala 3 del IRIS “Ausencia de circunstancias protectoras”; cuando se hace la inspección visual en los perfiles individuales (ver Anexo) se observa que en la mayoría de los casos la percepción del participante sobre la falta de apoyo en la familia o en la escuela, entre otros rubros, ha aumentado.

Tabla 6.31 Tamaño del efecto para grupos tratado y de comparación

	Grupo	n	<i>X</i>	<i>DE</i>	Tamaño del efecto*	Cambio % relativo
<i>IRIS 1 post:</i> <i>Ideación e intencionalidad suicidas</i>	Tratado	14	55.29	3.771	.96	-12
	Comparativo	32	62.91	9.106		
<i>IRIS 2 post:</i> <i>Depresión y desesperanza</i>	Tratado	14	54.00	6.445	.98	-13
	Comparativo	32	61.72	8.456		
<i>IRIS 3 post:</i> <i>Ausencia de circunstancias protectoras</i>	Tratado	14	61.07	7.280	.28	-3
	Comparativo	32	63.06	6.960		
<i>IRIS 4 post:</i> <i>Índice de malestar asociado al riesgo suicida</i>	Tratado	14	58.86	8.420	.71	-10
	Comparativo	32	65.13	8.965		
<i>MMPI-A post:</i> <i>Subescala experimental de ideación suicida</i>	Tratado	14	53.86	7.902	1.27	-17
	Comparativo	32	64.66	8.757		

* *d* de Cohen; el cambio porcentual se refiere de la comparación al tratamiento.

Se observa también que los valores t son negativos, es decir, las puntuaciones en el postest del grupo tratado disminuyeron en relación a las obtenidas dentro del grupo de comparación. Destacan las diferencias y significancia estadística encontradas en las dos escalas que evalúan ideación suicida, área 1 del IRIS “Ideación e intencionalidad suicidas” ($t = -4.01$, $p > .001$), y la subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A ($t = -4.12$, $p > .001$). Ante la hipótesis de que las puntuaciones del postest del tratamiento serían (1) diferentes a, o (2) menores que las del grupo no tratado, estos valores la confirmarían.

Tabla 6.32 Pruebas t de Student para grupos tratado y de comparación

	Prueba t para la homogeneidad de medias (sin suponer igualdad de varianzas)						
	t	gl	Sig. (2 colas)	Diferencia de medias	Media Error Estándar	IC 95%	
						Inferior	Inferior
<i>IRIS 1 post:</i>							
<i>Ideación e intencionalidad suicidas</i>	-4.012	43.959	.000	-7.621	1.899	-11.448	-3.793
<i>IRIS 2 post:</i>							
<i>Depresión y desesperanza</i>	-3.384	32.276	.002	-7.719	2.281	-12.363	-3.075
<i>IRIS 3 post:</i>							
<i>Ausencia de circunstancias protectoras</i>	-.865	23.877	.396	-1.991	2.302	-6.744	2.761
<i>IRIS 4 post:</i>							
<i>Índice de malestar asociado al riesgo suicida</i>	-2.277	26.372	.031	-6.268	2.752	-11.922	-.614
<i>MMPI-A post:</i>							
<i>Subescala experimental de ideación suicida</i>	-4.124	27.405	.000	-10.799	2.618	-16.168	-3.430

En la Tabla 6.33 se encuentran las pruebas t de Student para la evaluación de las diferencias *antes* y *después* del grupo tratado donde todas las diferencias son estadísticamente significativas a excepción de la subescala 3 del IRIS sobre ausencia de circunstancias protectoras, tal como se apreció en el análisis anterior; los tamaños del efecto son considerables, siendo el mayor para el área de la depresión y desesperanza. Cuando se evalúan las diferencias dentro del grupo no tratado o de comparación (Tabla 6.34) éstas son menores en relación al grupo tratado, y el sentido de la diferencia es a la inversa indicando que de forma global el riesgo suicida prevaleció (escala 3 del IRIS y subescala del MMPI-A) o se elevó levemente (escalas 1, 2, y 4 del IRIS) para aquéllos que no recibieron tratamiento o que asistieron menos del 20% a las sesiones de la intervención; en esta misma tabla se reportan los valores del tamaño del efecto en cada dimensión evaluada.

Tabla 6.33 Prueba t y tamaño del efecto para el grupo tratado

<i>Grupo tratado</i>		Media	DE	<i>t</i>	Tamaño del efecto ^a
<i>Par 1</i>	IRIS 1 pre	69.21	4.080	9.36***	2.59
	IRIS 1 post	55.29	3.771		
<i>Par 2</i>	IRIS 2 pre	65.29	6.844	11.86***	3.28
	IRIS 2 post	54.00	6.445		
<i>Par 3</i>	IRIS 3 pre	59.36	8.527	-.83	-.23
	IRIS 3 post	61.07	7.280		
<i>Par 4</i>	IRIS 4 pre	64.21	8.210	3.00**	0.82
	IRIS 4 post	58.86	8.420		
<i>Par 5</i>	MMPI-A pre	66.50	8.026	6.44***	1.78
	MMPI-A post	53.86	7.902		
^a <i>d</i> calculado a partir de <i>t</i>		<i>gl</i> =13	** <i>p</i> ≤ .01	*** <i>p</i> ≤ .001	

Tabla 6.34 Prueba t y tamaño del efecto para el grupo de comparación

<i>Grupo no tratado o de comparación</i>		Media	DE	<i>t</i>	Tamaño del efecto ^a
<i>Par 1</i>	IRIS 1 pre	59.03	8.260	-3.02**	.54
	IRIS 1 post	62.91	9.106		
<i>Par 2</i>	IRIS 2 pre	57.72	7.908	-2.94**	.52
	IRIS 2 post	61.72	8.456		
<i>Par 3</i>	IRIS 3 pre	60.25	7.322	-1.74	.31
	IRIS 3 post	63.06	6.960		
<i>Par 4</i>	IRIS 4 pre	60.50	8.872	-3.17**	.56
	IRIS 4 post	65.13	8.965		
<i>Par 5</i>	MMPI-A pre	63.25	10.339	-1.12	.20
	MMPI-A post	64.66	8.757		
^a <i>d</i> calculado a partir de <i>t</i>		<i>gl</i> =31	** <i>p</i> ≤ .01		

Los resultados de un primer MANCOVA para evaluar el posible efecto del sexo dentro del modelo indican que solamente la pertenencia al grupo ejerce un efecto sobre la nueva variable dependiente (riesgo suicida) con un valor $F(5, 33) = 7.893$, $p > .001$, mas no así el sexo [$F(5, 33) = 2.123$, $p > .087$] o la interacción grupo*sexo [$F(5, 33) = .807$, $p > .553$]. Por lo anterior, se decide suprimir del modelo la variable factor de sexo realizándose dos análisis multivariados de covarianza de acuerdo a (1) la pertenencia al grupo tratado o no tratado, y (2) la asistencia o inasistencia al grupo.

6.8.3 MANCOVA por grupo. Se exploran los datos y distribución de las variables (puntuaciones) en la muestra para encontrar valores faltantes, forma y varianza. No se encontraron valores faltantes pero si casos que no presentan el posttest: un caso en el grupo tratado (que se dio de baja en la escuela y no terminó el tratamiento) y 18 casos del grupo no tratado. Para este primer MANCOVA se manejó un modelo no balanceado: 14 casos en el grupo tratado (4 hombres y 10 mujeres) y 32 en el grupo no tratado o de comparación (8 hombres y 24 mujeres). La evaluación de normalidad de las puntuaciones de la muestra en el pretest y posttest de todas las áreas del riesgo suicida se hizo mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov resultando satisfactoria. Para probar la homogeneidad de las matrices de dispersión de covarianza se utilizó la prueba *M* de Box también con resultados satisfactorios (Tabla 6.35), mientras que la similitud de las varianzas de error de las variables dependientes se evaluó con la prueba de Levene igualmente con resultados favorables (Tabla 6.36).

Tabla 6.35 Prueba M de Box para la homogeneidad de las matrices de covarianza ^a

<i>M</i> de Box	24.823
<i>F</i>	1.391
gl ₁	15
gl ₂	2641.143
Significancia	.142

^a Diseño: Intercepto+IRIS1pre+IRIS2pre+IRIS3pre+IRIS4pre+preMMPIA+Grup

Tabla 6.36 Prueba de Levene para la homogeneidad de las varianzas de error ^a para el MANCOVA por grupo

	<i>F</i>	gl ₁	gl ₂	Sig.
IRIS 1 post	.396	1	44	.532
IRIS 2 post	2.146	1	44	.150
IRIS 3 post	.392	1	44	.535
IRIS 4 post	.098	1	44	.756
post MMPI-A	.656	1	44	.422

^a Diseño: Intercepto+IRIS1pre+IRIS2pre+IRIS3pre+IRIS4pre+preMMPIA+Grupo

En la Tabla 6.37 se presentan los resultados del MANCOVA empleando la pertenencia al grupo como variable independiente (se ha excluido el intercepto de la tabla). Cada F prueba el efecto multivariado de la pertenencia al grupo tratado o no tratado; estas pruebas se basan en las comparaciones pares por par linealmente independientes entre las medias marginales calculadas. Después de hacer el ajuste con las puntuaciones del pretest como covariables, el efecto de la pertenencia al grupo (de tratamiento o comparativo) sobre el riesgo suicida es estadísticamente significativo. Se observa que la traza de Pillai es de .601 en contraste con el valor de 1.503 de Hotelling, sugiriendo que en el modelo GLM el efecto de tal variable es alto [$F(5, 35) = 10.523, p > .001$]. En cuanto al tamaño del efecto, la varianza atribuible a tal factor es de 60% mientras que el poder de la prueba es alto (mayor a .90).

Tabla 6.37 MANCOVA para el efecto del grupo sobre riesgo suicida

	Valor	$F^{(a)}$	Hipótesis gl	Error gl	Sig.	Tamaño del efecto ^(b)	Poder la prueba ^(c)
<i>Traza de Pillai</i>	.601	10.523	5	35	.000	.601	1.000
<i>Lambda de Wilks</i>	.399	10.523	5	35	.000	.601	1.000
<i>Traza de Hotelling</i>	1.503	10.523	5	35	.000	.601	1.000
<i>Raíz de Roy</i>	1.503	10.523	5	35	.000	.601	1.000

^a Estadístico exacto | ^b Eta parcial al cuadrado | ^c $\alpha = .05$

Pruebas univariadas para efectos de covariables. Para conocer los efectos univariados de cada covariable (pretest) así como de la variable independiente (grupo) se presentan las pruebas correspondientes en la Tabla 6.38; cada F prueba el efecto de la pertenencia al grupo tratado o no tratado basándose en las comparaciones par-por-par linealmente independientes entre las medias marginales calculadas. Los valores F más altos en el efecto del grupo sobre las puntuaciones del posttest destacan para las dos subescalas que miden ideación suicida (IRIS 1 y MMPI-A); el efecto del grupo sobre tales variables dependientes exhibe un poder de prueba máximo, seguido del rubro sobre depresión y desesperanza; en cada una de las tres áreas el tamaño del efecto es mayor a 40%. En el modelo corregido los mayores efectos están sobre ideación suicida medida con la subescala del MMPI-A ($F=12.92, p > .001$) y sobre Depresión y desesperanza del IRIS ($F=7.04, p > .001$). El menor efecto univariado se observa para el área 4 del IRIS “Malestar psicológico asociado al riesgo suicida”.

Prueba de hipótesis y medias marginales estimadas. Para contrastar las puntuaciones del pretest con las del posttest en el grupo de tratamiento se empleó una matriz K de contraste sencillo (ver Tabla 6.39). Este contraste nos permite apreciar la diferencia entre ambas mediciones para cada

Cap. 6: Resultados

una de las áreas del riesgo suicida. Los resultados en todos los rubros son estadísticamente significativos y en relación al grupo control los valores son negativos, es decir, disminuyeron para el grupo tratado como se habría hipotetizado. Las mayores diferencias se encuentran en las áreas de ideación suicida (MMPI-A e IRIS), seguidas de depresión y desesperanza así como del malestar psicológico asociado al riesgo suicida; la menor diferencia se presenta para el indicador de ausencia de circunstancias protectoras.

Tabla 6.38 Efectos univariados de la VI (grupo) sobre variables dependientes (postest)

Fuente	Variable dependiente	Suma de Cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Tamaño del efecto	Poder de la prueba ^(a)
<i>Grupo</i>	IRIS 1 Ideación	1348.993	1	1348.993	30.895	.000	.442	1.000
	IRIS 2 Depresión	1090.217	1	1090.217	26.541	.000	.405	.999
	IRIS 3 Circunstancias	221.612	1	221.612	5.600	.023	.126	.636
	IRIS 4 Malestar	731.011	1	731.011	15.100	.000	.279	.966
	MMPI-A Ideación	1567.739	1	1567.739	42.232	.000	.520	1.000
<i>Error</i>	IRIS 1 Ideación	1702.885	39	43.664				
	IRIS 2 Depresión	1601.975	39	41.076				
	IRIS 3 Circunstancias	1543.388	39	39.574				
	IRIS 4 Malestar	1888.098	39	48.413				
	MMPI-A Ideación	1447.755	39	37.122				

^a Calculado empleando alfa = .05

Tabla 6.39 Resultados del contraste (Matriz K) de acuerdo al grupo de pertenencia

		<i>Variable dependiente</i>				
		IRIS 1 post	IRIS 2 post	IRIS 3 post	IRIS 4 post	MMPI-A post
<i>Tratamiento vs. Comparativo</i>	Estimador de contraste	-14.404	-12.949	-5.838	-10.603	-15.528
	Valor hipotetizado	0	0	0	0	0
	Diferencia (Estimado - Hipotetizado)	-14.404	-12.949	-5.838	-10.603	-15.528
	Error estándar	2.591	2.513	2.467	2.729	2.389
	Significancia	.000	.000	.023	.000	.000
	Intervalo de confianza para la diferencia 95%	Límite inferior	-19.646	-18.033	-10.828	-16.123
	Límite superior	-9.162	-7.865	-.848	-5.084	-10.695

6.8.4 MANCOVA por asistencia. El promedio de adolescentes asistentes al grupo por sesión fue de 12 ($X=11.7$, $DE=4.3$) durante las 21 que duró el tratamiento; 33 de los 65 adolescentes del grupo en riesgo no acudieron a ninguna de las sesiones de la intervención psicológica (50.8%) mientras que la otra mitad reporta desde una sesión atendida (6.2%) hasta quien acudió a la totalidad de las sesiones (una adolescente, 1.5%). En la Figura 6.5 se ha trazado esta tendencia que como se observa va en decremento conforme se incrementa el número de sesiones.

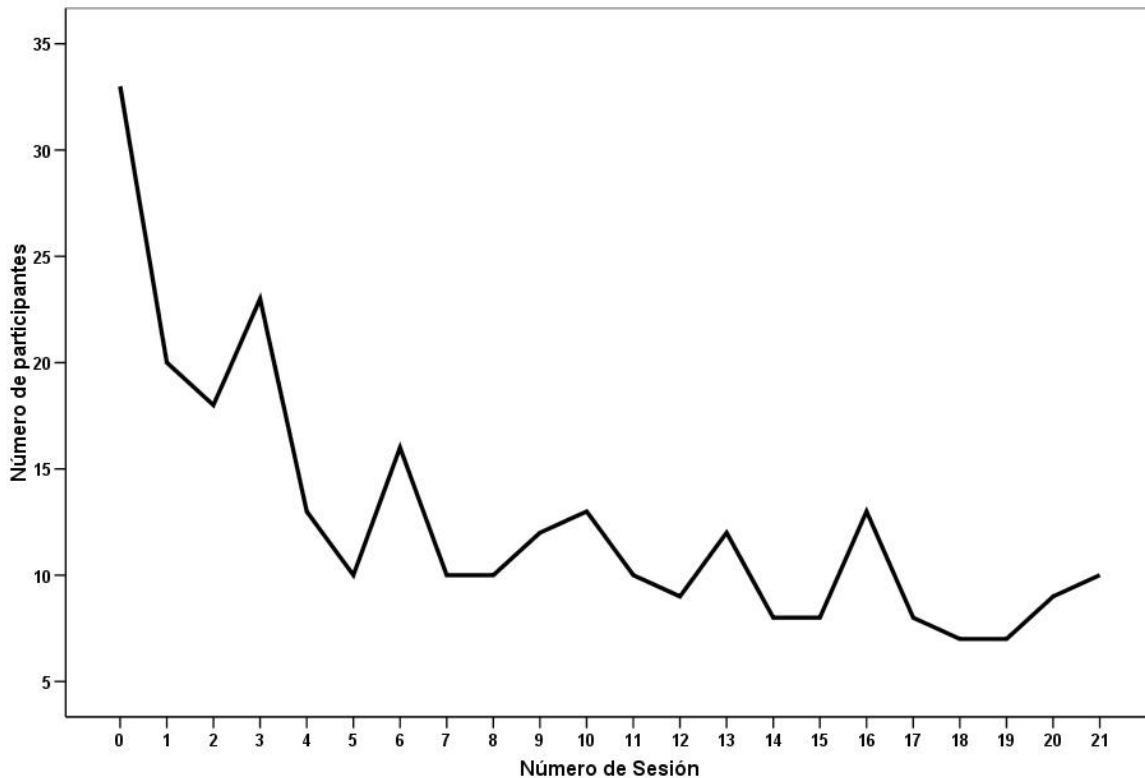


Figura 6.5 Tendencia de asistencia al grupo terapéutico de riesgo suicida

Al igual que con el MANCOVA por grupo se exploraron los datos y distribución de las variables (puntuaciones) en la muestra; el modelo se compone de 14 factores o niveles, cada uno correspondiendo al número de sujetos que asistieron a determinado número de sesiones de la intervención grupal (Tabla 6.40). Teniendo el antecedente de normalidad de las puntuaciones en el pretest y postest se procedió a evaluar la similitud de las varianzas de error mediante la prueba de Levene con resultados favorables (Tabla 6.41). No se realizó la prueba *M* de Box para la homogeneidad de las matrices de covarianza ya que ha matrices con menos de un par de sujetos; no obstante, se cumplen satisfactoriamente los requisitos del modelo multivariado y se presentan a continuación los resultados de las pruebas para el efecto de la asistencia sobre la variable compuesta de riesgo suicida.

Tabla 6.40 Factores intra sujeto para el MANCOVA por asistencia

Nivel	Asistencia	% asistencia	N
01	0	0	19
02	1	5	2
03	2	10	3
04	3	14	5
05	4	19	3
06	7	33	1
07	8	38	2
08	10	48	2
09	11	52	1
10	14	67	1
11	15	71	4
12	17	81	1
13	20	95	1
14	21	100	1
<i>Total</i>			633

Tabla 6.41 Prueba de Levene para la homogeneidad de las varianzas de error^a para el MANCOVA por asistencia

	F	gl ₁	gl ₂	Sig.
IRIS 1 post	.853	13	32	.606
IRIS 2 post	.870	13	32	.590
IRIS 3 post	1.349	13	32	.237
IRIS 4 post	.930	13	32	.535
post MMPI-A	1.550	13	32	.153

^a Diseño: Intercepto+IRIS1pre+IRIS2pre+IRIS3pre+IRIS4pre+preMMPIA+Asistencia

Dentro de las pruebas multivariadas cada F prueba el efecto multivariado de la asistencia al grupo (de cero a 100%); estas pruebas se basan en las comparaciones par-por-par linealmente independientes entre las medias marginales calculadas. Los resultados son estadísticamente significativos y respecto a los valores obtenidos en el GLM anterior, aquí son menores. Se observa que la traza de Pillai es de 2.433 y la de Hotelling 7.625, por lo que la asistencia tiene un efecto significativo en relación a las puntuaciones que se obtienen en el postest a través de la variable compuesta de riesgo suicida [$F(65, 112) = 2.244, p > .001$]; ver Tabla 6.42. El tamaño del efecto indica que la varianza atribuible al factor "Asistencia" es de 54% (en contraste con el 60% en el MANCOVA por pertenencia a grupo).

Tabla 6.42 MANCOVA para el efecto de la asistencia sobre riesgo suicida

	Valor	F	Hipótesis gl	Error gl	Sig.	Tamaño del efecto ^(a)	Poder la prueba ^(b)
<i>Traza de Pillai</i>	2.433	1.969	65	135	.001	.487	1.000
<i>Lambda de Wilks</i>	.020	2.244	65	113	.000	.544	1.000
<i>Traza de Hotelling</i>	7.625	2.511	65	107	.000	.604	1.000
<i>Raíz de Roy</i>	4.004	8.315	13	27	.000	.800	1.000

^a Eta parcial al cuadrado | ^b $\alpha=.05$

Pruebas univariadas para efectos de covariables (pretest). Para conocer los efectos univariados de cada covariable así como del factor de la asistencia al grupo se presentan las pruebas correspondientes en la Tabla 6.43; cada *F* prueba el efecto de la asistencia o inasistencia al grupo a partir de las comparaciones par-por-par linealmente independientes entre las medias marginales calculadas. El valor *F* más alto es entre las puntuaciones del pretest y postest de la subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A; le siguen el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida y la subescala 1 de ideación e intencionalidad suicidas, ambas del IRIS. En el modelo corregido los mayores efectos están sobre ideación suicida medida con la subescala del MMPI-A ($F=5.43, p>.001$), el índice de malestar del IRIS ($F=3.24, p>.01$) y sobre depresión y desesperanza también del instrumento de tamizaje ($F=2.78, p>.01$). Lo anterior muy similar al GLM por grupo pero con valores menores y con una *F* no significativa para el área 3 del IRIS “Ausencia de circunstancias protectoras”.

Prueba de hipótesis y medias marginales estimadas. Mediante la matriz *K* de contraste sencillo es posible ubicar las diferencias significativas entre mediciones de nivel a nivel para cada una de las áreas del riesgo suicida (Tabla 6.44). Las primeras se encuentran del nivel 5 respecto al anterior (19%) para el área 2 del IRIS “Depresión y desesperanza” ($K=9.325, p\leq.05$) así como del nivel 6 vs nivel 5 (33%) en la subescala de ideación suicida del MMPI-A ($K=-18.863, p\leq.05$); lo anterior podría considerarse evidencia *a posteriori* en pro del criterio de pertenencia al grupo del MANCOVA anterior ya que justo en este intervalo es cuando se observa un decremento importante en una de las dimensiones del riesgo suicida.

El efecto de la asistencia al grupo de terapia sobre cada uno de los cuatro rubros que integran el riesgo suicida (puntuaciones *T*) se presenta, dentro del IRIS: ideación e intencionalidad suicidas (Fig. 6.6), depresión y desesperanza (Fig. 6.7), ausencia de circunstancias protectoras (Fig. 6.8), y malestar psicológico asociado al riesgo suicida (Fig. 6.9). En la Fig. 6.10 se presenta el efecto correspondiente a la ideación suicida medida con la subescala experimental del MMPI-A.

Tabla 6.43 Efectos univariados de la asistencia al grupo sobre las puntuaciones del postest

Fuente	Variable dependiente	Suma de Cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Tamaño del efecto	Poder de la prueba ^(a)
<i>Asistencia</i>	IRIS 1 Ideación	1671.373	13	128.567	2.515	.021	.548	.902
	IRIS 2 Depresión	1521.475	13	117.037	2.699	.014	.565	.925
	IRIS 3 Circunstancias	489.768	13	37.674	.798	.657	.277	.351
	IRIS 4 Malestar	1416.726	13	108.979	2.447	.024	.541	.893
	MMPI-A Ideación	2079.201	13	159.939	4.612	.000	.690	.997
<i>Error</i>	IRIS 1 Ideación	1380.504	27	51.130				
	IRIS 2 Depresión	1170.716	27	43.360				
	IRIS 3 Circunstancias	1275.232	27	47.231				
	IRIS 4 Malestar	1202.384	27	44.533				
	MMPI-A Ideación	936.294	27	34.678				

^a Calculado empleando alfa = .05

Tabla 6.44 Resultados del contraste (matriz K) por nivel de asistencia

Nivel	Diferencias significativas	Área(s) del riesgo suicida con un contraste significativo
<i>02 vs 01</i>	0	ninguna
<i>03 vs 02</i>	0	ninguna
<i>04 vs 03</i>	0	ninguna
<i>05 vs 06</i>	1	IRIS 2 [$K=9.325$ $p \leq .05$]
<i>06 vs 05</i>	1	MMPI-A [$K=-18.863$ $p \leq .05$]
<i>07 vs 06</i>	2	IRIS 2 [$K=-11.913$ $p \leq .05$] IRIS 4 [$K=-14.347$ $p \leq .05$]
<i>08 vs 07</i>	0	ninguna
<i>09 vs 08</i>	1	MMPI-A [$K=-15.487$ $p \leq .05$]
<i>10 vs 09</i>	1	MMPI-A [$K=-23.561$ $p \leq .01$]
<i>11 vs 10</i>	3	IRIS 1 [$K=-13.947$ $p \leq .01$] IRIS 4 [$K=-10.054$ $p \leq .05$] MMPI-A [$K=-8.394$ $p \leq .05$]
<i>12 vs 11</i>	1	IRIS 4 [$K=-22.558$ $p \leq .01$]
<i>13 vs 12</i>	1	MMPI-A [$K=-14.491$ $p \leq .05$]
<i>14 vs 13</i>	0	ninguna

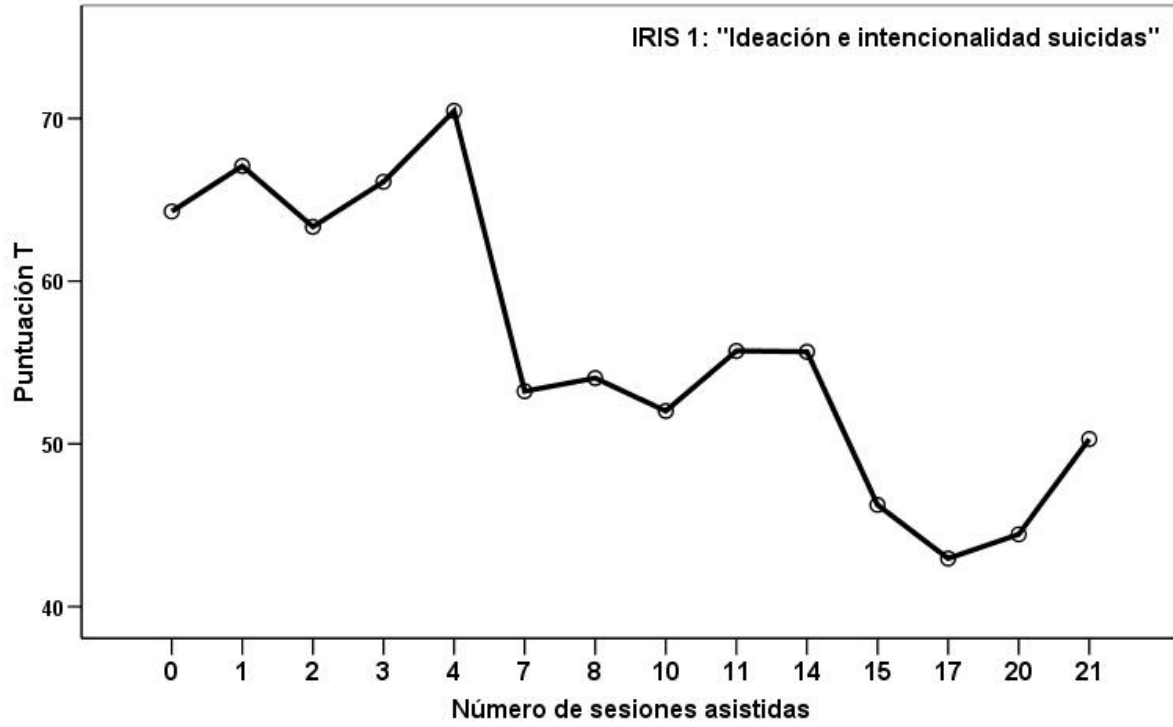


Figura 6.6 Efecto de la asistencia al tratamiento sobre la ideación e intencionalidad suicidas del IRIS.

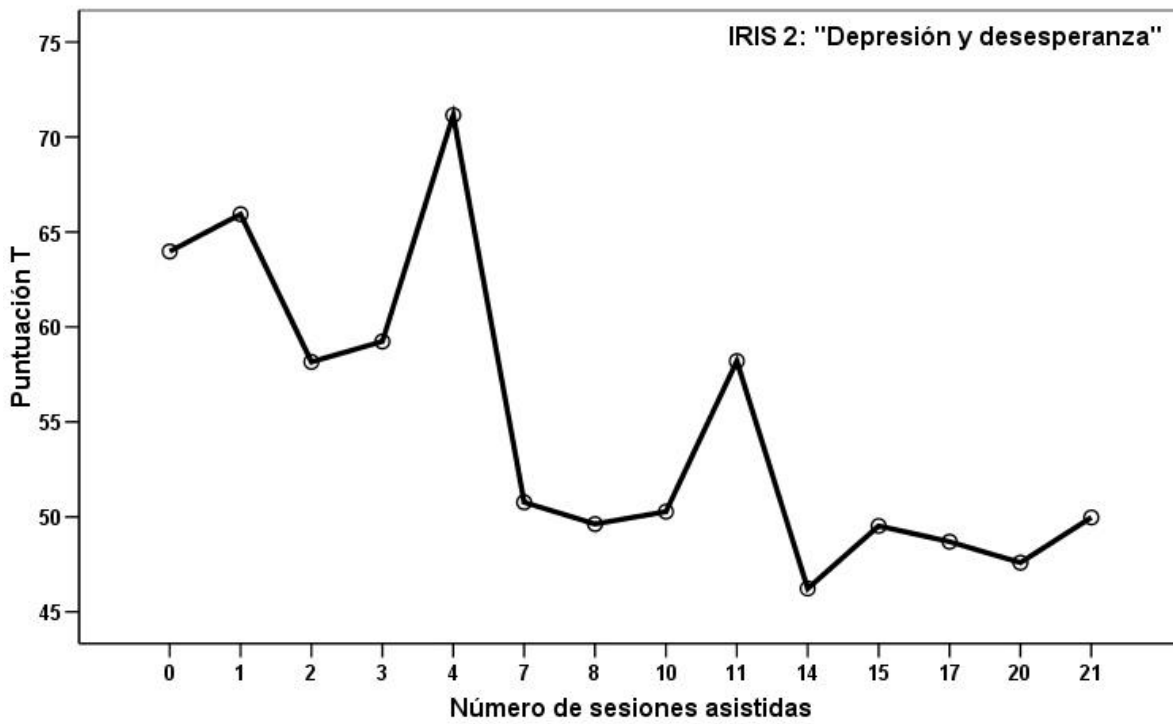


Figura 6.7 Efecto de la asistencia al tratamiento sobre depresión y desesperanza del IRIS.

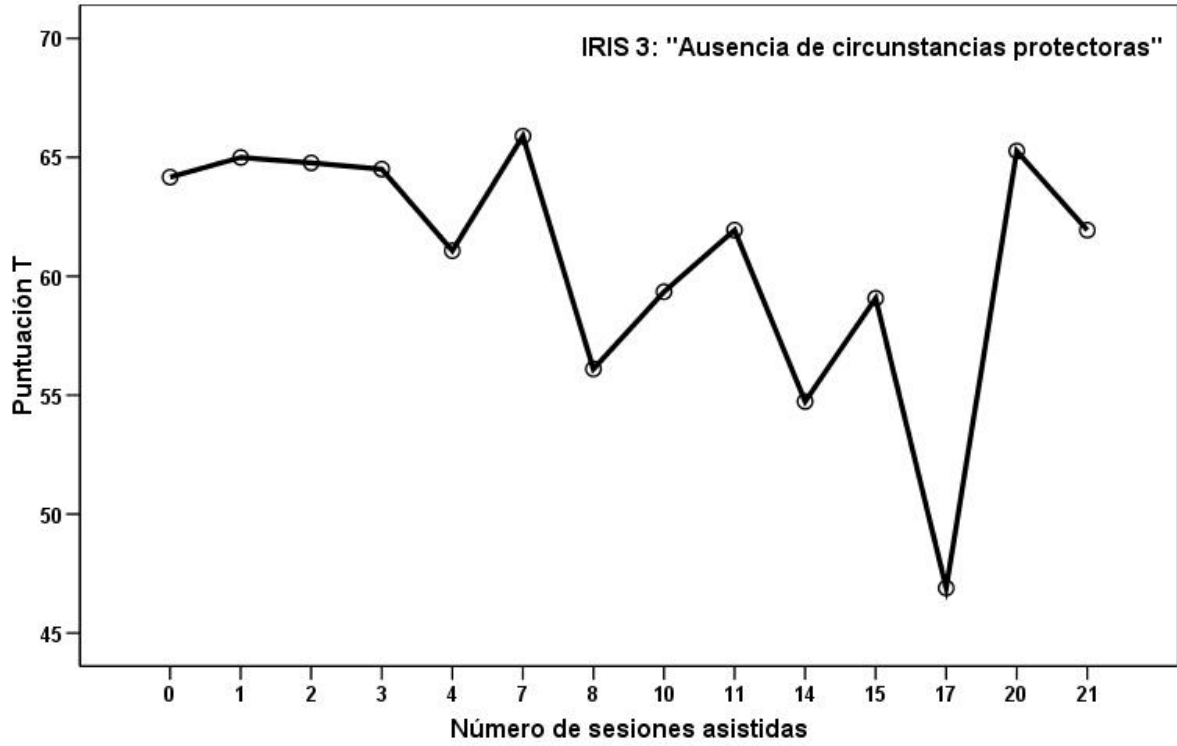


Figura 6.8 Efecto de la asistencia al tratamiento sobre circunstancias protectoras del IRIS.

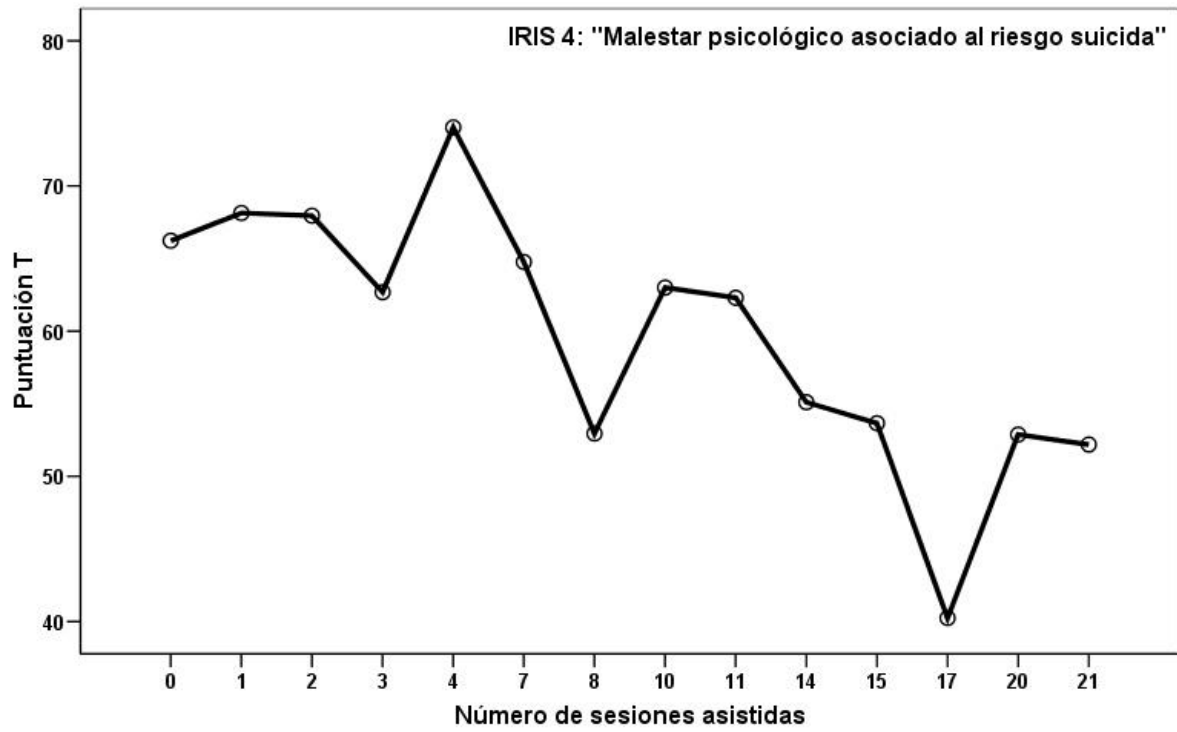


Figura 6.9 Efecto de la asistencia al tratamiento sobre malestar psicológico asociado del IRIS.

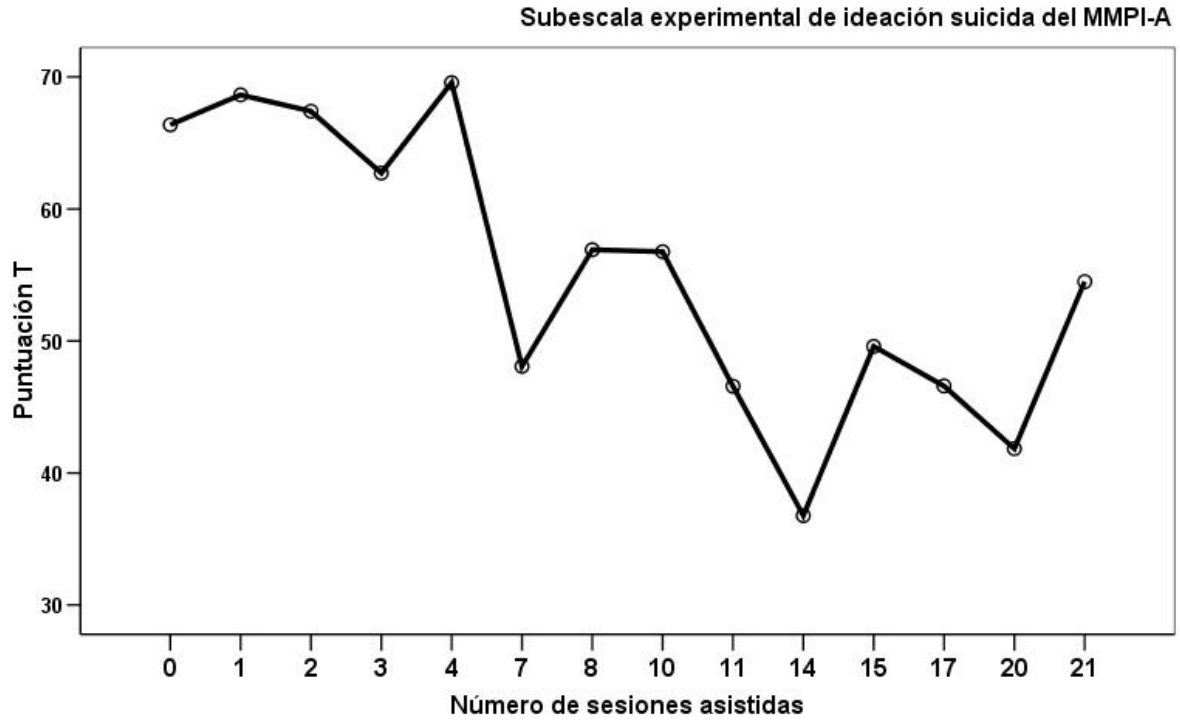


Figura 6.10 Efecto de la asistencia al tratamiento sobre las puntuaciones T en la subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A.

6.9 Significancia clínica del tratamiento.

Índice de cambio confiable. Para el cálculo del Índice de Cambio Confiable *ICC* siguiendo el método C de Jacobson y Truax (1991) se emplearon:

como datos clínicos, la distribución de las puntuaciones (*X* y *DE*) de las cuatro áreas del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS y de la subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A en el grupo que completó la evaluación (n=72);

los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) de cada subescala del IRIS y de la del MMPI-A ;

las puntuaciones del pretest y postest de cada participante, en este caso, los 46 adolescentes que conformaron la base de datos de los MANCOVAs; y,

en lugar de la *DE*=10 para una puntuación promedio *T*=50, la desviación estándar de las puntuaciones del pretest del grupo que completó la evaluación (n=72).

A partir de estos datos se calcularon las puntuaciones de corte (Tabla 6.45) y los índices de cambio *ICC* (Tabla 6.46) en cada dimensión del riesgo suicida para cada uno de los 46 adolescentes participantes con ambas mediciones (pretest y postest).

Tabla 6.45 Puntuaciones de corte para el cálculo del índice de cambio confiable (ICC)

		n	X	DE	Fiabilidad*	Punto de corte
<i>IRIS 1:</i> <i>Ideación e</i> <i>intencionalidad suicidas</i>	Hombres	20	62.94	8.31	.92	57.068
	Mujeres	52	59.21	9.36		54.757
<i>IRIS 2:</i> <i>Depresión y</i> <i>desesperanza</i>	Hombres	20	61.63	8.57	.86	56.265
	Mujeres	52	58.23	9.89		54.139
<i>IRIS 3:</i> <i>Ausencia de</i> <i>circunstancias protectoras</i>	Hombres	20	60.43	8.47	.82	55.648
	Mujeres	52	58.09	9.64		54.120
<i>IRIS 4:</i> <i>Índice de malestar</i> <i>asociado al riesgo suicida</i>	Hombres	20	63.45	8.99	.87	57.079
	Mujeres	72	60.78	10.80		55.185
<i>MMPI-A:</i> <i>Subescala experimental</i> <i>de ideación suicida</i>	Hombres	20	60.15	9.79	.69	55.128
	Mujeres	52	64.79	10.52		57.205

* Coeficiente alfa de Cronbach

En las Tablas 6.47-51 se reporta el porcentaje para cada categoría de estatus de acuerdo a Bauer y cols. (2004) tomando como criterio un ICC de $|1.96|$ al 95%. En todas las áreas a excepción del área 3 del IRIS se observan ICCs con valores negativos indicando un cambio clínicamente significativo; en el área 3 por el contrario se encuentran valores positivos indicando un aumento clínicamente significativo en cuanto a la percepción de ausencia de circunstancias protectoras.

Tabla 6.46 Estadística descriptiva de los Índices de Cambio Confiable (ICCs) en las áreas del riesgo suicida para el grupo tratado (n=14)

	ICC IRIS 1	ICC IRIS 2	ICC IRIS 3	ICC IRIS 4	ICC MMPI-A
Media	-3.88	-2.25	0.17	-1.07	-1.58
Mediana	-4.14	-2.39	0.46	-0.69	-1.21
Moda	-1.60	-2.87	0.52	-1.45*	-1.21
DE	1.62	0.70	1.22	1.41	0.90
Rango	5.01	2.10	4.67	6.14	2.66
Mínimo	-6.62	-3.25	-1.90	-5.23	-2.91
Máximo	-1.60	-1.15	2.77	0.91	-0.24

* Modas múltiples; se presenta la de menor valor

En la distribución de las categorías de Bauer y cols. (2004), el mayor porcentaje de recuperados y deteriorados se encuentra en el área de ideación e intencionalidad suicidas del IRIS, 24% en ambas categorías (Tabla 6.47). Por otro lado, el menor porcentaje de recuperación, 2.2%, se encuentra en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida (Tabla 6.50). Dentro del estatus de “Mejoría”, el mayor porcentaje está en ideación suicida evaluada con la subescala experimental del MMPI-A, 17.4% (Tabla 6.51); en cuanto a la categoría “Sin cambio”, el mayor porcentaje está en la subescala 4 del IRIS “Ausencia de circunstancias protectoras”, 82.6% (Tabla 6.49).

Tabla 6.47 Distribución ICC para Ideación e intencionalidad suicidas del IRIS

	Grupo tratado	Grupo no tratado	Total
Recuperados	9 (81.8%)	2 (18.2%)	11 (23.9%)
Mejoría	2 (100%)	0 (0%)	2 (4.3%)
Sin cambio	3 (13.6%)	19 (86.4%)	22 (47.8%)
Deteriorados	0 (0%)	11 (100%)	11 (23.9%)
<i>Total</i>	14 (30.4%)	32 (69.6%)	46 (100%)

Tabla 6.48 Distribución ICC para Depresión y desesperanza del IRIS

	Grupo tratado	Grupo no tratado	Total
Recuperados	5 (83.3%)	1 (16.7%)	6 (13%)
Mejoría	6 (100%)	0 (0%)	6 (13%)
Sin cambio	3 (10.3%)	26 (89.7%)	29 (63%)
Deteriorados	0 (0%)	5 (100%)	5 (10.9%)
<i>Total</i>	14 (30.4%)	32 (69.6%)	46 (100%)

Tabla 6.49 Distribución ICC para Ausencia de circunstancias protectoras del IRIS

	Grupo tratado	Grupo no tratado	Total
Recuperados	0 (0%)	2 (100%)	2 (4.3%)
Mejoría	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (6.5%)
Sin cambio	11 (28.9%)	27 (71.1%)	38 (82.6%)
Deteriorados	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (6.5%)
<i>Total</i>	14 (30.4%)	32 (69.6%)	46 (100%)

Tabla 6.50 Distribución ICC para Malestar psicológico asociado al riesgo suicida del IRIS

	Grupo tratado	Grupo no tratado	Total
Recuperados	1 (100%)	0 (0%)	1 (2.2%)
Mejoría	3 (60%)	2 (40%)	5 (10.9%)
Sin cambio	10 (30.3%)	23 (69.7%)	33 (71.7%)
Deteriorados	0 (0%)	7 (100%)	7 (15.2%)
<i>Total</i>	14 (30.4%)	32 (69.6%)	46 (100%)

Tabla 6.51 Distribución de los ICCs para Ideación suicida del MMPI-A

	Grupo tratado	Grupo no tratado	Total
Recuperados	3 (100%)	0 (0%)	3 (6.5%)
Mejoría	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (17.4%)
Sin cambio	4 (11.8%)	30 (88.2%)	34 (73.9%)
Deteriorados	0 (0%)	1 (100%)	1 (2.2%)
<i>Total</i>	14 (30.4%)	32 (69.6%)	46 (100%)

Capítulo 7:

Discusión y conclusiones

La pregunta principal de investigación plantea la factibilidad y efectividad de una estrategia de intervención para adolescentes estudiantes en riesgo suicida, para ello se partió de un modelo de identificación de riesgo suicida que pretendía caracterizar a los adolescentes de una manera diferente a la utilizada tradicionalmente. En este modelo de riesgo se tomaron en cuenta factores de personalidad, sucesos de vida estresantes, características sociodemográficas y conducta suicida. A partir de este modelo y una vez identificados a los adolescentes en riesgo se desarrolló una estrategia de intervención breve de tipo psicosocial.

Sobre la metodología seguida, es importante destacar que el abordaje de un problema complejo como el suicidio adolescente requiere de aproximaciones metodológicas múltiples, tal como se ha planteado en otras investigaciones (Minayo, Cavalcante & Souza, 2006; Mitchell et al., 2001) y de la forma que se ha retomado en esta investigación para integrar la identificación con el tratamiento. Lo anterior se constituye en una de las contribuciones de esta tesis a la evidencia respecto a programas o estrategias efectivas de intervención y prevención del suicidio entre adolescentes, y que más recientemente se ha convertido en foco de estudio particularmente en escenarios escolares de nivel medio y medio superior (ver Hallfors, 2006; Scherff et al., 2005).

En la primera parte de los resultados se presentaron los datos sociodemográficos de la muestra final de estudio. Mientras que no se exploró estadísticamente la relación entre las circunstancias de vida de los adolescentes sin y con riesgo suicida, es posible describir a la población escolar como en situaciones de adversidad económica principalmente, tanto por la zona en la que se encuentra como por el mismo reporte de los adolescentes encuestados, sobre todo cuando los estudios que han tenido como propósito indagar sobre la relación entre riesgo suicida y nivel socioeconómico (Agerbo et al., 2000; Fergusson et al., 2000; Gould et al., 1996; Rehkopf & Buka, 2005), o bien, problemas en la escuela o el trabajo (Beautrais et al., 1996; Gould et al., 1996) se han enfocado solo de forma circunstancial a la población latina en Estados Unidos, por ejemplo, pero no más ampliamente en población adolescente mexicana, salvo por los estudios de González-Forteza y cols. (1997; 1998a), algunos indicadores de trastornos mentales reportados por Berenzon y cols. (1998) o diferenciales para depresión pero en población adulta (Berenzon et al., 2005).

Ahora bien, de acuerdo con Weiss (1998) la evaluación permite que los programas de prevención, como por ejemplo las estrategias de intervención con adolescentes suicidas, cumplan con los objetivos para los que fueron diseñados. La evaluación entonces permite dar respuesta a

cuestiones que típicamente se dan por hecho y que no han sido examinadas científicamente, en especial aquéllas que hacen referencia a la efectividad de un programa; asimismo, la evaluación puede ser empleada para mejorar el funcionamiento de una estrategia preventiva. Estas dos modalidades de evaluación –de resultados y del proceso– se discuten en el presente capítulo además de presentar las conclusiones y recomendaciones para investigaciones futuras en el campo de la prevención del suicidio adolescente, aunándose así a lo ya reportado en otras recomendaciones y parámetros de intervención específicamente con adolescentes (Gould et al., 2003; Shaffer et al., 2001).

7.1 Evaluación de los resultados.

La evaluación de resultados parte de un marco teórico donde una intervención psicológica presupone un resultado en particular (Weiss, 1998). Una modalidad dentro de la evaluación de resultados es la evaluación de la efectividad de la estrategia en perseguir los objetivos planteados (Patton, 1997); en este caso, la incidencia del tratamiento psicológico sobre el riesgo suicida, particularmente sobre su reducción. Este tipo de evaluación se emplea para estudiar la efectividad de la psicoterapia, incluyendo su significancia clínica. Para tal efecto se utilizan datos cuantificables para determinar si la intervención tuvo los efectos deseados o no (Mann et al., 2005). A continuación se discuten solamente los resultados de los distintos análisis estadísticos tanto del tamizaje como de la intervención psicológica del estudio final.

7.1.1 Sobre el riesgo suicida.

El sistema de tamizaje mediante el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández & Lucio, 2003) permite no solo la detección sino una estratificación del riesgo. Así, se encontró que en el estudio final el 17% de la población escolar evaluada presentaba algún nivel de riesgo (desde malestar psicológico asociado al riesgo suicida hasta aquellos que reportaban tentativas previas). Respecto a las prevalencias de ideación (14.7%), planeación (11.2%) e intento (1.2%), los datos encontrados en esta investigación son similares a lo que se ha reportado en otros estudios en población adolescente mexicana (ver por ejemplo Gómez-Castro & Borges, 1996; González-Forteza et al., 2002; Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). Cabe destacar que en las estimaciones de riesgo para estos tres indicadores, la probabilidad de presentarse entre las mujeres es prácticamente dos veces mayor que entre los varones; en contraste, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al sexo en las puntuaciones de las diferentes subescalas empleadas para la detección del riesgo, salvo a nivel de reactivo. Tales diferencias se encuentran principalmente en (a) sentirse triste, (b) el deseo de la propia muerte, (c) la percepción de odio

respecto a la propia existencia, y (d) la necesidad de desahogo emocional, siendo las mujeres quienes han endosado más dichos reactivos en comparación con los hombres.

Asimismo, es importante destacar la utilidad de indagar a partir de los tres indicadores o reactivos críticos del instrumento de tamizaje empleado en esta investigación: ideación, planeación e intento. Además de la asociación de tales indicadores de riesgo suicida con sucesos de vida estresantes (Hernández-Cervantes & Lucio, 2006), es posible realizar otros análisis además de las prevalencia de cada uno de ellos dentro de una población escolar específica. Borges y cols. (2006) han propuesto un índice de riesgo para evaluar la probabilidad del intento de suicidio entre adultos con ideación suicida en un periodo de doce meses, encontrando que tal probabilidad es mayor entre aquellos que cuentan con un plan, por ejemplo.

En general, el panorama emocional de esta población estudiantil no dista mucho de lo hallado en los estudios piloto (Hernández & Lucio, 2002; 2003). La utilidad de estos datos tanto de malestar como de prevalencia lleva a la consideración del género dentro del estudio del riesgo suicida adolescente. Por un lado, la interacción de la masculinidad o femineidad en el reporte de problemas emocionales y la búsqueda de ayuda; por otro, el papel mediador o moderador del género sobre la forma de expresión en el continuo suicida (en la intencionalidad, principalmente) y los estilos de afrontamiento empleados ante los sucesos de vida adversos, ente otros disparadores de la conducta auto destructiva (King & Apter, 2003; Spirito & Overholser, 2003).

7.1.2 Sobre los sucesos de vida estresantes.

Los resultados indican que el área o tipo de sucesos estresantes de mayor impacto para esta población adolescente estudiantil son los familiares (Beautrais et al., 1997; Hernández-Cervantes & Lucio, 2006; Loza, Lucio & Durán, 1998). De forma similar con el riesgo suicida, las diferencias estadísticas no se encuentran de acuerdo al sexo, a excepción del área de Logros y Fracasos o Problemas de conducta (afectando más a las mujeres que a los hombres). Cuando se estudia la ocurrencia de los sucesos de vida estresantes en el rango de edad, se observa que los adolescentes estudiantes del tercer grado reportan mucho más eventos en todas las áreas que aquellos de recién ingreso a la secundaria (Hernández-Cervantes & Lucio, 2005).

Partiendo del hallazgo de que los sucesos estresantes que más prevalecen son aquellos del orden familiar, es importante retomar las características sociodemográficas de la muestra. En los descriptores, por ejemplo, del tipo de familia, se observa que una tercera parte de los adolescentes tamizados vive con la familia extensa (abuelos, tíos) y que menos de la mitad vive solamente en una configuración de familia nuclear. Si se toma en cuenta además que la zona donde se encuentra la escuela secundaria tiene un antecedente de asentamiento irregular y que la mayoría de sus pobladores son del interior del país con un perfil socioeconómico bajo, se podrían generar hipótesis diversas respecto las diferentes problemáticas familiares, como ya se mencionó previamente en el estudio de Rehkopf y Buka (2005), por ejemplo. Los adolescentes encuestados reportan, entre otras cosas, situaciones importantes de adversidad económica (que incide limitando sus aspiraciones

académicas), violencia entre los miembros de la familia, o bien, falta de privacidad (ya que la mayoría tiene que compartir habitación).

No obstante, entre aquellos adolescentes detectados como en riesgo suicida no es precisamente el área familia la que se asocia a alguno de los indicadores (ideación, planeación, intento) como a continuación se presenta.

7.1.3 Sobre la asociación entre riesgo suicida y exposición a eventos estresantes.

Mientras que para la muestra general la dimensión más prevalente de sucesos estresantes fue la familia, no ocurre así entre aquellos adolescentes estudiantes detectados en riesgo suicida. Después de estimar los riesgos de ideación, planeación e intento en relación a la exposición de eventos estresantes, se encuentra que las dimensiones asociadas al riesgo suicida son la social y salud sin encontrar diferencias significativas importantes de acuerdo al sexo. Así, en el caso de ideación suicida, el riesgo casi se triplica en aquellos expuestos a sucesos sociales de tipo negativo que en los no expuestos; en el caso de la planeación e intento, el riesgo es tres veces mayor entre los expuestos a sucesos de vida negativos del área de salud que entre los no expuestos. Cuando se examinan situaciones ejemplo del área social, encontramos dificultades con los amigos o la pareja, mientras que en el área de salud situaciones relacionadas con el uso de sustancias.

En la literatura internacional sobre riesgo suicida entre adultos y adolescentes se ha reportado ampliamente la asociación del comportamiento auto destructivo con el uso de sustancias (Borges et al., 2005; Medina-Mora et al., 1994; 2001; Mondragón et al., 1998), y en menor medida con dificultades o déficits en las habilidades sociales (Berman, Jobes & Silverman, 2006; Gould et al., 2003). En el grupo intervenido en la escuela, mientras que no se reportaron o detectaron situaciones de abuso o farmacodependencia, si emergió el tema de la experimentación, principalmente con alcohol; un aspecto que cobra relevancia dentro de la prevención de abuso de sustancias en México y el mundo (Medina-Mora, 2005). En cuanto a las dificultades interpersonales, se podrían explicar algunas de éstas con los rasgos de personalidad encontrados en este mismo grupo de adolescentes en riesgo suicida: alienación, enajenación y enojo, entre otros descriptores, como se ha hecho en otros estudios (Beautrais et al., 2001; de Wilde & Kienhorst, 1992; Fergusson, Woodward & Horwood, 2000)

De forma global, el riesgo de presentar ideas, planes o intentos de suicidio prácticamente se cuadruplica cuando el adolescente ha estado expuesto a sucesos negativos, mientras que el haber estado expuesto a sucesos de tipo positivo parece proteger de tal riesgo, particularmente de desarrollar planes. Finalmente, resulta evidente explorar qué eventos dentro de estas dos áreas (social y salud) han desencadenado o se asocian más con la sintomatología depresiva y/o crisis suicidas; es decir, explorar más el impacto por ejemplo de la experimentación con el alcohol u otras sustancias para poder integrar elementos de prevención de adicciones en la estrategia de intervención global; más aún, estudiar los beneficios de la psicoterapia grupal en relación a estas dificultades interpersonales.

7.1.4 Sobre los rasgos de personalidad.

El aspecto más sobresaliente en la evaluación de la personalidad del grupo de adolescentes en riesgo suicida es el de la heterogeneidad del perfil, tal como se ha reportado en la literatura internacional al respecto (Archer, 2005; Gould et al., 2003; Mann et al., 2005; Shaffer et al., 2001). Mientras que en el grupo se pueden encontrar situaciones comunes en los intentos previos de suicidio o en la frecuencia o tipo de pensamientos suicidas, no se observan muchos rasgos comunes en la configuración de la personalidad.

Esto no significa, sin embargo, que no se encuentren descriptores globales, y que incluso sean diferentes para hombres y mujeres; tal es el caso del uso de sustancias o dificultades interpersonales (como se menciona anteriormente), o bien, problemas familiares (como ocurrió en la mayoría de la población escolar tamizada).

Aún cuando los perfiles son heterogéneos, se puede describir al grupo de varones en riesgo suicida como impulsivos con poco control del enojo, alienados y aislados socialmente, con dificultades académicas importantes y rasgos hipocondriacos; en contraste, las mujeres en riesgo suicida se caracterizan por ser aprehensivas, nerviosas, enojadas y conflictivas, reportando más conflictos con los padres que los chicos, poca tolerancia a la frustración y al aburrimiento, auto despreciativas e impulsivas (Hernández-Cervantes & Lucio, 2005).

Es importante señalar que muchas de las emociones asociadas a la ideación suicida que se expresaron en el proceso terapéutico están asociadas al malestar que generan estos rasgos de personalidad, y que en congruencia con el aspecto común de dificultades interpersonales, la modalidad grupal aportó oportunidades de identificación y discusión de estos aspectos que muy probablemente no ocurrirían en un proceso terapéutico individual como se observó en los estudios piloto de estudio de caso de la intervención psicológica (Hernández & Lucio, 2002).

Finalmente, las áreas del riesgo suicida que más se asocian a los rasgos de personalidad (ansiedad, baja autoestima, problemas familiares y escolares, enojo) se retomaron dentro de los contenidos temáticos de la intervención psicológica e integrando las situaciones estresantes a las que han estado expuestos (Finn & Tonsager, 1997). Sobresalen, en particular, dos áreas de la personalidad evaluada con el MMPI-A en la optimización de la estrategia y su efectividad: la actitud a los profesionales de la salud (subescala de contenido "Rechazo al tratamiento") y problemas con el alcohol u otras sustancias (tríada de subescalas suplementarias sobre adicciones: Alcoholismo de MacAndrew (revisada), Reconocimiento y Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas).

Si se incorporan los hallazgos del tipo de sucesos de vida (social y salud negativos) asociados con el riesgo suicida, se puede entender entonces la relevancia del modelo teórico detrás de la intervención psicológica: la evaluación colaborativa donde precisamente se retoma en el proceso terapéutico lo que el adolescente reporta en la evaluación psicológica antecedente en estos dos rubros: adversidad psicosocial y personalidad.

7.1.5 Sobre la efectividad del tratamiento.

Tanto los análisis preliminares (pruebas *t* de Student) como la evaluación del modelo de intervención (MANCOVA) en sus dos modalidades (pertenencia a grupo y número de sesiones asistidas) muestran evidencia a favor de la intervención psicológica para disminuir el riesgo suicida entre el grupo de adolescentes estudiantes participantes.

En las primeras pruebas, las diferencias entre las puntuaciones del pretest y postest así como entre grupos vislumbraron la dirección de estos efectos para someter a una evaluación más robusta tales efectos. Como era de esperarse de acuerdo a las metas de la psicoterapia grupal evaluada, los efectos fueron mayores dentro del rubro de la ideación suicida y los resultados indican que ambos indicadores de cambio (ideación suicida evaluada con el instrumento de tamizaje "IRIS" y con la subescala experimental del MMPI-A) son los más sensibles a la intervención en relación a las otras áreas.

Hay que señalar la pertinencia de que la subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A haya sido incluso más sensible al efecto del tratamiento que la correspondiente subescala en el IRIS por la diversidad de los reactivos que la componen, como se ve reflejado en el coeficiente alfa de Cronbach. En el caso de la ausencia de circunstancias protectoras se puede discutir que los efectos del tratamiento pueden ser en dos sentidos: el primero en cuanto al nivel de conocimiento sobre los recursos de apoyo de los propios adolescentes, y en segundo, a que estas circunstancias finalmente permanecen ajenas a la intervención por ser factores externos, situaciones del ambiente mientras que el tratamiento psicosocial está encaminado a la exploración y uso de los recursos internos.

En este sentido, el que las diferencias tanto como los efectos hayan sido menores particularmente dentro de esta subescala o rubro apuntarían hacia la efectividad focalizada del tratamiento: los principales efectos se manifestaron sobre constructos del riesgo suicida que se supone son inherentes al adolescente (dentro de su sistema de creencias, valores y uso de recursos para afrontar situaciones amenazantes, entre otros) más que sobre áreas que describen desde su medio o contextualizan al adolescente y que la que la intervención psicológica no aborda de forma directa.

Otro aspecto de importancia fue el de las diferencias por género y que se han visto en otros estudios similares (González-Forteza et al., 2000) y que sistemáticamente se han venido estudiando como factores de riesgo dentro del fenómeno suicida adolescente (Gould et al., 2003; Shaffer et al., 2001). En la primera fase de la investigación (tamizaje y estimación del riesgo suicida) sí se encontraron diferencias de acuerdo al sexo, para lo que fue necesario realizar estimaciones del riesgo (ideación, planeación e intento) por separado para hombres y mujeres. Ahora bien, se trata de etapas diferentes donde en la primera se evaluó a la población escolar entera, y en esta segunda fase (intervención psicológica) se evaluaron a aquellos adolescentes que conformaron los grupos de tratamiento y comparativo, por lo que el tamaño de la muestra naturalmente se reduce en forma importante. Así, al evaluar el efecto del sexo sobre la intervención y la relación del mismo en cuanto al modelo del riesgo suicida, se encontró que no hubo efecto alguno. Es decir, que para fines de

efectividad del tratamiento, no se observó que funcionará diferencialmente para hombres o mujeres, y en el caso del grupo de comparación, el riesgo no aumentó o se mantuvo diferente en los varones o en las mujeres.

Previamente se mencionó el tamaño de la muestra. Al realizar ambos análisis de datos (el preliminar con las pruebas *t* y el modelo MANCOVA) se tuvo en cuenta este factor. No solamente por el tamaño de cada grupo sino también en cuanto a la distribución del sexo. Cuando se evaluaron los datos para cumplir con los requisitos o supuestos de cada análisis, se obtuvieron resultados satisfactorios a excepción de las áreas 1 y 4 del IRIS en las pruebas *t* de Student para grupos correlacionados. Sin embargo, ya que se trata de un estadístico robusto se decidió aplicar la prueba además de que con carácter preliminar posteriormente se someterían los datos en conjunto al modelo de análisis multivariado de covarianza.

Cuando se revisa el efecto de tratamiento de acuerdo a la asistencia se observan dos aspectos importantes: (1) la inspección visual de las puntuaciones sugiere que a mayor asistencia hay una disminución en tales puntuaciones, y (2) que mediante los resultados de contraste es posible determinar a partir de qué sesión se comienzan a observar las diferencias estadísticamente significativas. Tomando como parámetro las puntuaciones en las dos subescalas más sensibles al tratamiento, se observa que para la subescala de ideación e intencionalidad suicidas del IRIS el cambio ocurre a partir de la cuarta sesión mientras que para la subescala de ideación suicida del MMPI-A esta diferencia se aprecia en la séptima sesión; el resto de las diferencias se observan a partir de la octava sesión; es decir, entre la cuarta y octava sesión se dan las mayores disminuciones en las puntuaciones del riesgo suicida. En cuanto al criterio *a priori* para separar entre grupo tratado y grupo comparativo de una asistencia del 80%, el anterior resultado puede plantearse entonces como evidencia empírica para ratificar este porcentaje de asistencia mínimo, deseado o esperado para apreciar los primeros efectos de la intervención psicológica de este tipo, de forma similar a lo encontrado, por ejemplo, por Donaldson, Spirito y Esposito-Smythers (2005), Donaldson, Spirito y Overholser (2003), o Brown y cols. (2005) pero mediante psicoterapia cognitiva en adultos.

En relación a lo que se ha propuesto en la literatura sobre la efectividad del tratamiento y el uso flexible de esta información o evidencia en escenarios “reales” (Knock, Goldman, Wang, & Albano, 2004), la contribución de esta tesis en el aspecto de la intervención reside, además del efecto sobre la reducción del riesgo suicida, en la delimitación o parámetros de la misma. Knock y cols. (2004) comentan sobre la importancia de documentar el proceso en conjunto con la evaluación de la eficacia de la intervención, punto que se presenta más adelante en la sección de evaluación del proceso.

7.1.6 Sobre la significancia clínica del tratamiento.

Por último, cuando se observan los puntos de corte para los índices de cambio confiable (significancia clínica), la tendencia del efecto del tratamiento de incidir sobre la ideación suicida se reitera; igualmente sucede cuando se examinan los tamaños del efecto en cada rubro del riesgo

suicida. De esta forma, el mayor número de casos recuperados y mejorados de acuerdo a Jacobson y Truax (1991) se encuentra a través de los índices generados con la subescala de ideación e intencionalidad suicidas del IRIS y la subescala de ideación suicida del MMPI-A. En contraste, el mayor porcentaje de casos sin cambio se observa para el área de circunstancias protectoras, donde, al igual que en las pruebas t de Student y MANCOVAs, resulta ser la dimensión menos afectada por el tratamiento. Dado que esta área evalúa la percepción de apoyo que tiene el adolescente en su medio, es posible argumentar que se vuelve más realista viéndose reflejado en el aumento o conservación de la puntuación correspondiente.

El punto anterior podría entonces sentar la pauta para examinar el propósito y alcance de la intervención psicológica a partir del manejo de los recursos internos y externos del adolescente en riesgo suicida; es decir, la psicoterapia como un proceso donde se abordan las emociones y motivaciones alrededor de la conducta suicida (cuestiones internas) y la plausibilidad del cambio de su entorno sociodemográfico (cuestiones externas). Para ejemplificar el punto antes señalado, podemos abordar la temática de las dificultades económicas de la familia por el desempleo o subempleo de uno o ambos progenitores y la percepción de falta de apoyo o atención que reporta el adolescente. Aunado a la adversidad económica, el adolescente experimenta sentimientos de tristeza y abandono así como la necesidad de contribuir a la economía familiar. Al empezar a trabajar para apoyar a la familia y cuidar a los hermanos menores mientras los padres salen a trabajar o buscar trabajo, el adolescente en cuestión descuida los estudios y comienza a tener problemas con las calificaciones. Sin profundizar más en la historia, se pueden identificar situaciones que el adolescente puede abordar a través de la intervención psicológica como las emociones que le generan los problemas en casa y en la escuela al mismo tiempo que reconoce y asimila que las dificultades de sus padres para encontrar empleo no dependen de él.

Ahora bien, el marco conceptual de la intervención no supone una separación entre estos dos ámbitos (procesos internos y externos), sino una interacción (de ahí la importancia de evaluar los sucesos estresantes de vida a los que ha estado expuesto, entre otras variables); ver Corder 1981; 1990; Finn, 1996; Finn y Tonsager, 1997. La significancia clínica del tratamiento entonces adquiere sentido al ser evaluada en cada uno de los cuatro rubros que componen el riesgo suicida en este modelo tal como se ha presentado en el capítulo de resultados: (a) ideación e intencionalidad suicidas, (b) depresión y desesperanza, (c) ausencia de circunstancias protectoras, y (d) malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

7.2 Evaluación del proceso.

La evaluación del proceso de acuerdo a Weiss (1998) se centra en la implementación de la estrategia. Esta modalidad de evaluación describe cómo opera el programa, cómo se lleva a cabo la oferta de la intervención psicológica, y qué tan bien se llevan a cabo los objetivos del programa o intervención. Al documentar el desarrollo y operación de una intervención, esta evaluación del proceso da cuenta del desempeño del mismo para replicas posteriores. El objetivo de la evaluación del proceso es asegurar que se siguen los objetivos principales y que se apega al modelo teórico del cual ha emergido, generalmente describiendo el contexto en contraste con la explicación de sus efectos como ocurriría en la evaluación de resultados (Patton, 1997). De igual manera, este tipo de evaluación permite hacer correcciones o modificaciones que no funcionaron como se plantearon originalmente, o bien, identificar dificultades o huecos que requieren de atención.

En resumen, la evaluación del proceso que a continuación se discute ayuda a entender la efectividad final de la estrategia en relación a las expectativas iniciales y así explicar estas diferencias. Tal información contribuye a que los encargados de llevar a cabo estas estrategias de intervención comprendan por qué unas actividades o procedimientos funcionan mejor que otros con el propósito de optimizar futuras acciones preventivas, en particular abordar las dificultades en la intervención psicológica con pacientes suicidas (ver Hendin et al., 2006).

7.2.1 Sobre la viabilidad de la estrategia de intervención.

La pregunta principal de investigación plantea la factibilidad de una estrategia de intervención para adolescentes estudiantes en riesgo suicida. Los resultados sugieren que es en efecto posible y que sus alcances pueden ser diversos, destacando la incidencia del tratamiento sobre el riesgo de suicidio. Mientras que se han investigado ampliamente los factores de riesgo para el comportamiento suicida en la adolescencia, se han estudiado en menor medida los factores de protección, y menos aún la efectividad de intervenciones psicológicas, entre otros aspectos de este problema de salud mental (ver Gould et al., 2003; Mann et al., 2005). Esta investigación tenía entre sus objetivos evaluar tanto el desarrollo como los resultados de una estrategia que en particular retomara un ambiente “protector” como lo es la escuela. Desde hace ya más de una década que se han venido integrando parámetros de atención para adolescentes suicidas y uno de los ámbitos de particular interés ha sido la prevención dentro de los escenarios escolares por varias razones:

- a. la escuela es un lugar con el que se identifica mejor tanto el adolescente como su familia en relación a centros de atención psicológica externos;
- b. el papel de los directivos y docentes es clave para llevar a cabo este tipo de programas (principalmente en cuanto a organización se refiere), y

- c. se integra el proceso de la detección con el del tratamiento psicológico en lugar de solamente identificar o referir a estos adolescentes ya sea en riesgo suicida o con otro tipo de problemática emocional.

De los estudios de caso previos a la intervención grupal es importante destacar que, mientras en la versión final de la estrategia se pudo trabajar con un porcentaje importante de aquellos adolescentes identificados en el tamizaje, los casos tratados individualmente permitieron delinear los contenidos y técnicas de la intervención psicológica (ver Capítulo 5: Tratamiento). Asimismo, en cuanto a la implementación de la estrategia en la escuela, los estudios piloto de la misma dejaron ver que las condiciones de acción para la confirmación del riesgo y la referencia al tratamiento pueden verse interferidas en aspectos básicos como la confidencialidad y la estigmatización de aquellos adolescentes detectados en riesgo.

7.2.2 Sobre la administración de los instrumentos.

En este aspecto, la aplicación grupal para el tamizaje plantea varias situaciones. Por una parte, están las diferencias en tiempo de aplicación; mientras que los adolescentes de tercer grado suelen contestar las pruebas más rápidamente, a los de primero y segundo les toma más tiempo además de hacer más preguntas. La propuesta en este sentido es que a partir de la bitácora de aplicaciones se anticipen las dudas más comunes sobre el lenguaje en reactivos y el llenado de las hojas de respuesta; para lo anterior, se elaboraron cartulinas grandes con ampliaciones de las instrucciones, llenado a lápiz de las hojas, y reactivos (palabras/frases como “libertad condicional” en el cuestionario de Sucesos de Vida [Lucio & Durán, 2003]) para reducir el tiempo empleado en contestar generalmente la misma duda a varios adolescentes.

El otro aspecto es el de la organización de los equipos de aplicadores donde se vio que asignando roles (repartir, recolectar, monitorear) se agiliza el proceso. Se recomiendan entonces equipos de mínimo tres (recomendable cuatro) psicólogos entrenados para cada aplicación grupal de 40 alumnos promedio.

7.2.3 Sobre el uso del tiempo en la escuela.

Aún cuando se organicen las sesiones de administración de instrumentos anticipadamente y con el apoyo de la dirección, orientadora o psicóloga escolar, es importante establecer un canal de comunicación abierto y permanente con los profesores, sobre todo en torno al número de horas/días requeridos para el tamizaje. De lo contrario, se pueden generar molestias y una reducción en la duración de las sesiones de trabajo. En los estudios piloto cabe destacar que no ocurre así con todos los profesores ni con todas las materias. Se encontró que algunos de los maestros mostraron genuino interés por la labor realizada así como por el proceso de referencia a

tratamiento; en particular, dado que en las escuelas secundarias públicas el esquema docente incluye la asignación de asesores por grupo, los maestros con tal función piden se les facilite la labor de hacerles llegar a sus alumnos opciones de ayuda o apoyo.

En estos rubros las recomendaciones son:

- a. aprovechar las horas/clase previas a los recesos donde generalmente puede ampliarse de ser necesario el margen de tiempo (como por ejemplo con el MMPI-A);
- b. ajustar con la orientadora o psicóloga escolar horarios que permitan aplicaciones simultáneas y desde primera hora o periodo de clases para evitar utilizar varias horas de una misma clase y así reducir las interrupciones;
- c. organizar reuniones informativas con los maestros en acuerdo con las autoridades de la escuela para hacer partícipes a los maestros del proceso de evaluación; y
- d. trabajar más cercanamente con prefectos y asesores de grupo que puedan, entre otras cosas, ampliar la información de aquellos alumnos detectados como en riesgo.

7.2.4 Sobre el uso de espacios en la escuela.

Para la administración de los instrumentos no se registraron situaciones que contribuyeran u ocasionaran la cancelación o terminación de alguna aplicación, salvo aquellas fechas donde no se anticiparon reuniones de profesores o ensayos previos a eventos extracurriculares. Sin embargo, si después calificar los instrumentos y elaborar perfiles se decide realizar entrevistas (de confirmación del riesgo/ampliación de información/referencia a otros servicios de salud mental), se requerirá de uno o más espacios para llevarlas a cabo con los alumnos en la escuela misma. Esto supone que la escuela podrá designar espacios donde realizar tal actividad, como la oficina del orientador o psicólogo, un laboratorio o taller libres, o un salón de usos múltiples.

No siempre se disponen de estos espacios, y como se trata de una entrevista psicológica, es importante que sea un sitio lo mayor libre de ruidos e interrupciones, que permita el tomar notas y dar asiento al adolescente y entrevistador. Dado que los lugares arriba mencionados generalmente son de libre acceso, se sugiere que al menos dos personas lleven a cabo la entrevista: una que lleve a cabo el interrogatorio y otra que pueda resolver o atender situaciones como las de interrupción o alejar a grupos de alumnos que transiten o se reúnan cerca.

De igual manera, se advierte que es posible llevar a cabo las entrevistas incluso en lugares poco comunes como el patio o cancha deportiva. Ante la situación de aprovechar el poco tiempo destinado por la escuela, debe procurarse mínimamente llevar a cabo la entrevista en un lugar alejado de grupos de otros estudiantes, maestros o personal de la institución para resguardar el ambiente de confianza y empatía propios del proceso; de no ser así entonces proceder a reprogramar el encuentro con el adolescente.

7.2.5 Sobre el intercambio de información con la escuela.

Antes de iniciar el estudio en la escuela se deja claro naturalmente que toda información recabada es confidencial y que no puede compartirse con los maestros, directivos, o padres de familia, salvo cuando sea una situación de alto riesgo y con la anuencia del mismo adolescente (siempre que sea posible). No obstante, generalmente el orientador o psicólogo escolar puede requerir información global sobre el estado psicológico de la población evaluada. La recomendación en este aspecto es la de solamente ofrecer reportes globales con datos adecuados que no permitan la identificación del adolescente, y que se advierta sobre su uso directamente con los alumnos o sus padres.

Adicionalmente, es preferible que el equipo de investigación realice las labores de contacto con los padres de familia y con los adolescentes mismos, bajo completa discreción y salvaguardando toda información personal. Aunque parece obvio el manejo de información, sí pueden ser frecuentes los intentos de intrusión (circunstancial o intencionalmente) por parte de las autoridades (desde los maestros, pasando por los prefectos, orientadores, psicólogos, trabajadores sociales, hasta el director) para conocer resultados individuales, o bien, en un intento de “ayudar” al estudio, de crear inintencionalmente situaciones coercitivas al momento de aplicar instrumentos, realizar entrevistas, o comunicarse con los padres de familia. Debe reiterarse en todo momento que en el proceso el adolescente puede elegir no participar y que no por tal situación u otra similar se le deba exhibir, sancionar u otro.

En una de las secundarias donde se llevó a cabo el piloto de la estrategia de intervención se presentó una situación donde la orientadora pidió, dentro de una clase, que ciertos alumnos escribieran en sus cuadernos un citatorio a los padres de familia, generando así un ambiente de malestar y falta de ética. Esta situación ocurrió sin conocimiento del equipo de investigación y ante la complejidad e implicaciones de la misma se procedió a hablar con estos adolescentes y sus padres de familia explicando que la participación no era obligatoria, que no había repercusiones en la escuela ni con la orientadora, y que a todos se les estaba dando la información para compartir con sus padres, que no se trataba de una indagación focalizada.

Aunque se aseguró en los diferentes estudios que no hubiera repercusiones manteniendo comunicación abierta y directa con los adolescentes en cuestión, hemos hipotetizado que de algún modo la anterior situación pudo contribuir a que no todos los adolescentes entrevistados e identificados como en riesgo realizaran el contacto telefónico con el centro de servicios psicológicos, y por ende recibieran tratamiento. Aún así, a todos los adolescentes participantes se les explicó que en el centro de servicios psicológicos de la facultad podrían recibir ayuda cuando ellos lo decidieran, dándoles los datos de identificación del equipo de investigación así como del centro.

7.2.6 Sobre la devolución de resultados.

La intervención psicológica comienza, de cierta forma, desde la entrevista donde se tienen como metas dos cosas: confirmar el riesgo detectado y referir al tratamiento. Esta parte del proceso se identifica entonces como clave en cuanto a la “captura” de adolescentes al tratamiento adecuado, ya sea al grupal o individual con los adolescentes en riesgo suicida o de otro tipo para otros problemas emocionales. El aspecto evaluado y que más retos plantea es la devolución de los datos obtenidos de tal forma que el adolescente no se sienta señalado, ni perseguido; además de la preparación y adecuación de la información, se debe crear una atmósfera de confianza que permita al adolescente la posibilidad de reconocer que hay áreas de conflicto en su vida actual, la importancia y ventajas de compartirlo con sus papás, y la alternativa para recibir ayuda psicológica adecuada.

Para ello, la experiencia permitió conocer que en general el adolescente es receptivo a la información, que la actitud es cooperativa y hay buena disposición a saber sobre opciones de ayuda psicológica. Lo que han reportado los adolescentes participantes es la forma de comunicar todo esto a los padres, sobre todo cuando ellos no tienen conocimiento de lo que acontece. En esta situación lo que se hizo y se recomienda es, primeramente, reiterar que no se darán datos específicos a nadie, que es él quien decide hasta dónde compartir con su familia, y que la reunión con los padres de familia y el equipo puede servir de vehículo para concientizar a los padres y acercarlos a los adolescentes en la etapa subsecuente de recibir tratamiento.

En el caso de la ideación suicida o intentos previos de suicidio, lo que se encontró es que para las situaciones de intento/amenaza/intención, éstas habían ocurrido tiempo atrás y generalmente los padres o algún adulto en la familia sabía de ello. En cuanto a la ideación suicida, no se presentaron casos donde el adolescente reportara o amenazara con suicidarse próximamente, y ante tal situación, el entrevistador ha de estar entrenado para abordar abierta y directamente el tema, destacando esencialmente que ante una crisis de ese tipo es ineludible la pronta comunicación con el tutor o padres de familia y es la situación-excepción en la que no se observa la confidencialidad.

Por último, la evaluación de este proceso sugiere que el equipo de investigación esté posibilitado a pre programar citas iniciales en el centro de servicios psicológicos ya que varios adolescentes pueden mostrar interés por empezar el tratamiento cuanto antes y donde además se reporta que los padres no se opondrán o aplazaran el tratamiento. Es importante entonces no olvidar recabar información adicional como número telefónico del adolescente y nombre de los padres o tutores para elaborar una lista preliminar de los posibles candidatos a la terapia en estudio o para la referencia a otros terapeutas o servicios psicológicos en la facultad u otros centros de salud.

7.2.7 Sobre el equipo evaluador.

Mientras que para la aplicación de instrumentos (tamizaje) es posible la participación de pasantes de psicología o prestadores de servicio social, es indispensable que en el caso de realizar entrevistas sean psicólogos entrenados tanto en el modelo de evaluación como en el abordaje del riesgo suicida con adolescentes, como fue el caso en los estudios piloto y final.

La experiencia del presente estudio sugiere que deben repasarse y discutirse previamente (las veces que sea necesario) los lineamientos generales de cómo responder ante situaciones de externalización de deseos, intenciones de muerte, pensamientos suicidas y/o planes suicidas.

En este proceso se utilizó una guía de entrevista y para el caso de los psicólogos pasantes se asignó un terapeuta experto que supervisara la entrevista. En algunos casos, el adolescente expone situaciones adversas que pueden originar expresiones emocionales como llanto, es por esto que los puntos discutidos arriba deben tomarse en cuenta para asegurar el mejor ambiente posible de intercambio de información y comunicación entre el equipo de investigación y el adolescente. Se observó que el hecho de que la mayoría de los integrantes del equipo fueran jóvenes parece en algún grado facilitar el acercamiento con los estudiantes participantes, aunque no se ha estudiado sistemáticamente esta relación.

Otro aspecto es que el equipo tiene que estar preparado a que uno o varios de sus miembros sean requeridos a conversar aparte, es decir, que un adolescente pida hablar con alguien de los encuestadores, por ejemplo, y plantear una situación específica, pedir información adicional, u otras posibilidades.

Principalmente, se recomienda que el equipo de investigación promueva una actitud abierta, empática y de autoridad firme versus autoritaria, dispuesta y paciente a la volatibilidad de reacciones típicas de los adolescentes, sobre todo porque se trata de grupos y escenarios grandes como lo son las escuelas secundarias públicas de la Ciudad de México.

7.2.8 Sobre la proporción sujetos identificados-sujetos tratados.

Generalmente las estrategias de intervención con adolescentes no integran ambas fases (tamizaje y tratamiento) por lo que no hay antecedentes directos sobre la forma o procedimiento de hacer la transición de una a otra. Además de los lineamientos típicos de resguardo de información y del anonimato hacia las autoridades escolares, el estudio permitió determinar qué tan efectivas pueden ser distintas mecánicas de referencia. Al respecto se sugiere:

- a. Realizar la referencia como una continuación del tamizaje, presentándoseles así a los padres de familia y a los mismos adolescentes participantes. Siendo así, resulta lógico llevar a cabo la intervención psicoterapéutica en la misma escuela de forma grupal, y dejar como alternativa o en casos específicos la modalidad individual en un centro de servicios psicológicos externo.

- b. Prudencia con el personal de apoyo en la escuela; es probable que el orientador escolar no tenga una formación o entrenamiento que le permita distinguir y observar la forma específica de abordar al adolescente dentro de la escuela y en relación a sus compañeros de estudio, o que el trabajador social o persona asignada a coordinar con el equipo el tamizaje no tenga los conocimientos básicos sobre las características y necesidades de un proceso psicológico evaluativo o de entrevista.
- c. El equipo de investigación deberá, además de establecer los límites y aclarar las expectativas con los directivos escolares, ampliar las responsabilidades de sus integrantes en cuanto al manejo de información y contacto con los alumnos y sus padres para evitar la triangulación de información.
- d. El equipo deberá mantener informado naturalmente a la escuela de los procedimientos, de su carácter confidencial, y de las razones/ventajas del por qué el manejo planteado en el punto anterior debe seguirse así. En la experiencia con otras escuelas e integrando estos rubros, la respuesta ha sido favorable cuando se acuerda el sentido y carácter del flujo de datos, donde por ejemplo, se minimiza a la provisión de listas de asistencia, horarios y calendarios de clase.
- e. La discusión oportuna de estos puntos antes de proceder con el tamizaje para prevenir este tipo de situaciones. Cuando se indagó (en el estudio piloto) directamente con los adolescentes sobre sus impresiones respecto al estudio, se encontró que aunque a ellos les seguía pareciendo una buena idea y/o adecuado recibir algún tipo de ayuda u orientación, los padres no estaban muy de acuerdo con la actitud persecutoria de la orientadora. Creemos que no es precisamente la actitud de todas las orientadoras (es) o psicólogas (os) escolares pues en los otros estudios la respuesta generalmente ha sido de cooperación y de no intromisión.

En suma, el propósito de este punto de evaluación es anticipar ésta y otras dificultades teniendo claros el objetivo general del estudio y los preceptos éticos básicos de cualquier intervención psicológica.

7.2.9 Sobre la adherencia al tratamiento.

En sí, el estudio de los factores asociados a la adherencia a cualquier tratamiento psicológico es una línea de estudio dentro del campo de la investigación en psicoterapia. Con los adolescentes estudiantes pueden suscitarse muchas situaciones, como la reprobación de materias, la indisposición de los padres, la decisión o cambio de actitud del adolescente, y otras más que contribuyen a que el adolescente abandone el tratamiento (Spirito & Overholser, 2003). Las repercusiones son amplias, teniendo una incidencia directa sobre el análisis de la significancia clínica del tratamiento psicológico, entre otros aspectos de la evaluación. Sin embargo, dentro de la investigación en psicología clínica es un fenómeno bastante común y más aún con adolescentes (Kazdin, 1999; 2003). En el caso de los adolescentes tratados, el que la familia optara por que el hijo

asistiera a un curso de regularización, el que un padre de familia se sintiera amenazado por la videograbación de las sesiones, el que un adolescente priorizara el trabajo escolar sobre su terapia, son todas razones diferentes que ocurren por una combinación aún más singular de factores personales (p. Ej., procesos individuales), familiares (p. Ej., falta de tiempo, disputas entre los padres), factores del terapeuta (p. Ej., capacidad empática), socio-culturales (p. Ej., el uso de servicios de salud mental, la relevancia de la psicoterapia, etc.), y otros factores más (King & Apter, 2003).

De este estudio se desprenden las siguientes recomendaciones al respecto:

- a. Retomar el contrato terapéutico y clarificar/enfatizar (sin comprometer el carácter voluntario de la participación) la importancia de completar el tratamiento, su duración, los beneficios del mismo, y la previsión de situaciones temporales durante el proceso terapéutico (por ejemplo, de un mayor malestar psicológico ante la organización personal de las emociones surgidas) y que deben incorporarse oportunamente.
- b. Mantener comunicación constante con los padres para disipar dudas o abordar preguntas o inquietudes sobre el progreso de la terapia y el proceso del adolescente, de tal forma que se sienta también involucrado y promueva en casa la asistencia al tratamiento, naturalmente sin comprometer en momento alguno la confidencialidad del trabajo terapéutico. Esto implica que el equipo de investigación esté preparado ante la posibilidad de referir a tratamiento psicológico eventualmente a los padres o a la familia ante el cambio que se genere del proceso con el adolescente, por ejemplo.
- c. Reafirmar con el adolescente periódicamente las metas terapéuticas formuladas conjuntamente y hacer uso más amplio de los registros de los observadores para prever en lo posible situaciones que desencadenar la posible deserción del adolescente (por factores del mismo adolescente, del proceso, del terapeuta, de las circunstancias o contexto, entre otras).

En los estudios piloto se pueden identificar distintas situaciones asociadas a la deserción del tratamiento. Por ejemplo, de los adolescentes que abandonaron la terapia individual, aquél que reportó haber desertado por asistir a la regularización de materias comentó que tanto él como sus padres tienen interés en continuar con el proceso. En el caso de los otros adolescentes, cuando se les preguntó vía telefónica la razón de su retiro comentaron que era por decisión propia sin dar razones específicas o bien, por atender los cursos o exámenes en la escuela. Sin importar el motivo, es importante que a todos se les reitere la disponibilidad del tratamiento así como los datos del centro de servicios psicológicos de la facultad en caso de cambiar de opinión y solicitar la ayuda con otros psicólogos o programas de apoyo.

7.2.10 Recomendaciones globales para la prevención en las escuelas.

- a. Especificar a las autoridades escolares, padres de familia y alumnos encuestados que los resultados individuales, las entrevistas, y el método de referencia estarán a cargo del equipo

externo que implementa la estrategia; a la escuela se le podrán facilitar resultados globales y/o grupales solamente.

- b. Acordar con las autoridades escolares un espacio dentro de la escuela que permita, en el caso de devolución individual de resultados o entrevista con el alumno, asegurar la confidencialidad en el manejo de información. Este espacio deberá ser diferente al que usa el orientador vocacional o psicólogo escolar, o si se usará tal lugar, anticipar que no se use simultáneamente; la alternativa entonces es llevar a cabo este proceso en otro sitio de la escuela (que no necesariamente pueda ser el más cómodo), como por ejemplo en las áreas de juego o recreo, biblioteca o aula de medios.
- c. En cuanto a la relación costo-beneficio, se concluye que la modalidad grupal en la misma escuela es la mejor. Este escenario es viable siempre y cuando la escuela pueda disponer para tal fin un área mínimamente adecuada (como un salón de clase, un laboratorio, un taller); de lo contrario, tendrá que llevarse a cabo en un sitio externo como podría ser un centro de servicios psicológicos cercano a la institución educativa.
- d. Dentro de las ventajas para llevar a cabo la intervención psicológica grupal en la misma escuela están que
 - i. los alumnos se pueden quedar al final de clases y organizarse mejor en tiempos para tareas u otras actividades en sus casas en lugar de desplazarse a un centro externo, lo que generalmente implica que uno de los padres tenga que ausentarse de su lugar de trabajo e incluso dejar de percibir remuneración por tal ausencia (más aún cuando se trate de dos sesiones semanales);
 - ii. la escuela sigue siendo responsable de los alumnos participantes de la terapia al permanecer éstos en las instalaciones escolares; los padres de familia saben el horario de salida y, en el caso de la secundaria donde se llevó a cabo la estrategia final, los alumnos viven en la misma área que la escuela por lo que el desplazamiento se hace a pie, a diferencia de trasladarse a un centro externo;
 - iii. los padres pueden participar del proceso de intervención de los hijos al llevar, por ejemplo, los alimentos en el espacio designado para tal efecto dentro de la intervención psicológica;
 - iv. en este mismo sentido, el grupo se convierte naturalmente en un espacio de convivencia y desarrollo de habilidades sociales al estar integrados alumnos de los tres grados y de ambos sexos.

7.3 Conclusiones.

Esta investigación contribuye al campo de la suicidología adolescente en dos ámbitos principalmente: el modelo de evaluación del riesgo suicida y la intervención psicológica para la disminución o reducción de tal riesgo. Ambos procesos, identificación y tratamiento, resultaron efectivos y confiables, tanto en la identificación apropiada del riesgo como en la disminución del riesgo respecto a los que no recibieron tratamiento alguno.

El Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes "IRIS" (Hernández & Lucio, 2003) ha resultado ser válido y confiable en la identificación de adolescentes estudiantes en riesgo suicida dentro de un programa de tamizaje para escuelas secundarias.

Dentro de un modelo de evaluación del riesgo suicida y otros problemas emocionales, el IRIS se complementa efectivamente con los datos proporcionados por el cuestionario de Sucesos de Vida forma Adolescentes (Lucio & Durán, 2003) y el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes MMPI-A (Lucio et al., 1998).

La estrategia de intervención bifásica (tamizaje y tratamiento) ha resultado efectiva en la reducción del riesgo suicida cuando tal intervención se lleva a cabo en su totalidad dentro del escenario escolar y bajo una modalidad psicoterapéutica grupal basada en la evaluación colaborativa, siendo el rubro de ideación suicida el de mayor cambio.

Para el éxito en la implementación y terminación exitosa de la estrategia es indispensable el apoyo de las autoridades del escenario escolar y la coordinación con la planta docente. Asimismo, el cumplimiento de los aspectos éticos se ve favorecido al ser un equipo externo a la institución educativa el que lleve a cabo la estrategia de intervención.

Es necesaria la replicación sistemática de la estrategia para corroborar la efectividad tanto del modelo de evaluación como de intervención psicológica, tomando como parámetros de evaluación la significancia clínica del tratamiento como el análisis cualitativo del mismo, entre otros.

Tanto la evaluación de los resultados como del proceso han servido como pauta para integrar la información cuantitativa con la cualitativa en la evaluación global de la estrategia de prevención del riesgo suicida adolescente. Aún cuando poco a poco se va incorporando el estudio de caso o diseño intrasujeto a la literatura sobre suicidio adolescente, creemos que los resultados preliminares ofrecen datos de igual importancia que los del modelo lineal general por varias razones.

Primeramente, el abordaje clínico se centra precisamente en las diferencias individuales como resultado de la intervención y por eso se han generado los perfiles individuales, y como forma de sustentar la evidencia gráfica de los efectos en el grupo se han obtenido los valores t en los distintos componentes del riesgo suicida. Segundo, la evaluación de un modelo que respaldara la noción del riesgo suicida adolescente, que mostrara los efectos sobre tal variable global de la psicoterapia, y la oportunidad de examinar en qué rubro se evidenciara más claramente. Ambos aspectos permiten a

la investigación finalmente retomar el enfoque epidemiológico y su utilidad al diseño de estrategias de intervención clínica, y de forma inversa, a partir de la evidencia empírica de un modelo de intervención psicológica producir una agenda de investigación más detallada para el campo del estudio epidemiológico del suicidio adolescente.

Dentro de las limitaciones del estudio se pueden identificar el tamaño y distribución de la muestra así como la deseabilidad de un diseño que supere al de grupo de contraste o comparativo. Sin embargo, concluida la parte analítica y como preámbulo a la parte descriptiva de los resultados de la estrategia, éstos son dos puntos que se integran a los hallazgos o pautas de investigación reportadas en la literatura no solo sobre suicidio adolescente sino en general sobre la intervención psicológica: la factibilidad de diseños experimentales en entornos donde las variables del contexto y del participante no solo no son de fácil control sino que se buscaría mantenerlas así para acercarse cada vez más a los escenarios naturales donde se realizan intervenciones.

Desde el marco estadístico se ha logrado cumplir con los supuestos de las pruebas, o se han elegido pruebas que por su robustez permiten incluso violaciones a tales supuestos, pero el interés de la investigación en el campo de la psicología y salud va mucho más allá. Pretende que la evidencia empírica se aproxime a lo que se enfrenta el clínico cotidianamente para que verdaderamente pueda hacer uso de tales resultados y recomendaciones. Se reconoce que con muestras de mayor tamaño puedan observarse diferencias a otro nivel, por ejemplo, teniendo más mujeres y más varones participantes.

No obstante, el factor cultural y el mismo factor de género se manifiestan, además de las circunstancias socioeconómicas que prevalecen en este tipo de escenarios escolares. Más aún, no se tienen identificadas modalidades de tratamiento que mejor funcionen con adolescentes, y la poca evidencia reportada en la literatura corresponde a grupos adolescentes cultural y económicamente diferentes al de nuestro país. En todo caso, serían deseables investigaciones con diseños que contrasten estos aspectos y que evalúen el efecto de tales diferencias sobre la factibilidad y efectividad de las intervenciones psicológicas, no solamente la adaptación de técnicas o procedimientos para un fenómeno tan complejo como el del riesgo suicida adolescente.

Por lo anterior se presentan en la siguiente sección cinco puntos de investigación ulterior sobre la prevención del suicidio en adolescentes estudiantes.

7.4 Sugerencias para estudios futuros.

Punto 1: colaboración dentro del entorno escolar. Se implementa el programa de detección en una escuela secundaria pública con el fin de referir a tratamiento a los alumnos en riesgo suicida. Mientras que la participación de los alumnos es exitosa, algunos maestros se quejan de que con el par de horas que se ha dedicado a la identificación ahora ellos no podrán cumplir con el programa escolar mientras que otros desconocen del programa preventivo por fallas de comunicación con los directivos de la institución. La situación anterior refleja una carencia importante en nuestro sistema educativo: un espacio tanto para la prevención de problemas psicológicos como para la promoción del bienestar emocional dentro de la currícula y el presupuesto escolar. En países como Nueva Zelanda o Australia, los programas de tamizaje o identificación son subvencionados por el gobierno y existen iniciativas de ley para que ningún niño o adolescente quede sin ser identificado y referido a las instancias correspondientes. Es claro que en nuestro país es lejana la posibilidad de la inclusión de estos programas a la currícula, pero no así la posibilidad de integrar grupos externos de psicólogos especializados en la intervención con adolescentes en riesgo suicida. Por un lado, se crearían de este modo espacios para profesionales de la salud mental y, por otro, de promoción y prevención; un equipo especializado que colabore con la planta docente y demás personal de la escuela.

¿Cómo debe organizarse entonces la evidencia empírica de la efectividad de las estrategias de intervención en los escenarios escolares para que pueda constituirse como fundamento para el desarrollo de políticas de salud y educación? ¿Cuál es la aportación de la investigación en psicología clínica y epidemiológica para un plan o estrategia nacional de prevención del suicidio adolescente?

Punto 2: desmitificación del fenómeno. En otra escuela secundaria se llevan a cabo entrevistas para determinar el riesgo suicida después de un tamizaje. Al iniciar el proceso, los orientadores de la institución desean intervenir de tal forma que principios como la confidencialidad se ven amenazados. No solamente persisten entre la planta de orientadores o psicólogos escolares mitos como los de la manipulación a través de la amenaza suicida, sino que se subestima al adolescente en su capacidad para reconocer y hacer uso de los recursos personales para afrontar la crisis suicida o depresiva. Se ha documentado ampliamente el cómo y por qué los programas de prevención del suicidio deben llevarse a cabo por equipos de profesionales ajenos a la institución educativa con el apoyo de los que ahí laboran mas no con una participación directa de éstos. Complementariamente, existen programas de apoyo dirigidos al personal docente donde participan equipos de psicólogos diferentes a los equipos que trabajan directamente con los adolescentes, al igual que grupos de psicólogos que trabajen con los padres de familia. Son dimensiones distintas de intervención ante un problema común.

¿Cómo hacer llegar a la población general los beneficios de establecer programas preventivos de suicidio en las escuelas y desmitificar el que hablar del problema genera ideas de cómo quitarse la vida?

Punto 3: intervenir en el escenario escolar. Se ofrece psicoterapia individual o grupal para aquellos adolescentes detectados en riesgo en un centro externo de atención psicológica. La tasa de asistencia es baja y en mínima proporción al interés mostrado tanto por los adolescentes como por sus papás o tutores. Ente las razones, sobresale la económica: los padres no fácilmente pueden pedir permiso de sus trabajos o tienen la capacidad de no percibir ingreso por la tarde de ausencia en el trabajo. Después de un par de sesiones, los padres dejan de llevar a los adolescentes al centro de servicios psicológicos. ¿Qué pasa con aquellos que nunca acudieron? Los mismos adolescentes reportan que los padres no tienen interés en llevarlos al centro de servicios o ellos mismos no desean o están listos para compartir con los padres la existencia de un problema emocional, sobre todo porque casi en la totalidad de los casos esa situación de conflicto que ha derivado en depresión o riesgo suicida proviene de la dinámica familiar o contexto sociodemográfico del adolescente y su familia.

¿La alternativa? Llevar el tratamiento a la escuela y hacer frente a toda una serie de retos por lo que esta opción implica; sin embargo, de acuerdo a lo reportado en la literatura de investigación ésta parece ser la modalidad más factible y aorable, al menos con aquellos adolescentes de nivel secundario. ¿Cuál debe ser el papel de las instancias oficiales en educación y salud en la provisión de recursos para la implementación e integración de programas preventivos?

Punto 4: diferencias individuales. Dentro de las motivaciones para el suicidio, los adolescentes más jóvenes (secundaria) reportan el impacto de la esfera familiar mientras que los más grandes (preparatoria) hablan de la dimensión interpersonal. ¿El factor común? Los gestos y tentativas de suicidio. ¿La homogeneidad de los recursos o estilos de afrontamiento? Inexistente. Cuando los padres del adolescente de doce o trece años se dan cuenta que gran parte de la depresión del chico se deriva de la violencia doméstica o de la adversidad económica y déficit de calidad en la relación, retiran al adolescente del tratamiento eventualmente. Cuando el adolescente de 17 años percibe su ambiente familiar como insoportable o se ve a sí mismo como una carga para la economía del hogar, deja la escuela, huye de casa, o se incorpora a otras actividades que le recompensen de forma más inmediata como las drogas o la prostitución. El tratamiento deja de ser atractivo y funcional porque el adolescente tiene ahora que ocuparse de su supervivencia. Si a este esquema se agrega la disponibilidad de medios para el suicidio, o la pericia en el uso de tales medios, los índices de riesgo-rescate disminuyen y la letalidad de la conducta aumenta. Si se integra al contexto sociodemográfico de la mayoría de la población adolescente mexicana, la oportunidad de que su entorno se modifique, al menos para bien, es pobre.

¿Se hace suficiente investigación psicológica clínica como el estudio de caso para entender el proceso suicida en la población adolescente mexicana? ¿Cómo se puede integrar o establecer una bidireccionalidad entre la evidencia clínica y la epidemiológica?

Punto 5: diferencias de género. Mientras que no se ha encontrado evidencia de que existan diferencias de acuerdo al nivel socioeconómico o cultural para el riesgo suicida, sí se encuentran algunas diferencias de acuerdo al sexo, al menos estadísticamente en las estimaciones de riesgo, presentando el doble de riesgo las mujeres respecto a los hombres para la ideación, planeación e intento. Sin embargo, ¿qué pasa en el proceso terapéutico? Al parecer, los varones de secundaria se sienten más cómodos con terapeutas varones, y lo mismo con las chicas y terapeutas mujeres; conforme aumentan en edad tal predilección parece desvanecerse. Tales situaciones se han documentado independientemente del motivo de consulta y se asocian más a cuestiones de género y cultura.

¿Cuál es el papel que se espera de los adolescentes varones y mujeres en cuanto a la búsqueda de ayuda psicológica? ¿Qué áreas del desarrollo adolescente pueden resultar mediadas o moderadas por la cultura e idiosincrasia mexicana y reflejarse en cualquier proceso terapéutico? Sabemos, por ejemplo, que los adolescentes varones son más vulnerables a trastornos emocionales y que las adolescentes mujeres son más resilientes, pero ¿cómo contribuyen estas diferencias a la efectividad del tratamiento del adolescente suicida?

Referencias

- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Baity, M. R., & Blagys, M. D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment, 75*(1), 82-109.
- Adler, L., Angrist, B., Peselow, E., Corwin, J., & Rotrosen, J. (1985). Efficacy of propranolol in neuroleptic-induced akathisia. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 5*, 164-166.
- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal, 325*, 74.
- American Foundation for Suicide Prevention. (2001). *Reporting a Suicide: Recommendations for the Media*. Disponible en internet: www.afsp.org (consultado el 7 de junio de 2005).
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Versión electrónica*. España: MASSON.
- Anderson, R. N. (2002). Deaths: leading causes for 2000. *National Vital Statistics Reports, 50*(16). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*, 655-662.
- Andrus, J. K., Fleming, D. W., Heumann, M. A., Wassell, J. T., Hopkins, D. D., & Gordon, J. (1991). Surveillance of attempted suicide among adolescents in Oregon, 1988. *American Journal of Public Health, 81*, 1067-1069.
- Apter, A., Bleich, A., King, R., et al. (1993a). Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Archives of General Psychiatry, 50*, 138-142.
- Apter, A., Plutchik, R., & van Praag, H. M. (1993b). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*, 1-5.
- Archer, R. P. (2000). *MMPI-A Interpretive System*. Estados Unidos: Psychological Assessment Resources.
- Archer, R. P. (2005). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Arango, V., Underwood, M. D., Boldrini, M., et al. (2001). Serotonin 1A receptors, serotonin transporter binding and serotonin transporter mRNA expression in the brainstem of depressed suicide victims. *Neuropsychopharmacology, 25*, 892-903.
- Aronson, S., & Scheidlinger, S. (1995). Group treatment of suicidal adolescents. En Zimmerman, J. K., Asnis, G. M. (Eds.) *Treatment approaches with suicidal adolescents*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Asarnow, J., Carlson, G., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 55*, 361-366.
- Bancroft, J., Hawton, K., & Simkin, S. (1979). The reasons people give for taking overdoses: a further inquiry. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 353-365.
- Barracough, B. M., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry, 125*, 355-373.
- Barrera, A., Gómez, A., Jaar, E., Núñez, C., Orellana, G., & Lolas, F. (1993). Percibirse sin apoyo social predispone al intento suicida. *Anales de Salud Mental, 9*, 75-81.
- Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment, 82*, 60-70.
- Beautrais, A. L. (2001). Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry, 35*, 647-653.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*, 1174-1182.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 1543-1551.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1998). Psychiatric contacts among youths aged 13 through 24 years who have made serious suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*, 504-511.
- Bennett, P. J., McMahon, W. M., Watabe, J., et al. (2000). Tryptophan hydroxylase polymorphisms in suicide victims. *Psychiatric Genetics, 10*, 13-17.

- Berenzon, S., Medina-Mora, M. E., López, E. K., & González, J. (1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*, (15)2, 177-185.
- Berenzon, S., Tiburcio, M., & Medina-Mora, M. E. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28 (6), 33-40.
- Berman, A. L., & Jobes, D. A. (1995). Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25, 143-154.
- Berman, A. L., & Jobes, D. A. (1999). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. Estados Unidos: American Psychological Association.
- Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. Estados Unidos: American Psychological Association Press.
- Blake, S. M., Ledsky, R., Lehman, T., Goodenow, C., Sawyer, R., & Hack, T. (2001). Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *American Journal of Public Health*, 91, 940-946.
- Boehm KE, & Campbell NB. (1995). Suicide: a review of calls to an adolescent peer listening phone service. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 61-66.
- Bonger, B. (1992). *Suicide Guidelines for Assessment, Management and Treatment*. Reino Unido: Oxford University Press.
- Boor, M., & Bair JH. (1990). Suicide rates, handgun control laws, and socio-demographic variables. *Psychological Report*, 66, 923-930.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36(12), 1747-1758.
- Borges, G., Anthony, J., & Garrison, C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiologic investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiologic Reviews* 17, 228-239.
- Borges, G., Rosovsky, H., Caballero, M. A., & Gómez, C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Instituto Mexicano de Psiquiatría Anales* 5, 15-21.
- Borges, G., Rosovsky H, Gomez, C., & Gutierrez R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1993. *Salud Pública*, 38(3), 197-206.
- Borges, G., Wilcox, H., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J., & Walters E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28 (2), 40-47.
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum RW. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 573-580.
- Brent, D. A. (1997). The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 277-286.
- Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Bridge, J. (2000). Compliance with recommendations to remove firearms in families participating in a clinical trial for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1220-1226.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson BA, & Connolly J. (1996). Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1145-1152.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko D., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.
- Brent, D. A., Kerr, M. M., Goldstein, C., Bozigar, J., Wartella, M. E., & Allan, M. J. (1989). An outbreak of suicide and suicidal behavior in high school. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 918-924.
- Brent, D. A., & Moritz, G. (1996). Developmental pathways to adolescent suicide. En Cicchetti, D., Toth, S. L. *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology Vol. 7. Adolescence: opportunities and challenges*. Estados Unidos: University of Rochester Press. pp. 233-258.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Allman CJ, Moritz, G. M., Wartella, M. E., & Zelenak JZ. (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *The Journal of the American Medical Association* 266, 2989-2995.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein CE., et al. (1988). Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz G., et al. (1993a). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 521-529.

- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz GM., et al. (1993b). Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1189-1197.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz G., et al. (1993c). Stressful life events, psychopathology and adolescent suicide: a case control study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23, 179-187.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G. M., Baugher, M., Schweers, J., & Ross, C. (1993d). Firearms and adolescent suicide: a community case-control study. *American Journal of Disorders in Childhood*, 147, 1066-1071.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz GM., et al. (1993e). Adolescent witness to a peer suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1184-1188.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz G., et al. (1994a). Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 52-58.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G. M., Liotus, L., Schweers, J., & Canobbio, R. (1994b). Major depression or uncomplicated bereavement? A follow-up of youth exposed to suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 231-239.
- Bridge, J. A., Brent, D., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1997). Familial aggregation of psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 628-636.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson JG, & Smailes EM. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496.
- Brown, G. K., Have, T. T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 563-570.
- Butcher, J. N. (1990). *The MMPI-2 in psychological treatment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (2000). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation*. Estados Unidos: Universidad de Minnesota.
- Cantor, C. H., & Baume, P. J. (1998). Access to methods of suicide: what impact? *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 8-14.
- Cantor, C. H., & Slater, P. J. (1995). The impact of firearm control legislation on suicide in Queensland: preliminary findings. *Medical Journal of Australia*, 162, 583-585.
- Capuzzi, D., & Golden, L. (1988). *Preventing Adolescent Suicide*. Estados Unidos: Accelerated Development Incorporated.
- Carrell, S. (2000). *Group Exercises for Adolescents: A Manual for Therapists*. Estados Unidos: SAGE Publications Incorporated.
- Carrington, P. J., & Moyer, S. (1994). Gun control and suicide in Ontario. *Journal of Psychiatry*, 151, 606-608.
- Castelli, P., & Serrano, C. (1998). Caracterización del paciente que acude por intento suicida a un hospital general. *Acta psiquiátrica psicológica América Latina*, 44(3), 268-277.
- Centers for Disease Control and Prevention (1992). *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*. Estados Unidos: CDC.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Programs for the prevention of suicide among adolescents and young adults; y Suicide contagion and the reporting of suicide: recommendations from a national workshop. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43, 1-19.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1995). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1993. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44(SS01), 1-56.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1996). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1995. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45(SS04), 1-84.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1997. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47(SS03), 1-89.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49(SS05), 1-96.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). *Mortality Query, CDC Wonder, Data and Statistics*. (<http://wonder.cdc.gov/mortsql.html>; consultado el 7/06/05).
- Chandler, J. D. (1990). Propranolol treatment of akathisia in Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 475-477.
- Chang, E. C. (2002). Predicting suicide ideation in an adolescent population: examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality & Individual Differences* 32, 1279-1291.
- Choquet, M., & Menke H. (1989) Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 170-177.
- Ciffone, J. (1993). Suicide prevention: a classroom presentation to adolescents. *Social Work*, 38, 197-203.

- Coccaro, E. F., & Kavoussi, R. J. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1081-1088.
- Coggan, C. A., Fanslow, J. L., & Norton, R. N. (1995). *Intentional Injury in New Zealand*. Wellington: Public Health Commission.
- Cohen, E. L., Wyman PA, Work WC, & Parker GR. (1990). The Rochester child resilience project: Overview and summary of first year findings. *Development and Psychopathology* 2, 193-212.
- Cole, D. A. (1988). Hopelessness, social desirability, depression, and parasuicide in two college student samples. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 131-136.
- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 248-255
- Compas, B. E., Hinden BR, & Gerhardt CA. (1995). Adolescent Development: Pathways and Processes of Risk and Resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.
- Corder, B. F. (1994). *Structured adolescent psychotherapy groups*. Estados Unidos: Professional Resource Press.
- Corder, B. F. (2000). *Structured psychotherapy groups for sexually abused children and adolescents*. Estados Unidos: Professional Resource Press.
- Corder, B. F., Whiteside, L., & Haizlip TM. (1981). A study of curative factors in group psychotherapy with adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 345-354.
- Corder, B. F., Haizlip, T., & Deboer, P. (1990). Pilot study for a structured, limited therapy group for sexual abused pre-adolescent children. *Child Abuse & Neglect*, 14, 243-251.
- Cotgrove, A., Zirinsky, L., Black, D., & Weston, D. (1995). Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 569-577.
- Courtet, P., Baud, P., Abbar M., et al. (2001). Association between violent suicidal behavior and the low activity allele of the serotonin transporter gene. *Molecular Psychiatry*, 6, 338-341
- Cummings, P., Koepsell TD, Grossman DC, Savarino, J., & Thompson RS. (1997). The association between the purchase of a handgun and homicide or suicide. *American Journal of Public Health*, 87, 974-978
- Cutright, P., & Fernquist RM. (2000). Firearms and suicide: the American experience, 1926-1996. *Death Studies* 24, 705-719
- Davis JM, & Sandoval J. (1991). *Suicidal Youth: School-Based Intervention and Prevention*. Estados Unidos: Jossey-Bass
- Demetriades, D., Murray, J., Myles D., et al. (1998). Epidemiology of major trauma and trauma deaths in Los Angeles County. *Journal of the American College of Surgeons* 187, 373-383
- de Wilde, E., & Kienhorst I. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45-51
- Diekstra, R. (1985). Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends with special emphasis upon trends among the young. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 5, 27-42
- Diekstra, R., & Garnefski, M. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 36-57.
- Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for Adolescents Following a Suicide Attempt: Results of a Pilot Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 113-120.
- Donaldson, D., Spirito, A., & Overholser J. (2003). Treatment of adolescent suicide attempters. En; Spirito, A., Overholser J. (Eds). *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (pp. 295-321). Estados Unidos: Academic Press
- Du, L., Faludi, G., Palkovits, M., Bakish, D., & Hrdina PD. (2001). Serotonergic genes and suicidality. *Crisis*, 22, 54-60
- Durkheim, E. (1897/2002). *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25, 276-296
- Emslie, G. J., & Mayes, T. L. (2001). Mood disorders in children and adolescents: psychopharmacological treatment. *Biological Psychiatry*, 49, 1082-1090
- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., et al. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1031-1037
- Etzersdorfer, E., & Sonneck, G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research* 4, 67-74
- Etzersdorfer, E., Sonneck, G., & Nagel-Kuess, S. (1992). Newspaper reports and suicide. *New England Journal of Medicine*, 327, 502-503
- Farmer, R., & Creed F. (1989). Life events and hostility in self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, 154, 390-395
- Faulkner, A. H., & Cranston, K. (1998). Correlates of same-sex behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *American Journal of Public Health*, 88, 262-266

- Fekete, S., & Macsai, E. (1990). Hungarian suicide models, past and present. En: *Suicidal Behavior and Risk Factors*, Ferrari, G., ed. Bologna: Monduzzi Editore, pp 149-156
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1365-1374.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 612-622
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39
- Finn, S. E. (1996). *Using the MMPI-2 as a Therapeutic Intervention*. Minneapolis: University of Minnesota Press
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992). The therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting psychotherapy. *Psychological Assessment*, 4, 278-287.
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Fischer, C. T. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Frankenfield, D. L., Keyl, P. M., Gielen, A., Wissow LS, Werthamer, L., & Baker SP. (2000). Adolescent patients: healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154, 162-168.
- Garland, A. F., & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *American Psychologist* 48, 169-182.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. En: *Recent research in developmental psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book*. Stevenson, J. E. (Ed.) Supplement 4 (pp.213-233). Oxford: Pergamon Press.
- Garofalo, R., Wolf, R., Cameron, M. S., Kessel, S., Palfrey, J., & DuRant RH. (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 101, 895-902.
- Garrison, C. Z., Lewinsohn, P., Marsteller F, Langhinrichsen, J., & Lann I. (1991). The assessment of suicidal behavior in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 217-231.
- Garrison, C. Z., McKeown RE, Valois RF, & Vincent ML. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83, 179-184.
- Giaconia, R. M., Reinherz HZ, Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost AK, & Cohen E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Gibbs, J. T. (1997). African-American suicide: a cultural paradox. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27, 68-79.
- Gisper, M., Wheeler, K., Marsh, L., & Davis, M. (1985). Suicidal adolescents: Factors in evaluation. *Adolescence*, 20, 753-762
- Glowinski, A. L., Bucholz KK, Nelson EC., et al. (2001). Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1300-1307.
- Goldney, R. D., Winefield AH, Tiggemann, M., Winefield HR, & Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 481-489.
- Goldston, D. B. (2000). *Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents*. Estados Unidos: Technical report submitted to NIMH under Contract No. 263-MD-909995.
- Gómez-Castro, C., & Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*, 19(1), 45-55.
- González-Forteza CF. (1998). Estrés cotidiano psicosocial y respuestas enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. En: *Las aportaciones mexicanas de la psicología*. Alcaraz VM, Bouzas, A. (Coord.) México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Forteza, C., Berenzon, S., & Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 22(Esp), 145-153.
- González-Forteza, C., Berenzon, S., Tello AM, Facio, D., & Medina-Mora, M. E. (1998a). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública en México* 40(5), 430-437.
- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C., & Jiménez, A. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, V(19 sup), 33-37.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E., & Sánchez, M. A. (1998b). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3), 1-9.
- González-Forteza, C., & Jiménez, A. (1995). Alternativas en la prevención del suicidio en adolescentes. *Psicología y Salud* 5, 105-110.

- González-Forteza, C., & Jiménez, A. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6), 35-46.
- González-Forteza, C., Jiménez, A., & Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Anales, Reseña de la IX Reunión de Investigación* 5, 135-139
- González-Forteza, C., Mariño, M. C., Rojas, E., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 120-128.
- González-Forteza, C., & Ramos-Lira, L. (2001). Intento suicida y abuso sexual: prevalencia y asociación con el malestar emocional en adolescentes estudiantes. *1er Congreso de Responsables de Proyectos de Investigación de Ciencias Humanas y de la Conducta*. México: CONACYT
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, ME., et al. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., & Rojas, E. (1997). Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental*, 20 (4), 1-7.
- González-Macip, S., Díaz, A., Ortiz, S., González-Forteza, C., & González-Núñez, J. J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30
- Goodwin, R., Gould, M. S., Blanco, C., & Olfson, M. (2001). Prescription of psy-chootropic medications to youths in office-based practice. *Psychiatric Services* 52, 1081-1087.
- Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. En: *Suicide Prevention: Clinical and Scientific Aspects*, *Annals of the New York Academy of Sciences*, Hendin H, Mann, J. J., eds. Nueva York: New York Academy of Sciences.
- Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1155-1162.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald S., et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31 S\5-323.
- Gould, M. S., & Kramer RA. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(suppl), 6-31.
- Gould, M. S., Petrie, K., Kleinman, M., & Wallenstein, S. (1994). Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *International Journal of Epidemiology* 23, 1185-1189.
- Gould, M. S., Wallenstein, S., & Kleinman, M. (1990a). Time-space clustering of teenage suicide. *American Journal of Epidemiology*, 131, 71-78.
- Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M., O'Carroll, P., & Mercy J. (1990b). Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80, 211-212.
- Groholt, B., Ekeberg O, Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (1997). Youth suicide in Norway, 1990-1992: a comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27, 250-263.
- Groholt, B., Ekeberg O, Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (1998). Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 473-481.
- Groholt, B., Ekeberg O, Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (2000). Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 868-875.
- Grunbaum, J. A., Basen-Engquist, K., Pandey, D. (1998). Association between violent behaviors and substance use among Mexican-American and non-Hispanic white high school students. *Journal of Adolescent Health*, 23, 153-159.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen SA., et al. (2002). Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2001. *MMWR CDC Surveillance Summary* 51(SS4), 1-64.
- Guo, G., & Harstall, C. (2002). *Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children and Youth*. HTA 26: Services A Health Technology Assessment. Alberta, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Disponible en internet (consultado el 7/06/05): www.gov.ns.ca/health/policywatch/mhc.html. Health Technology Assessment, Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Hallfors, D., Brodish, P. H., Khatapoush, S., Sanchez, V., Cho, H., & Steckler, A. (2006). Feasibility of Screening Adolescents for Suicide Risk in "Real-World" High School Settings. *American Journal of Public Health*, 96(2), 282-287.
- Hamilton, M. S., & Opler, L. A. (1992). Akathisia, suicidality, and fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 401-406
- Harrington, R., Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, 32-45.

- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., et al. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 512-518.
- Hassan R. (1995). Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: a research note. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 29, 480-483.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend E. (2001) Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend E., et al. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal* 317, 441-447.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman E., et al. (2002). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, CD001764.
- Hawton, K., Townsend, E., Deeks J., et al. (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *British Medical Journal* 322, 1203-1207.
- Hayden, D. C., & Lauer, P. (2000). Prevalence of suicide programs in schools and roadblocks to implementation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30, 239-251.
- Haynes, R. H. (1987). Suicide and social response in Fiji: a historical survey. *British Journal of Psychiatry*, 151, 21-26.
- Hazell, P. (1993). And Adolescent ent suicide clusters: evidence, mechanisms and prevention. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 27, 653-665.
- Hazell, P., & King R. (1996). Arguments for and against teaching suicide prevention in schools. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 30, 633-642.
- Hazell, P., & Lewin, T. (1993). An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23, 101-109.
- Heath, A. C., Howells, W., Bucholz, K. K., Glowinski, A. L., Nelson, E. C., & Madden, P. A. (2002). Ascertainment of a mid-western US female adolescent twin cohort for alcohol studies: assessment of sample representativeness using birth record data. *Twin Research*, 5, 107-112.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltsberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in Psychotherapy with Suicidal Patients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 67-72.
- Hernández, Q., & Lucio E. (2002, octubre). Modelo de Evaluación Clínica para Adolescentes en Riesgo: Estudio de Caso. Trabajo presentado en el X Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, Guerrero.
- Hernández, Q., & Lucio E. (2003, julio). Detección del Riesgo Suicida en Adolescentes Mexicanos. Trabajo presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Lima, Perú.
- Hernandez-Cervantes, Q., & Lucio E. (2005, julio). Stressful Life Events and Personality Traits of Mexican Adolescents at Risk of Suicide. Trabajo presentado en el 26o Congreso de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Estrés y Ansiedad, Halle, Alemania.
- Hernández-Cervantes, Q., & Lucio E. (2006). Evaluación del Riesgo Suicida y Estrés Asociado en Adolescentes Estudiantes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, (23)1, 45-52.
- Híjar, M., Rascón, R., Blanco, J., & López, M. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*, 19(4), 14-21.
- Hilton, S. C., Fellingham GW, & Lyon, J. L. (2002). Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *American Journal of Epidemiology* 155, 413-419.
- Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (1998). *Psychiatric Disorder and Treatment Seeking in a Birth Cohort of Young Adults*. Wellington: Ministry of Health.
- Hovey, J. D. (1999). Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. *Psychological Report*, 85, 171-177.
- Howard-Pitney, B., LaFromboise TD, Basil, M., September, B., & Johnson, M. (1992). Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in Zuni adolescents. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 473-476.
- Hulten, A., Jiang, G. X., Wasserman D., et al. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 161-169
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *XII Censo Nacional de Población y Vivienda*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios, Cuaderno Núm. 7* México: INEGI.
- Isacson, G. (2000). Suicide prevention: a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 113-117
- Ishii, K.(1991). Measuring mutual causation: effect of suicide news on suicides in Japan. *Social Science Research* 20, 188-195.

- Isometsä, E., Henriksson, M., Marttunen, M., Heikkinen, M., Aro H, Kuoppasalmi, K., & Lönnqvist J. (1995) Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *British Medical Journal* 310, 1366-7.
- Jacobs, D. G., Ed. (1999). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Estados Unidos: Jossey-Bass.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy* 15, 336-352.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jiménez, A., Díaz-Ceballos, M. A. (1998). Suicidio: factores de riesgo. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 41(3), 104-107.
- Joffe, R. T., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1988). Ontario Child Health Study: suicidal behavior in youth aged 12-16 years. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1420-1423.
- Johnson, B. A., Brent, D. A., Bridge, J., & Connolly, J. (1998). The familial aggregation of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 18-24.
- Johnson, J., Weissman, M. M., Klerman GL. (1990). Panic disorder, comorbid-ity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47, 805-808.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-749.
- Joiner, T. E., Pfaff, J. J., & Acres, J. G. (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behavior Research and Therapy*, 40, 471-481.
- Jonas, K. (1992). Modelling and suicide: a test of the Werther effect. *British Journal of Social Psychology*, 31, 295-306
- Kalafat, J., & Elias, M. (1994). An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 24, 224-233.
- Kalafat, J., & Elias, M. (1995). Suicide prevention in an educational context: broad and narrow foci. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25, 123-133.
- Kalafat, J., & Gagliano, C. (1996). The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26, 359-364.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Marttunen, M., Rimpela, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319, 348-351.
- Kandel, D. B. (1988). Substance use, depressive mood, and suicidal ideation in adolescence and young adulthood. En: *Advancement in Adolescent Mental Health*, Stiffman, A. R., Feldman, R. A., (Eds.) Greenwich, CT: JAI Press, pp 127-142.
- Kashani, J. H., Goddard, P., & Reid, J. C. (1989). Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 912-917.
- Kazdin, A. E. (1999). *Psychotherapy for Children and Adolescents: Directions for Research and Practice*. Estados Unidos: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (Ed.) (2003). *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research*. Estados Unidos: American Psychological Association.
- Keller, M. B., Ryan, N. D., Strober, M., et al. (2001). Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 762-772.
- Kellermann, A. L., Rivera, F. P., Simes, G., et al. (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 327, 467-472.
- Kessel, N., & McCulloch W. (1966). Repeated acts of self-poisoning and self injury. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59, 89-92.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 36, 617-626.
- King, R. A., & Apter, A. (2003). *Suicide in Children and Adolescents*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- King, C. A., Hovey JD, Brand, E., Wilson, R., & Ghaziuddin, N. (1997). Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 85-93.
- King, G. D. (1977). An evaluation of the effectiveness of a telephone counseling center. *American Journal of Community Psychology*, 5, 75-83.
- King, J. D., & Kowalchuk B. (1994). *Manual for Inventory of Suicide Orientation-30 (ISO-30)*. Estados Unidos: National Computer Systems.

- King, K. A., Price JH, Telljohann SK, & Wahl J. (1999). High school health teachers' perceived self-efficacy in identifying students at risk for suicide. *Journal of School Health*, 69, 202-207.
- King, K. A., & Smith J. (2000). Project SOAR: a training program to increase school counselors' knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. *Journal of School Health*, 70, 402-407.
- King, R. A., Riddle, M. A., Chappell PB., et al. (1991). Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescents during fluoxetine treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 179-186.
- Kirby, D. (1985). Sexuality education: a more realistic view of its effects. *Journal of School Health*, 55, 421-424.
- Kirk, W. G. (1993). *Adolescent Suicide: A School-Based Approach to Assessment & Intervention*. Estados Unidos: Research Press.
- Klingman, A., & Hochdorf Z. (1993). Coping with distress and self harm: the impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence*, 16, 121-140.
- Kruesi, M. J., Grossman, J., Pennington, J. M., Woodward, P. J., Duda, D., & Hirsch, J. G. (1999). Suicide and violence prevention: parent education in the emergency department. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 250-255.
- Krug, E. G., Powell, K. E., & Dahlbert, L. L. (1998). Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. *International Journal of Epidemiology*, 27, 214-221.
- Leenaars, A. A., & Wenckstern, S. (1991). *Suicide Prevention in Schools*. Estados Unidos: Hemisphere Publishing.
- Lester, D. (1992). Religiosity, suicide and homicide: a cross-national examination. *Psychological Report*, 71, 1282.
- Lester, D. (1997). The effectiveness of suicide prevention centers: a review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27, 304-310.
- Lester, D., & Leenaars, A. (1993). Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. *Psychological Report*, 72, 787-790.
- Lester, D., & Murrell, M. (1980). The influence of gun control laws on suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 137, 121-122.
- Lester, D., & Murrell, M. (1982). The preventive effect of strict gun control laws on suicide and homicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 12, 131-141.
- Lester, D. M. (1986). The influence of gun control laws on personal violence. *Journal of Community Psychology*, 14, 315-318
- Letizia, C., Kapik, B., & Flanders, W. D. (1996). Suicidal risk during controlled clinical investigations of fluvoxamine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 4 15-421.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 60-68.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 297-305.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science & Practice* 3, 25-36.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Baldwin CL. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 427-434.
- Lewis, M. W., & Lewis, A. C. (1996). Peer helping programs: helper role, supervisor training, and suicidal behavior. *Journal of Counseling & Development*, 74, 307-313.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavior therapy of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M., Armstrong HE, Suarez, A., Allmon, D., & Heard HL. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Loftin, C., McDowall, D., Wiersema, B., & Cottey, T. J. (1991). Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 325, 1615-1620.
- Loza, G., & Lucio E. (1995). *Estudio de las características del paciente con conducta suicidas, usuario del sistema de apoyo psicológico por teléfono (SAPTEL)*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México
- Loza, G., Lucio, E., & Durán, C. (1998). Comparación entre la personalidad del adolescente con intento suicida y sin intento suicida. *La Psicología Social en México VII*, 80-85.
- Lucio, E., Ampudia, A., & Durán, C. (1998). *MMPI-A: Manual para la aplicación y calificación*. México: Manual Moderno
- Lucio, E., Duran, C., Graham, J. R., & Ben-Porath, Y. S. (2002). Identifying faking bad on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory—Adolescent with Mexican Adolescents. *Assessment*, 9(1), 62-69.
- Lucio, E., & Durán, C. (2003). *Cuestionario de Sucesos de Vida versión Adolescentes*. México: Manual Moderno
- Lucio, E., Durán, C., León I, & Hernández, Q. (2003). *Información sociodemográfica forma adolescentes*. Cuestionario sólo para investigación. UNAM: Facultad de Psicología.
- Lucio, E., Loza, G., & Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Psicología Contemporánea* 7(2), 58-65.

- Lucio, E., Hernandez-Cervantes, Q. (2006, mayo). *Using the MMPI-A in a Mexican School-based Youth Suicide Prevention Program*. Trabajo presentado en el 41er Simposio sobre el MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, Estados Unidos
- Ludwig, J., & Cook, P. J. (2000). Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. *The Journal of the American Medical Association* 284, 585-591.
- Mackesy-Amiti, M. E., Fendrich, M., Libby, S., Goldenberg, D., & Grossman, J. (1996). Assessment of knowledge gains in proactive training for postvention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26, 161-174.
- Mann, J. J. (Ed) (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 294 16, 2064-2074.
- Mann, J. J., & Stoff, D. M. (1997). A synthesis of current findings regarding neuro-biological correlates and treatment of suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences* 836, 352-363.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Marcenko, M. O., Fishman, G., & Friedman, J. (1999). Reexamining adolescent suicidal ideation: a developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 121-138.
- Marshall, S. E., Bird TG, Hart, K., & Welsh KI. (1999). Unified approach to the analysis of genetic variation in serotonergic pathways. *American Journal Medical Genetics*, 88, 621-627.
- Martin, G., Clark, S., & Beckinsale, P. (1997). *Keep Yourself Alive: Prevention of Suicide in Young People. A Manual for Health Professionals*. Australia: Australian Commonwealth Government.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lonnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 48, 834-839.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lonnqvist, J. K. (1994). Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 490-497.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lonnqvist, J. (1992). Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 649-654.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lonnqvist, J. K. (1993). Precipitant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1178-1183.
- Mazza, J. J. (2000). The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30, 91-103.
- McCormick, N., Folcik, J., & Izzo, A. (1985). Sex-education needs and interests of high school students in a rural New York county. *Adolescence*, 20, 581-592.
- McDaniel, J. S., Purcell, D., & D'Augelli, A. R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: research findings and future directions for research and prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(suppl), 84-105.
- McGuffin, P., Marusic, A., & Farmer, A. (2001). What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*, 22, 61-65
- McKeown, R. E., Garrison, C. Z., Cuffe, S. P., Waller, J. L., Jackson, K. L., & Addy, C. L. (1998). Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 612-619.
- McLeavy, B., Daly, R., Ludgate, J., & Murray, C. (1994). Intrapersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 382-394.
- Medina-Mora, M. E. (2005). Prevention of substance abuse: a brief overview. *World Psychiatry*, 4(1), 25-30.
- Medina-Mora, M. E., López LE, Villatoro, J. A., Juárez F, Carreño, S., Berenzon, G. S., & Rojas, G. E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de substancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Anales, Reseña de la IX Reunión de Investigación* 5, 7-14.
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24 (4), 3-19.
- Medina-Mora, M. E., Rascón, M., & Tapia, C. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 3, 48-55.
- Medoff, M. H., & Magaddino JP. (1983). Suicides and firearm control laws. *Evaluation Review*, 7, 357-372.
- Meltzer, H. Y. (2001). Treatment of suicidality in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences* 932, 44-58.
- Mercy, J. A., Kresnow, M. J., O'Carroll PW., et al. (2001). Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts. *American Journal of Epidemiology* 154, 120-127.
- Michel, K., Frey, C., Wyss, K., & Valach, L. (2000). An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis*, 21, 1-10.

- Middlebrook, D. L., LeMaster, P. L., Beals, J., Novins, D. K., & Manson, S. M. (2001). Suicide prevention in American Indian and Alaska Native communities: a critical review of programs. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31. (suppl), 132-149.
- Miller AL, Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S., & Leigh, E. (1997a). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal Pract Psychol Behavior Health*, 3, 78-86.
- Miller, D. N., Eckert, T. L., DuPaul, G. J., & White, G. P. (1999). Adolescent suicide prevention: acceptability of school-based programs among secondary school principals. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29, 72-85.
- Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P., & Weissman, M. (1997b). Religiosity and depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1416-1425.
- Miller, M., & Hemenway, D. (1999). The relationship between firearms and suicide: a review of the literature. *Aggressive & Violent Behavior*, 4, 59-75.
- Minayo, M. C. S., Cavalcante, F. G., & Souza, E. R. (2006). Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1587-1596.
- Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (2001). Helplines and Crisis intervention services: challenges for the future. En: *Suicide Prevention: Resources for the Millennium*, Lester, D., (Ed.) Philadelphia: Brunner/Mazel, pp 153-171.
- Mitchell, J. P., Nock, M. K., Spirito, A., & Grapentine, W. L. (2001). Multimethod Assessment of Suicidality in Adolescent Psychiatric Inpatients: Preliminary Results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1053-1061.
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20-27.
- Morey, R. E., Miller, C. D., Rosen, L. A., & Fulton, R. (1993). High school peer counseling: the relationship between student satisfaction and peer counselors' style of helping. *School Counseling*, 40, 293-300.
- Myers, W. C., Otto TA, Harris, E., Diaco, D., & Moremo, A. (1992). Acetaminophen overdose as a suicidal gesture: A survey of adolescents' knowledge of its potential for toxicity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 686-690.
- National Center for Health Statistics. (Centers for Disease Control and Prevention). (1999). Datos de *Division of Vital Statistics, Mortality Statistics Branch*. Bethesda, MD: National Center for Health Statistics.
- Neeleman, J. (1998). Regional suicide rates in the Netherlands: does religion still play a role? *International Journal of Epidemiology* 27, 466-472.
- Neeleman, J., & Lewis, G. (1999). Suicide, religion, and socioeconomic conditions: an ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53, 204-210.
- Nelson, F. (1987). Evaluation of a youth suicide prevention school program. *Adolescence*, 88, 813-825.
- Neumeister, A., Konstantinidis, A., Stastny J., et al. (2002). Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism. (5HTTLPR) and behavioral responses to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 613-620.
- Nielsen, D. A., Goldman, D., Virkkunen, M., Tokola, R., Rawlings, R., & Linnoila, M. (1994). Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Archives of General Psychiatry*, 51, 34-38.
- Nielsen, D. A., Virkkunen, M., Lappalainen J., et al. (1998). A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 55, 593-602.
- Knock, M. K., Goldman, J. L., Wang, M. A. Y., & Albano, A. M. (2004). From Science to Practice: The Flexible Use of Evidence-Based Treatments in Clinical Settings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 777-780.
- Nordstrom, P., Samuelsson, M., Asberg M., et al. (1994). CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 24, 1-9.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- Offer, D., Howard KI, Schonert KA, & Ostrov E. (1991). To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and nondisturbed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 623-630.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., & Pincus, H. A. (2002a). National trends in the use of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1914-1920.

- Olfson, M., Marcus SC, Weissman, M. M., & Jensen PS. (2002b). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 514-521.
- Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 11-25.
- Orbach, I., & Bar-Joseph H. (1993). The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23, 120-129.
- Organización Mundial de la Salud. (1988). *Preventing Suicide: A Resource for Teachers and other School Staff*. Génova: WHO Department of Mental Health.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *WHO Report on Mental Health 2001*. Génova: WHO Office of Publications.
- Ottino, J. (1999). Suicide attempts during adolescence: Systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis*, 20, 41-48.
- Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert KL, & Brinkman DC. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 919-928.
- Overholser, J. C., Hemstreet, A., Spirito, A., & Vyse, S. (1989). Suicide awareness programs in the schools: effect of gender and personal experience. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 925-930.
- Patton MQ. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Estados Unidos: SAGE.
- Pearson, J. L., Stanley, B., King, C., & Fisher, C. (2001). *Issues to Consider in Intervention Research With Persons at High Risk for Suicidality*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health. Disponible en internet: www.nimh.nih.gov/suicideresearch/highrisksuicide.cfm. (consultado el 7/06/05).
- Petersen, J. S. (1993). *Talk with Teens about Self & Stress*. Estados Unidos: Free Spirit Publishing.
- Petersen, J. S. (1995). *Talk with Teens about Feelings, Family, Relationships, & the Future*. Estados Unidos: Free Spirit Publishing.
- Pfaff, J., Acres, J., & Wilson, M. (1999). The role of general practitioners in para-suicide: a Western Australia perspective. *Archives of Suicide Research* 5, 207-214.
- Pfaff, J. J., Acres, J. G., & McKelvey, R. S. (2001). Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Medical Journal of Australia* 174, 222-226.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Lesser, M., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1991). Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 609-616.
- Piacentini, J., Rotheram-Borus, M. J., Gillis, J. R., et al. (1995). Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63, 469-473.
- Pillay, A. L., & Waasenaar, D. R. (1995). Psychological intervention, spontaneous remission, hopelessness, and psychiatric disturbance in adolescent parasuicides. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 386-392.
- Pilowsky, D. J., Wu, L., & Anthony, J. C. (1999). Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1545-1549.
- Platas, E. C., Saucedo, J. M., Higuera, F., & Cuevas, M. L. (1998). Funcionamiento psicosocial en menores que intentan suicidio. *Psiquiatría* 14(2), 51-55.
- Pojjula, S., Wahlberg, K. E., & Dyregrov, A. (2001). Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *International Journal of Emergency in Mental Health*, 3, 163-168.
- Randell, B. P., Eggert, L. L., & Pike, K. C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31, 41-61.
- Rehkopf, D. H., & Buka, S L. (2005). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychological Medicine*, 36, 145-157.
- Reid, W. H. (1998). Promises, promises: don't rely on patients' no-suicide/no-violence "contracts." *Journal of Practice Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 316-318.
- Reifman, A., & Windle, M. (1995). Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: a longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychology*, 23, 329-354.
- Reinherz, H. A., Giaconia RM, Silverman AB., et al. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 599-611.
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M. D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88, 57-60.
- Reynolds, W. M. (1990). Development of a semi-structured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents. *Psychological Assessment* 2, 382-390.
- Reynolds, W. M. (1991). A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviors. *Family & Community Health*, 14, 64-75.
- Rich, C. L., Fowler RC, Fogarty LA, & Young, D. (1988). San Diego Suicide Study, III: relationships between diagnoses and stressors. *Archives of General Psychiatry*, 45, 589-592.

- Rich, C. L., Young, J. G., Fowler, R. C., Wagner, J., & Black, N. A. (1990). Guns and suicide: possible effects of some specific legislation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 342-346.
- Rihmer, Z., Rutz W, & Pihlgren, H. (1995). Depression and suicide on Gotland: an intensive study of all suicides before and after a depression-training program for general practitioners. *Journal of Affective Disorders* 35, 147-152.
- Roberts, R. E., Chen Y. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 81-90.
- Roberts, R. E., Chen Y, & Roberts, C. R. (1997). Ethnocultural differences in prevalence of adolescent suicidal behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27, 208-217.
- Robins, E., Murphy PI, Wilkinson RH Jr, Gassner, S., & Kayes J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health*, 49, 888-988.
- Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., et al. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Science* 33, 1445-56.
- Ross, C. P. (1985). Teaching children the facts of life and death: suicide prevention in the schools. En: *Youth Suicide*, Peck ML, Farberow NL, Litman RE, eds. Nueva York: Springer, pp 147-169.
- Ross, C. P., & Motto, J. A. (1984). Group counseling for suicidal adolescents. En Sudak H, Ford, A., Rushforth N. (Eds.) *Suicide in the Young* (pp. 367-392). Boston: John Wright.
- Rotheram, M. J. (1987). Evaluation of imminent danger for suicide among youth. *American Journal Orthopsychiatry* 57, 102-110.
- Rotheram-Borus, M. J. (1993). Suicidal behavior and risk factors among runaway youths. *American Journal of Psychiatry*, 150, 103-107.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., et al. (1999). Treatment adherence among Latina female adolescent suicide attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29, 319-331.
- Rotheram-Borus, M. J., & Trautman, P. D. (1988). Hopelessness, depression and suicidal intent among adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 700-704.
- Rotheram-Borus, M. J., Trautman, P. D., Dopkins, S. C., & Shrout, P. E. (1990). Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 58, 554-561.
- Rotondo, A., Schuebel, K., Bergen, A., et al. (1999). Identification of four variants in the tryptophan hydroxylase promoter and association to behavior. *Molecular Psychiatry*, 4, 360-368.
- Rubenstein, J. L., Halton, A., Kasten, L., Rubin, C., & Stechler, G. (1998). Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *American Journal of Orthopsychiatry* 68, 274-284.
- Rubenstein, J. L., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C., & Stechler, G. (1989). Suicidal behavior in "normal" adolescents: risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry* 59, 59-71.
- Rudd, M. D. (2000). Integrating science into the practice of clinical suicidology: a review of the psychotherapy literature and a research agenda for the future. En: *Review of Suicidology, 2000*, Maris, R. W., Canetto, S. S. (Eds). Nueva York: Guilford, pp 47-83.
- Rudd, M. D., & Joiner, T. (1998). An integrative conceptual framework for assessing and treating suicidal behavior in adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 489-498.
- Rudd, M. D., Rajab MH, Orman DT, Joiner, T., Stulman, D. A., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: preliminary results. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 179-190.
- Runeson, B. (1989). Mental disorder in youth suicide: DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 490-497.
- Runeson, B. (1990). Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol and Alcoholism* 25, 561-568.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276-1281.
- Rutz W, von Knorring, L., & Walinder, J. (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 83-88.
- Ryan, N. D., & Varma, D. (1998). Child and adolescent mood disorders: experience with serotonin-based therapies. *Biological Psychiatry*, 44, 336-340.
- Saltijeral, M., & Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971-1980 en México. *Salud Pública de México* 29, 345-360.
- Samaritans, The. (2001). *Helping You Helping Young People: The Samaritans Youth Pack*. Reino Unido: The Samaritans Organization. Disponible en internet: <http://www.samaritans.org.uk/>
- Sauvola, A., Rasanen PK, Joukamaa MI, Jokelainen, J., Jarvelin, M. R., & Isohanni MK. (2001). Mortality of young adults in relation to single-parent family background: a prospective study of the northern Finland 1966 birth cohort. *European Journal of Public Health*, 11, 284-286.

- Scherff, A. R., Eckert, T. L., & Miller, D. N. (2005). Youth Suicide Prevention: A Survey of Public Schools Superintendents' Acceptability of School-Based Programs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), 154-169.
- Secretaría de Salud. (1999). *Principales causas de mortalidad en población de 15 a 24 años*. Cuadros de mortalidad disponibles en internet: www.salud.gob.mx (consultado el 7/06/05).
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Disponible en internet: http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Programa_Nacional_de_Salud_20012006 (consultado el 7/06/05).
- Schmidtke, A., & Schaller, S. (2000). The role of mass media in suicide prevention. En: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Hawton, K., van Heeringen, K., eds. Nueva York: Wiley, pp 675-698.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 15, 275-291.
- Shaffer, D., & Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 70-74.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 675-687.
- Shaffer, D., Garland, A., Vieland, V., Underwood, M. M., & Busner, C. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention program for teenagers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 588-596.
- Shaffer, D., Gould, M., & Hicks R. (1994). Worsening suicide rate in black teenagers. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1810-1812.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher P., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Shaffer, D., & Hicks R. (1994). Suicide. En: *The Epidemiology of Childhood Disorders*, Pless IB, ed. Nueva York: Oxford University Press, pp 339-365.
- Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Work Group on Quality Issues: Bernet W, Chair. (2001). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7) Supp July, 24S-51S.
- Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M. M., & Busner, C. (1990). Adolescent suicide attempters: response to suicide-prevention programs. *The Journal of the American Medical Association* 264, 3151-3155.
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1061-1064.
- Shafii, M., Steltz-Lenarsky, J., Derrick, A. M., Beckner, C., & Whittinghill, J. R. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 15, 227-233.
- Shiang, J., Blinn, R., Bongar, B., Stephens, B., Allison, D., & Schatzberg, A. (1997). Suicide in San Francisco, CA: a comparison of Caucasian and Asian groups, 1987-1994. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27, 80-91.
- Shneidman, E. S., & Farberow NL. (1957). *Clues to Suicide*. Nueva York: Blakison.
- Siegrist, M. (1996). Church attendance, denomination, and suicide ideology. *Journal of Social Psychology*, 136, 559-566.
- Silbert KL, & Berry GL. (1991). Psychological effects of a suicide prevention unit on adolescents' levels of stress, anxiety and hopelessness: implications for counselling psychologists. *Counseling Psychology*, 4, 45-58.
- Silverman, A. B., Reinherz HZ, & Giaconia RM. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect* 20, 709-723.
- Slem, C. M., & Cotler, S. (1973). Crisis phone services: evaluation of a hotline program. *American Journal of Community Psychology*, 1, 219-227.
- Sloan, J. H., Rivara, F. P., Reay, D. T., Ferris, J. A., & Kellermann, A. L. (1990). Firearm regulations and rates of suicide: a comparison of two metropolitan areas. *New England Journal of Medicine*, 322, 369-373.
- Smith, J. C., Mercy, J. A., & Warren CW. (1985). Comparison of suicides among Anglos and Hispanics in five Southwest states. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 15, 14-26.
- Sonneck, G., Etzersdorfer, E., & Nagel-Kuess, S. (1994). Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science and Medicine*, 38, 453-457.
- Sorri, H., Henriksson, M., & Lonnqvist J. (1996). Religiosity and suicide: findings from a nationwide psychological autopsy study. *Crisis*, 17, 123-127.
- Sourander, A., Helstela, L., Haavisto, A., & Bergroth, L. (2001). Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 63, 59-66.
- Spirito, A., & Overholser, J. C. (2003). *Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice*. Nueva York: Academic Press.
- Spirito, A., Plummer, B., Gispert, M., et al. (1992). Adolescent suicide attempts: outcomes at follow-up. *American Journal Orthopsychiatry* 62, 464-468.

- Stack, S. (1996). The effect of the media on suicide: evidence from Japan, 1955-1985. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26, 132-142.
- Stack, S. (1998). Heavy Metal, religiosity, and suicide acceptability. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28, 388-394.
- Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: a quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly* 81, 956-971.
- Stack, S., & Lester, D. (1991). The effect of religion on suicide ideation. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 26, 168-170.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Hormé.
- Swanson, J. W., Linskey, A. O., Quintero-Salinas, R., Pumariega AJ, & Holzer CE III. (1992). A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 669-678.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Estados Unidos: Allyn and Bacon.
- Teicher, M. H., Glod, C., & Cole, J. O. (1990). Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147, 207-210.
- Thompson, E. A., & Eggert, L. L. (1999). Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1506-1514.
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., & Herting, J. R. (2000). Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30, 252-271.
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., Ran dell BP, & Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health*, 91, 742-752.
- Tierney, R. J. (1994). Suicide intervention training evaluation: a preliminary report. *Crisis*, 15, 69-76.
- Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2000). Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl 9), 97-104.
- Tondo, L., Jamison KR, & Baldessarini, R. J. (1997). Effect of lithium maintenance on suicidal behavior in major mood disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences* 836, 339-351.
- Tousignant, M., Bastien MF, & Hamel, S. (1993). Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 28, 256-261.
- Turecki, G., Zhu, Z., Tzenova, J., et al. (2001). TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. *Molecular Psychiatry*, 6, 98-102.
- Underwood, M. M., & Dunne-Maxim, K. (1997). Managing sudden traumatic loss in the schools. University of Medicine and Dentistry of New Jersey. *New Jersey Adolescent Suicide Prevention Project*, 1-134, (disponible en maximkd@cmhc.umdj.edu).
- van der Sande, R., van Rooijen, L., Buskens, E., et al. (1997). Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide: a randomised controlled intervention study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 35-41.
- Velez, C. N., & Cohen, P. (1988). Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 349-356.
- Verkes, R. J., van der Mast, R. C., Hengeveld, M. W., Tuyl, J. P., Zwinderman, A. H., & van Kempen, G. M. (1998). Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *American Journal of Psychiatry*, 155, 543-547.
- Vieland, V., Whittle, B., Garland, A., Hicks, R., & Shaffer, D. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: an 18-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 811-815.
- Voelker, R. (1999). SSRI use common in children. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 1882.
- Wallace, J. D., Calhoun, A. D., Powell, K. E., O'Neil, J., & James, S. P. (1996). *Homicide and Suicide Among Native Americans, 1979-1992*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Violence Surveillance Series, No. 2.
- Walter, H. J., Vaughan, R. D., Armstrong, B., et al. (1995). Sexual, assaultive, and suicidal behaviors among urban minority junior high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 73-80.
- Warshaw, M. G., Dolan, R. T., & Keller, M. B. (2000). Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown anxiety research program. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1876-1878.
- Watkins, M. W. (2006). *MacRCI Software for a Reliable Change Index*. Disponible en Internet (consultado el 14/07/06): www.personal.psu.edu/mww10/Watkins3.html
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation methods for studying programs and policies*. Estados Unidos: Prentice Hall.

- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S., & Ouellette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine*, *321*, 1209-1214.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*, 603-610.
- Windle, M., Miller-Tutzauer, C., & Domenico, D. (1992). Alcohol use, suicidal behavior, and risky activities among adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, *2*, 317-330.
- World Health Organization. (2002). *Suicide rates and absolute numbers of suicide by country*. (2002). Disponible en Internet (consultado el 7/06/05): www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Organization. (2006). *Suicide Prevention (SUPRE)*. Disponible en Internet (consultado el 4/12/06): www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Wunderlich, U., Bronisch, T., & Wittchen, H. U. (1998). Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* *248*, 87-95.
- Zenere, F. J., & Lazarus, P. J. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *27*, 387-403.
- Zhang, J., & Jin, S. (1996). Determinants of suicide ideation: a comparison of Chinese and American college students. *Adolescence*, *31*, 451-467.

Anexo 1

Ficha técnica del Inventario de Riesgo Suicida para
Adolescentes "IRIS" (Hernández & Lucio, 2003).

Cuestionario del IRIS (versión de la investigación).

Ficha técnica del IRIS.

<i>Nombre</i>	Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS”.
<i>Autores</i>	Quetzalcóatl Hernández Cervantes ¹ y Emilia Lucio Gómez-Maqueo. ²
<i>Estructura</i>	Escala de frecuencia con 50 reactivos.
<i>Subescalas</i>	Tres subescalas y un índice: Subescala 1: Ideación e intencionalidad suicidas. Subescala 2: Depresión y desesperanza. Subescala 3: Ausencia de circunstancias protectoras. Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.
<i>Indicadores</i>	Tres reactivos críticos o significativos: a. Ideación suicida. b. Plan (es) suicida (s). c. Intento (s) suicida (s) previo (s).
<i>Aplicación</i>	Individual y grupal.
<i>Duración</i>	20 – 30 minutos.
<i>Población</i>	adolescentes estudiantes (de secundaria o preparatoria) de 12 a 18 años de edad.
<i>Usos</i>	El IRIS se puede emplear... a. como instrumento de tamizaje o “screening” en la detección y categorización/priorización del riesgo suicida; b. como instrumento de evaluación pre y post tratamiento para calcular significancia clínica (Jacobson y Truax, 1991); c. dentro de una batería de evaluación para generar perfiles de riesgo suicida y de otros problemas emocionales (junto con Sucesos de Vida [Lucio y Durán, 2003] y/o el MMPI-A [Lucio et al., 1998]); d. para la estimación del riesgo suicida (mediciones básicas epidemiológicas).
<i>Materiales</i>	Cuadernillo de aplicación, hoja de respuestas (para calificación manual o para lectora óptica) y lápiz del número 2 o 2 ½.

¹ Correo electrónico: mail@quetzalcoatlhernandez.com

² Facultad de Psicología UNAM; correo electrónico: melgm@servidor.unam.mx

IRIS

Quetzalcóatl Hernández Cervantes y Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

INDICACIONES Y RECOMENDACIONES

Este cuestionario fue elaborado con la finalidad de conocer lo que tú piensas sobre algunos aspectos importantes de tu vida.

Todas tus respuestas son confidenciales y no se mostrarán ni a tus maestros ni a tus padres.

Contesta con sinceridad a todas las preguntas aún cuando consideres que no es tu caso.

Externa cualquier duda o pregunta que tengas sobre las oraciones de este cuadernillo con toda confianza; por favor, **NO** hagas ninguna marca ni escribas nada en este material.

Utiliza la hoja anexa (color rosa) para rellenar tus respuestas

Recuerda utilizar lápiz del número 2 o 2½ solamente.

Lee cuidadosamente cada enunciado y después elige tu respuesta sin tardarte mucho.

Si necesitáramos mayor información sobre alguna(s) de tus respuestas, una persona del equipo de investigación se pondrá en contacto contigo de manera privada.

1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
2. Creo o siento que algo está mal conmigo.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
3. En mi vida ha habido buenos momentos.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
4. Creo o siento que soy un fracaso.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
5. Me he sentido satisfecho (a) con mi vida.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
6. He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
7. Me han tomado en serio.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
8. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
9. Me he sentido lleno (a) de energía.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
10. El tema de la muerte ha llamado mi atención.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
11. He deseado estar muerto (a).
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
12. Quisiera irme de este mundo.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
13. En la escuela hay gente que me ha molestado, se ha burlado, o se ha aprovechado de mi.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
14. He perdido la paciencia.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

Anexo 1: IRIS (Hernández & Lucio, 2003)

15. Mis maestros están en mi contra.
a) Todos mis maestros b) Casi todos c) Algunos d) Un maestro e) No, ninguno
16. He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
17. He preferido estar solo (a).
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
18. Creo o siento que mi futuro es prometedor y puedo llegar a ser alguien especial.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
19. Mis maestros me ignoran.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
20. Me siento triste.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
21. Tengo dificultades con mis materias.
a) Con todas mis materias b) Con casi todas c) Con algunas d) Con una e) Con ninguna
22. Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
23. Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
24. He causado problemas a la gente a mi alrededor.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
25. He pensado en suicidarme.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
26. He tenido ideas de cómo alguien podría quitarse la vida.
a) Cuatro o más ideas b) Tres ideas c) Dos ideas d) Una idea e) Ninguna
27. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.
a) Cuatro o más lugares b) Tres lugares c) Dos lugares d) Un lugar e) No, ninguno

28. He conocido a personas cercanas que intentaron quitarse la vida y sobrevivieron.
a) Cuatro o más personas b) Tres personas c) Dos personas d) Una persona e) No, a nadie
29. Conocí gente cercana a mí que se suicidó.
a) Cuatro o más personas b) Tres personas c) Dos personas d) Una persona e) No, a nadie
30. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
31. Se preocupan por mí.
a) Todos b) Muchos c) Algunas personas d) Una persona e) No, nadie
32. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
33. Si muriera me gustaría que me acompañaran (también muriendo conmigo).
a) Todos b) Muchos c) Algunas personas d) Una persona e) No, nadie
34. Me he lesionado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) para ver hasta dónde aguanto el dolor.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
35. Mi mejor amigo (a) o mis amigos cercanos me han traicionado.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
36. Me deshice de posesiones preciadas para mí (por ejemplo: regalando, donando, tirando, quemando).
a) Todas mis posesiones b) Casi todas c) Algunas d) Una posesión e) No, de ninguna
37. Duermo más que de costumbre o me cuesta trabajo conciliar el sueño.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
38. Me cuesta trabajo concentrarme.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
39. He sufrido decepciones amorosas.
a) Siempre b) Muchas c) Algunas d) Una decepción amorosa e) No, ninguna
40. Me siento confundido (a) respecto a...
a) Todo b) Muchas cosas c) Algunas cosas d) Una cosa e) No, a nada

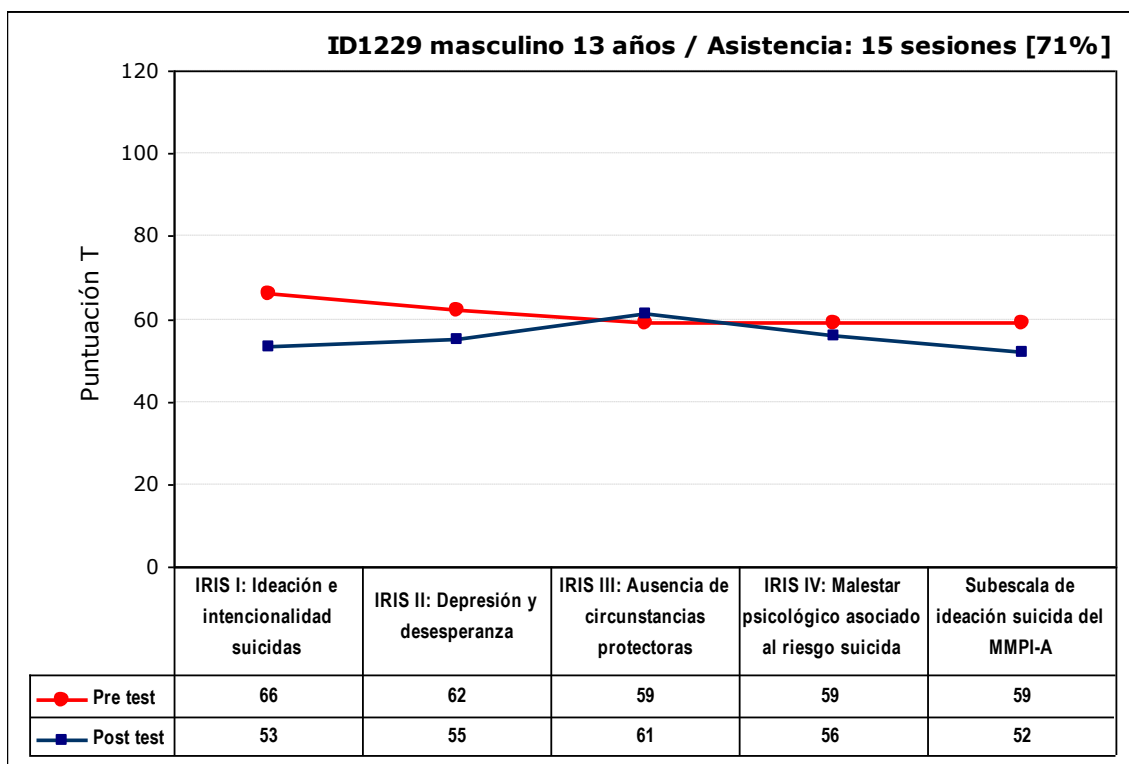
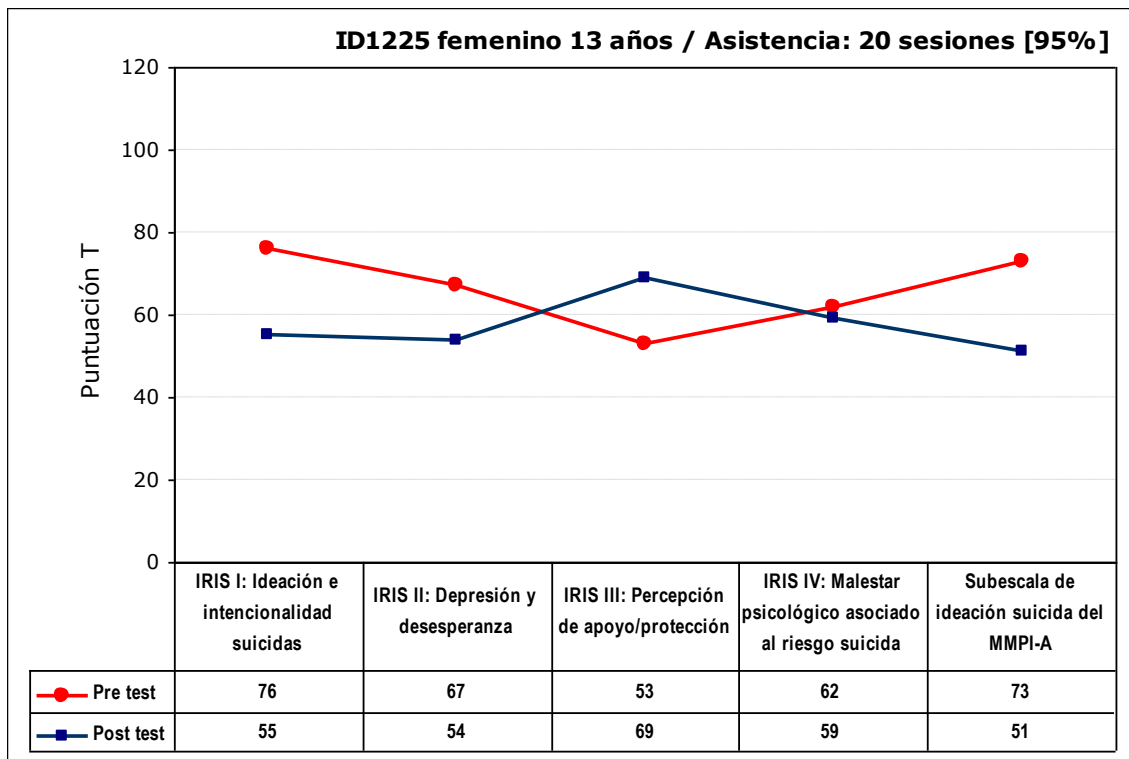
Anexo 1: IRIS (Hernández & Lucio, 2003)

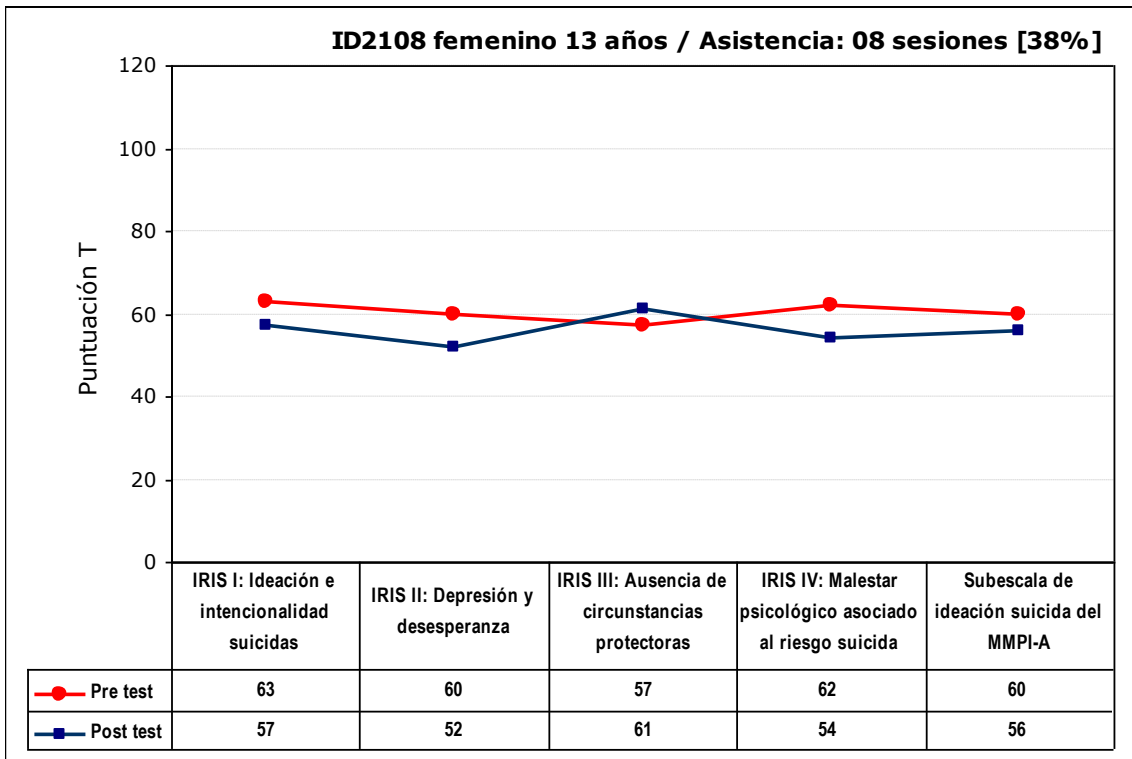
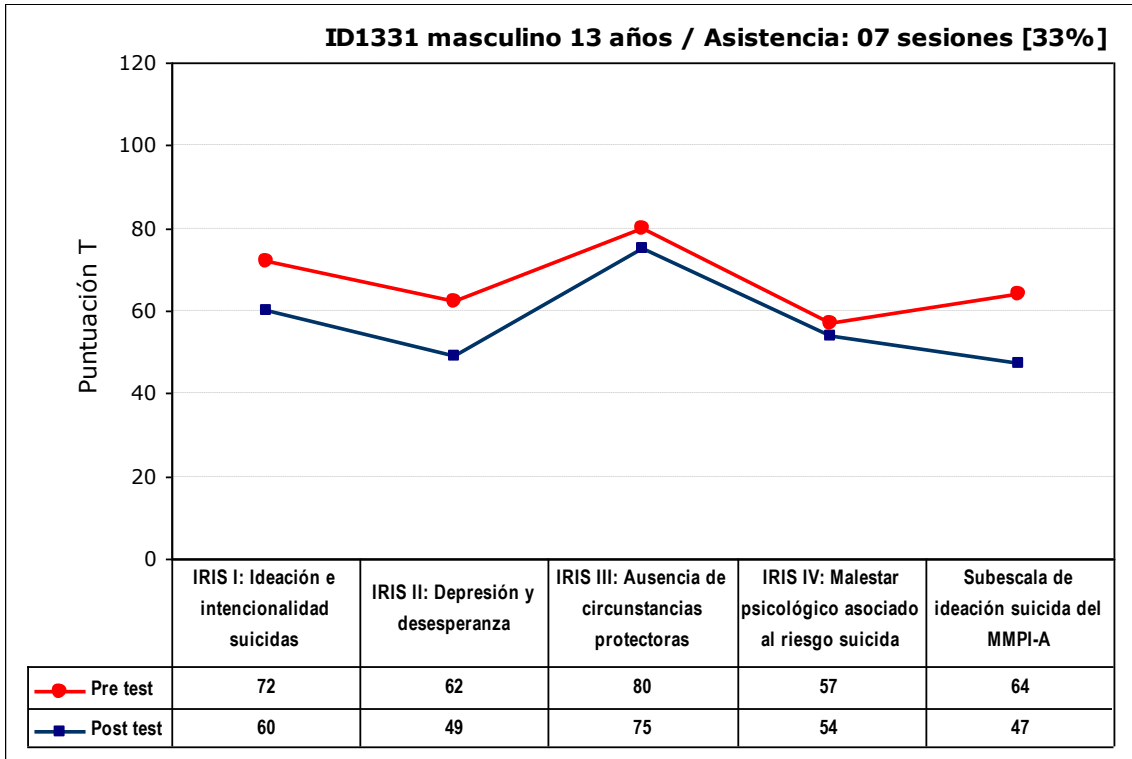
41. Me he reconciliado con personas con las que había tenido problemas.
a) Con todas esas personas b) Con casi todas c) Con algunas
d) Con una persona e) No, con ninguna
42. Como más que de costumbre o he perdido el apetito.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
43. Me he sentido desilusionado (a) de la vida.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
44. Desearía no haber nacido.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
45. He dejado de hacer cosas que antes me gustaban.
a) Todas b) Casi todas c) Algunas d) Una e) No, ninguna
46. Perdí a personas importantes para mí.
a) A todas b) A casi todas c) Algunas d) A una persona e) No, a ninguna
47. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
48. He necesitado desahogarme de mis problemas.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
49. He planeado mi propia muerte.
a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca
50. He intentado quitarme la vida.
a) Cuatro o más veces b) Tres veces c) Dos veces d) Una vez e) No, nunca

Anexo 2

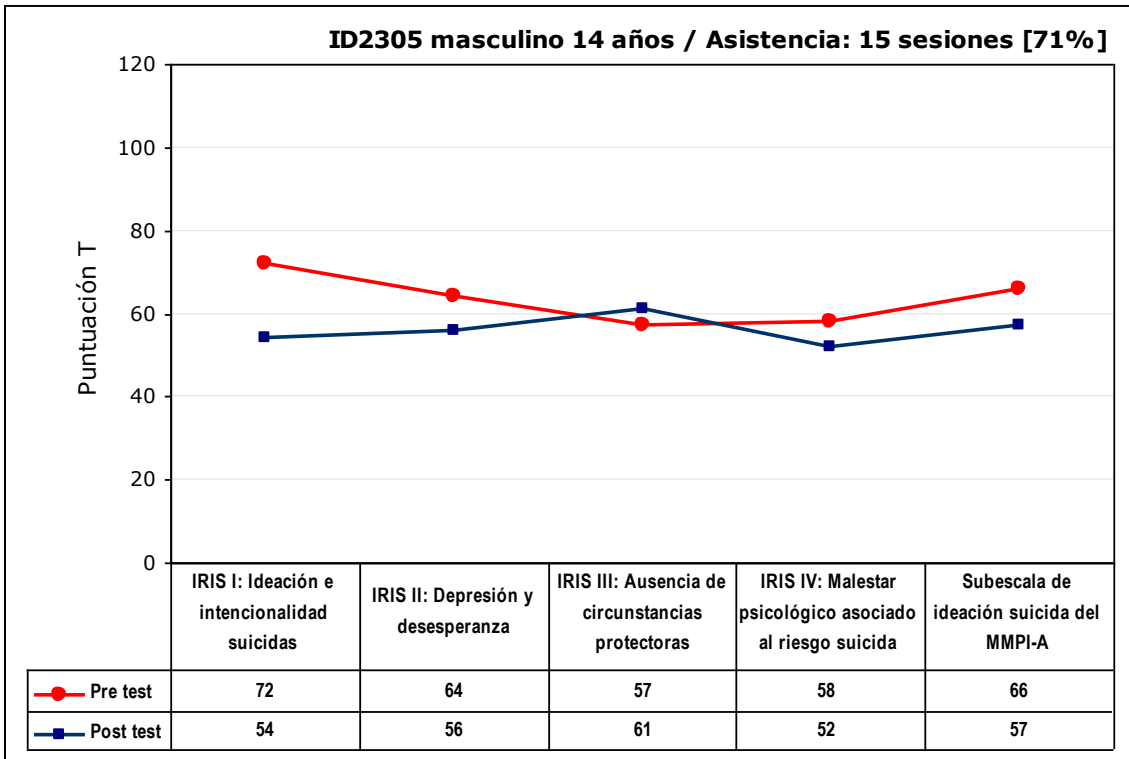
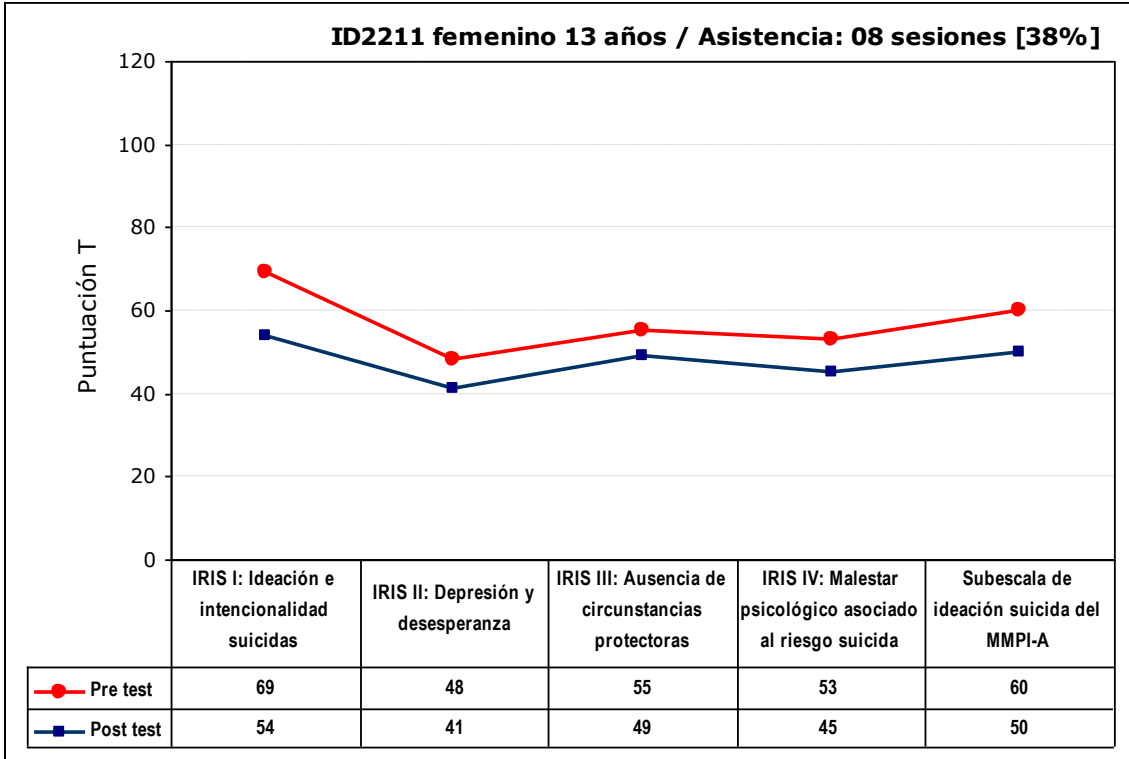
Perfiles “IRIS” (Hernández & Lucio, 2003) del grupo tratado
(n=14) de adolescentes estudiantes en riesgo suicida:
psicoterapia grupal de 20 sesiones [diseño pre/post].

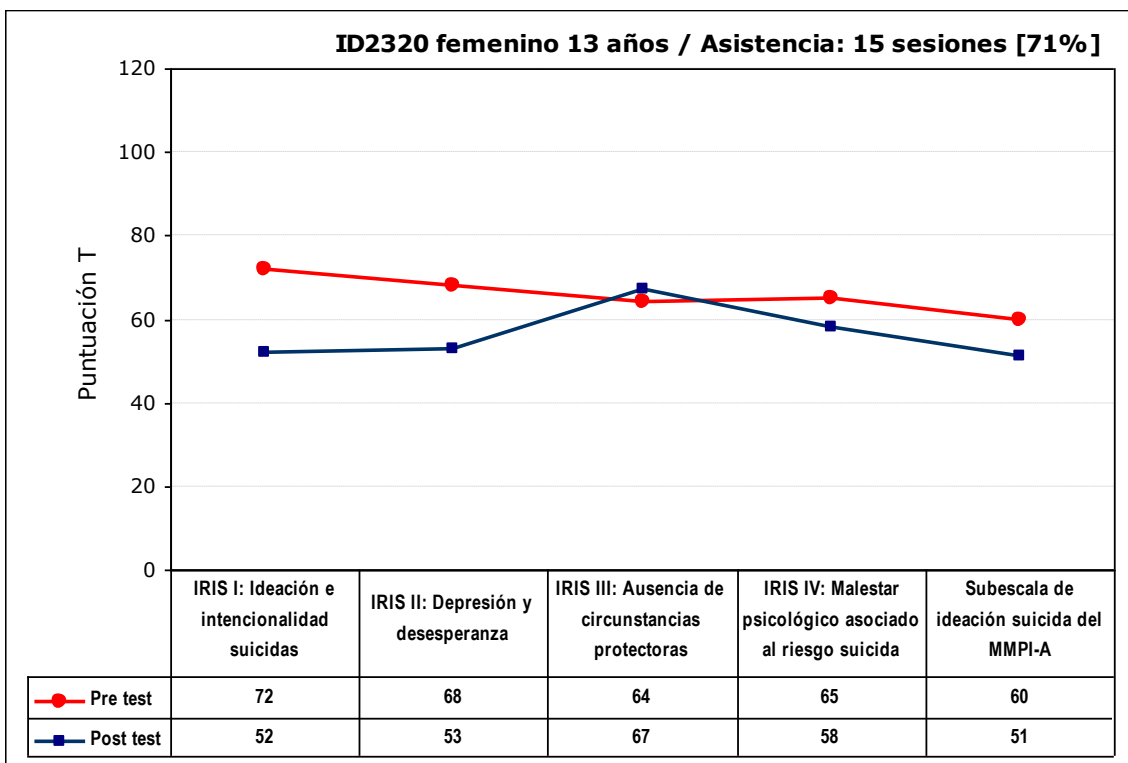
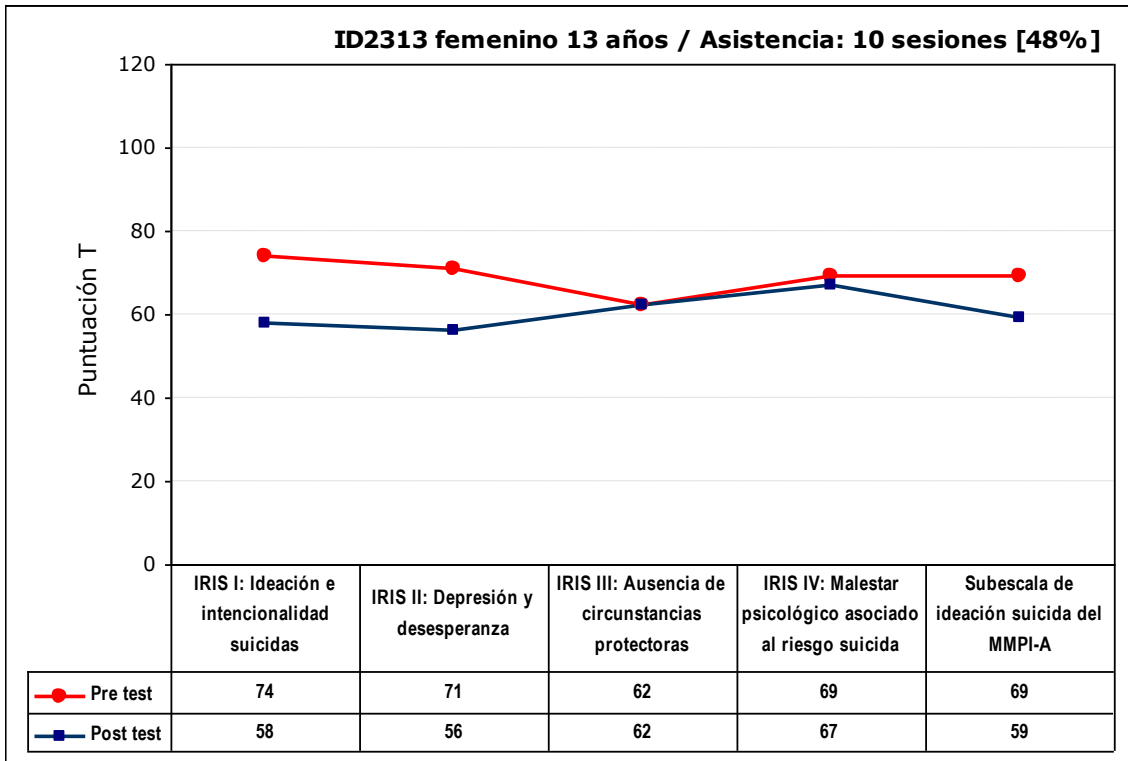
Anexo 2: Perfiles IRIS pre/post (n=14)



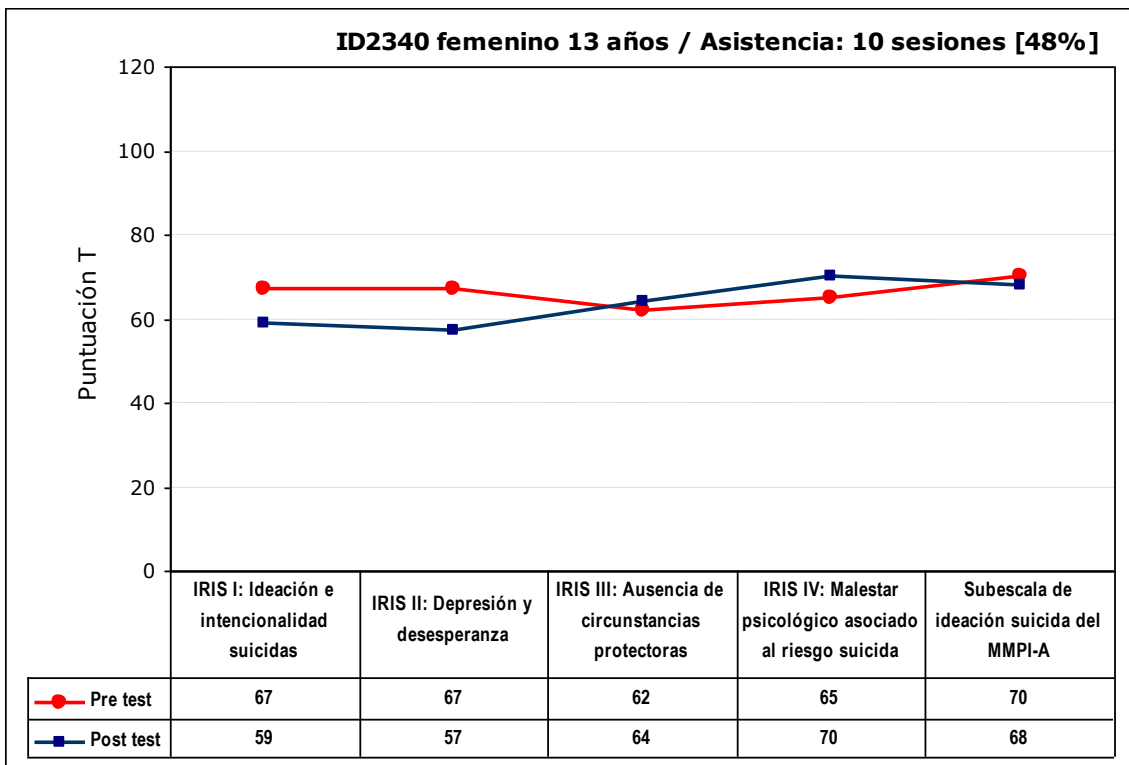
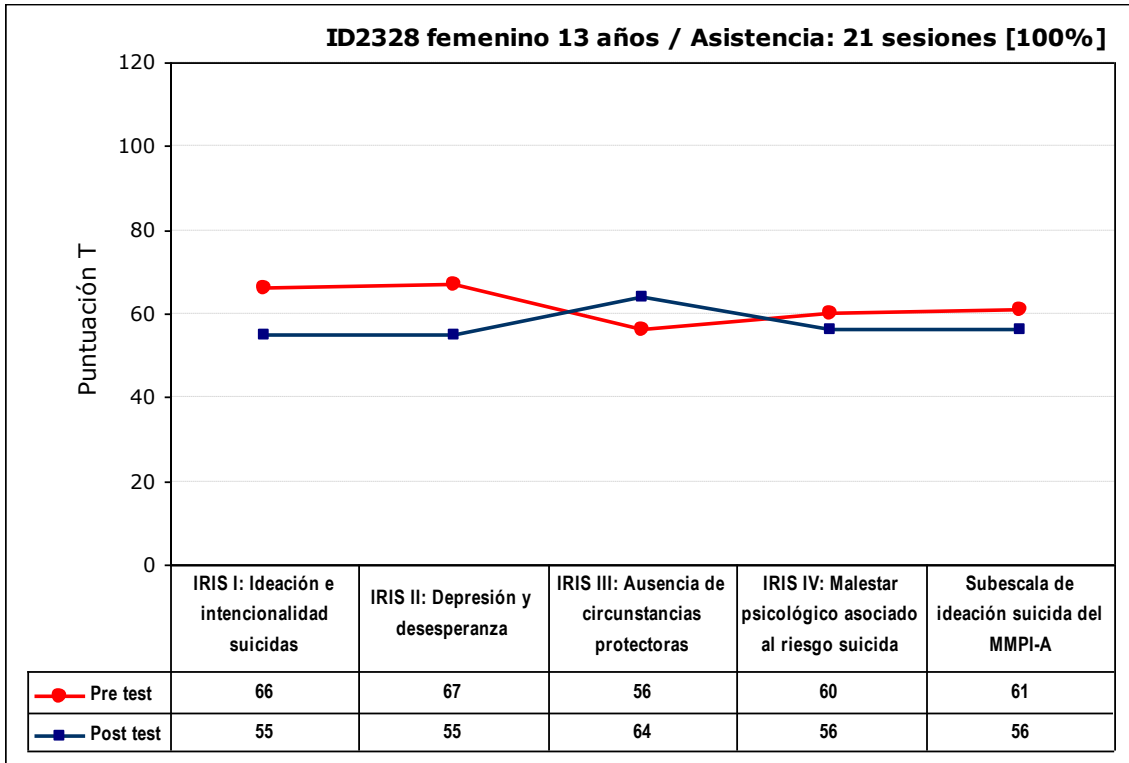


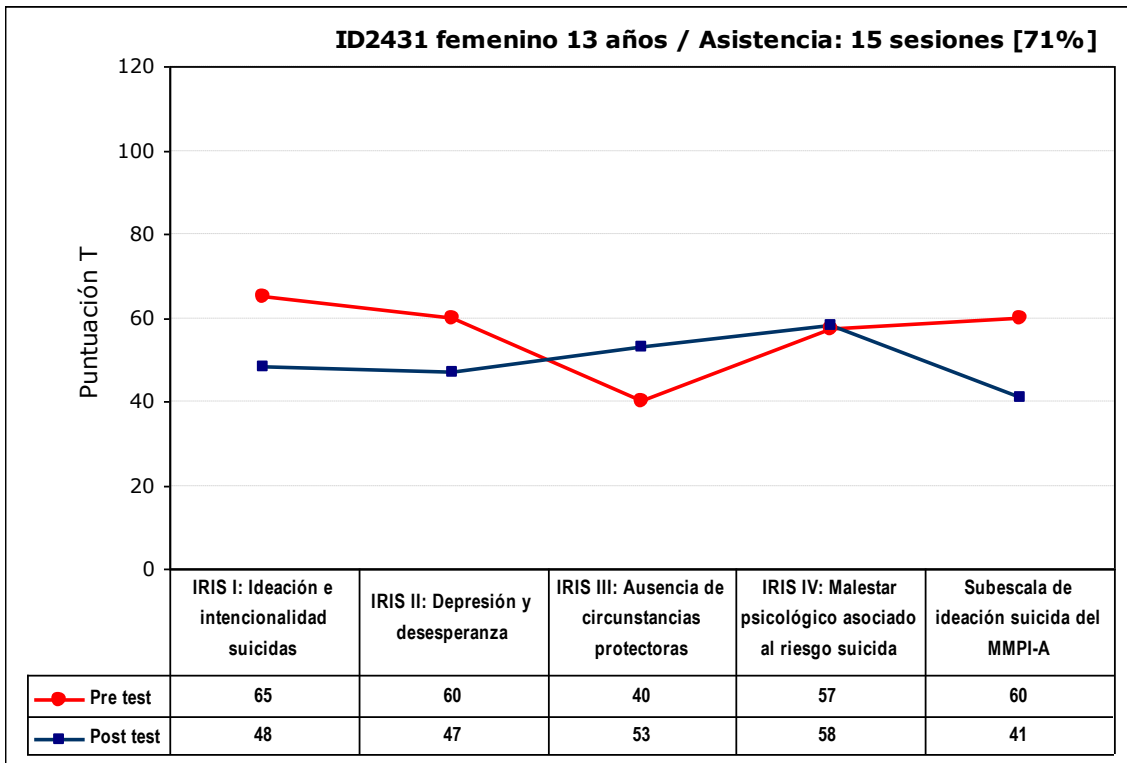
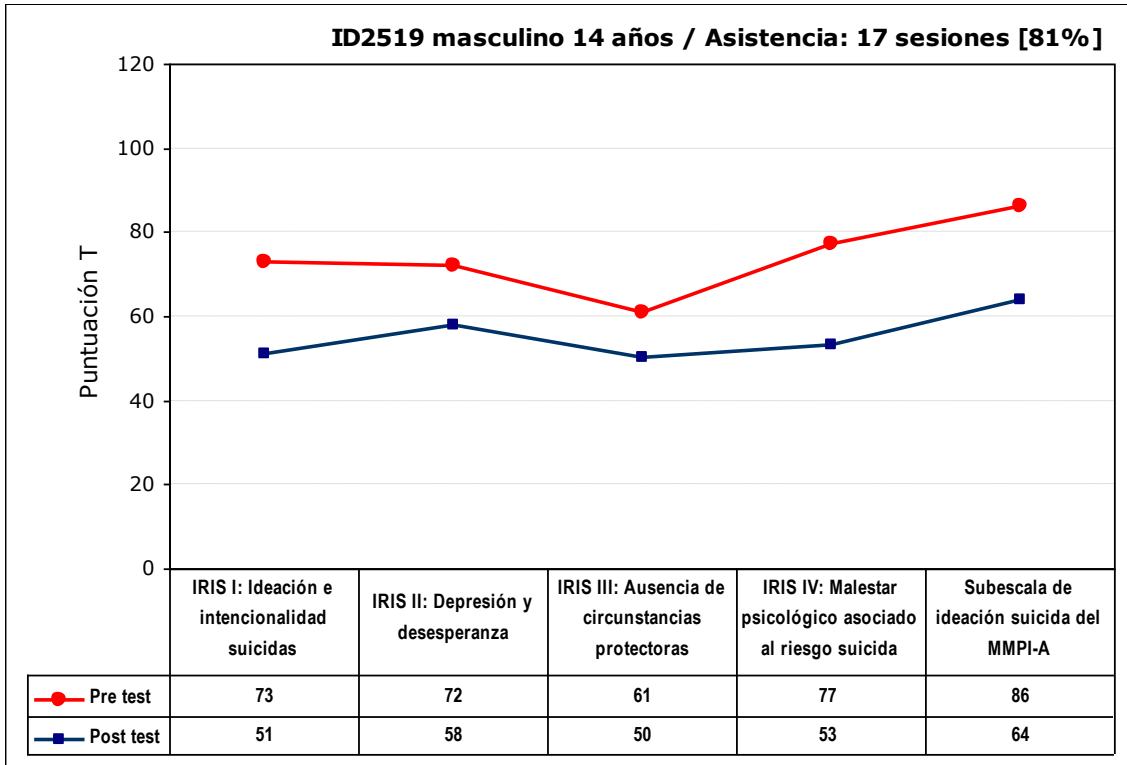
Anexo 2: Perfiles IRIS pre/post (n=14)



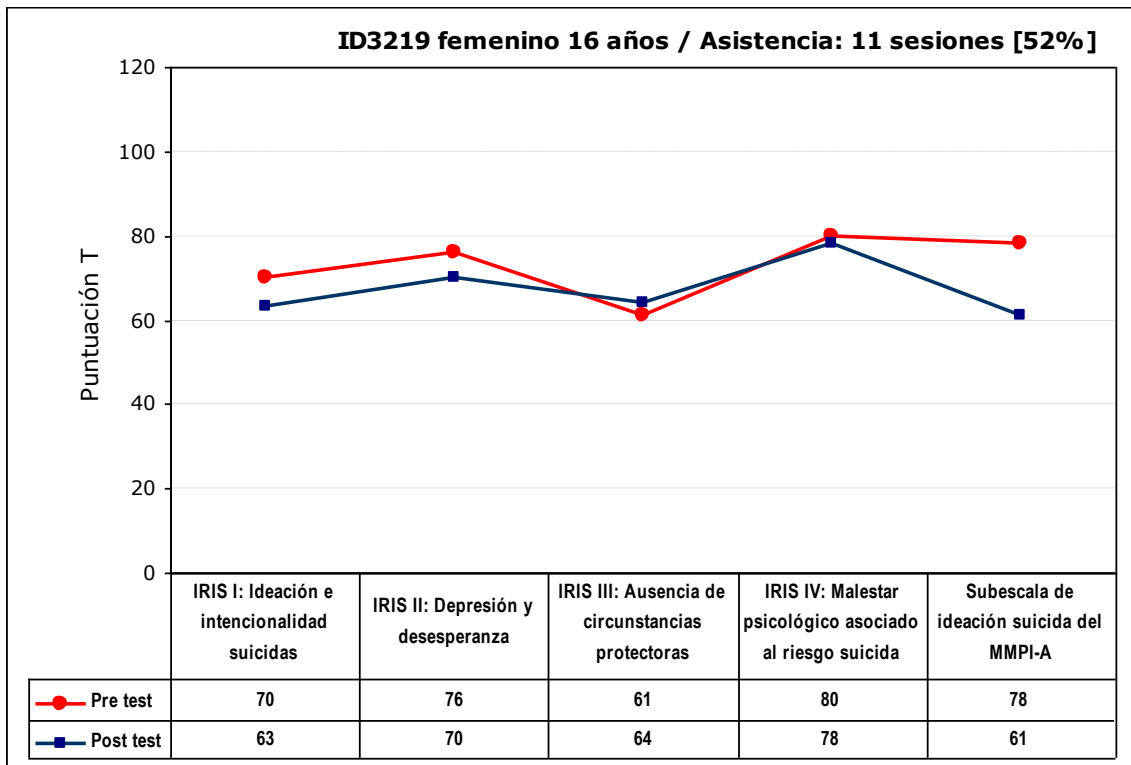
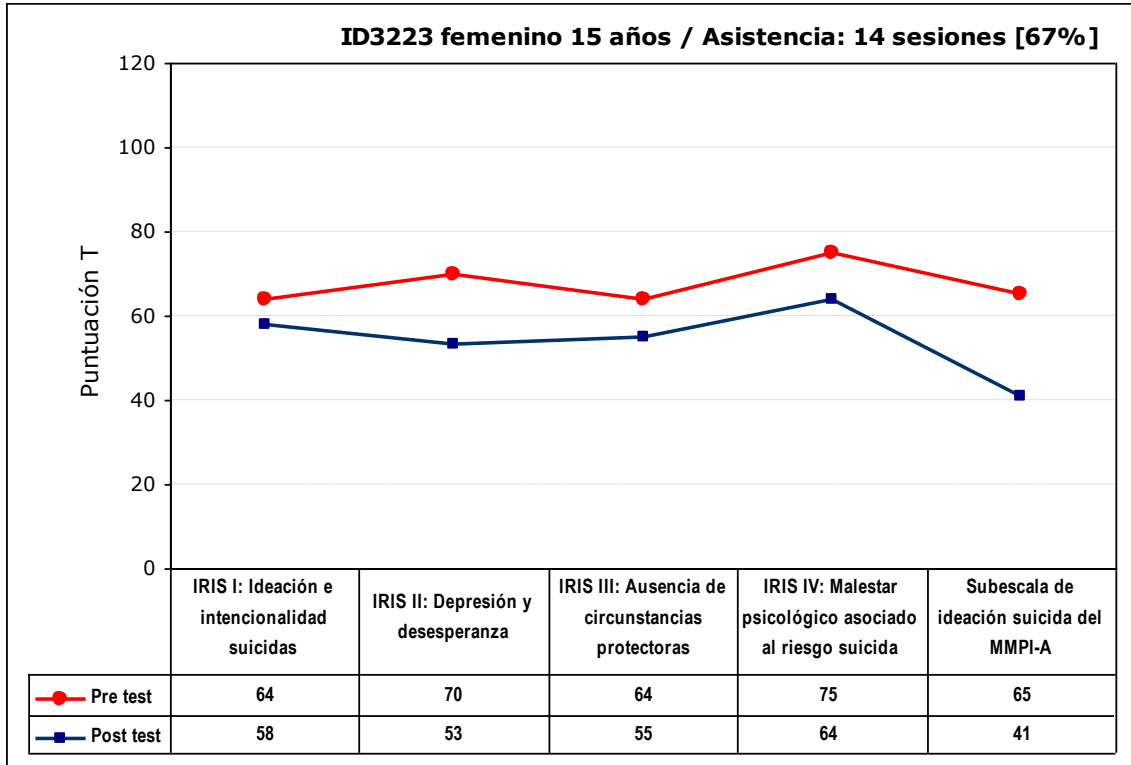


Anexo 2: Perfiles IRIS pre/post (n=14)





Anexo 2: Perfiles IRIS pre/post (n=14)



Anexo 3

Forma de evaluación para ser llenada al finalizar cada sesión de psicoterapia grupal, adaptada por Hernández y Lucio (2005) de Petersen ¹.

¹ Petersen, J. S. (1993). *Talk with teens about self and stress*. Minneapolis: Free Spirit Publishing
[223]

FORMA DE EVALUACIÓN SESIÓN # _____

Nombre: _____ Fecha: _____

El tema del día de hoy fue: _____

Encierra con un círculo de acuerdo a la siguiente escala:

- 1. Sí, completamente de acuerdo**
- 2. De acuerdo**
- 3. Sin opinión**
- 4. En desacuerdo**
- 5. No, completamente en desacuerdo**

a. Me gustó el grupo el día de hoy.	1	2	3	4	5
b. Aprendí algo sobre mí en el grupo el día de hoy.	1	2	3	4	5
c. Aprendí algo de mi familia en el grupo el día de hoy.	1	2	3	4	5
d. Aprendí algo sobre otro participante en el grupo.	1	2	3	4	5
e. Me sentí a gusto en esta sesión del grupo.	1	2	3	4	5
f. Compartí sobre mí mismo en el grupo.	1	2	3	4	5
g. Sentí apoyo del grupo (compañeros / psicólogos).	1	2	3	4	5
h. Me divertí en el grupo el día de hoy.	1	2	3	4	5
i. Platiqué o me acerqué a compañeros con los que casi no hablo.	1	2	3	4	5
j. Seguí las normas / reglas del grupo.	1	2	3	4	5
k. Los otros compañeros siguieron las normas / reglas del grupo.	1	2	3	4	5
l. La sesión de hoy fue de mi interés	1	2	3	4	5
m. Me siento motivado a venir la próxima sesión.	1	2	3	4	5

Me gustó / entusiasmó lo siguiente en la sesión de hoy: _____

Me molestó / no me gustó lo siguiente en la sesión de hoy: _____

Un tema que me gustaría hablar / discutir en el grupo es: _____

Anexo 4

Contenido informativo del folleto (tríptico) sobre la estrategia de intervención para los adolescentes estudiantes de secundaria y padres de familia o tutores.

**Facultad de Psicología de la
Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Apoyo para Adolescentes Estudiantes
(Ciclo 2004 - 2005)**

*Porque la participación de la familia y el apoyo de la escuela son fundamentales en la
prevención de problemas emocionales y el bienestar de los jóvenes...*

¿Cuál es el propósito de este programa?

- Este un proyecto de la Facultad de Psicología de la UNAM que tiene por objetivo la prevención de problemas emocionales en estudiantes de secundaria del Distrito Federal.
- No tiene que existir un problema o situación grave para que exista dicho interés; tampoco hay que “estar loco” ni “enfermo” para participar en el grupo.
- El programa tiene una **misión preventiva, de apoyo y atención psicológica**; no busca ni pretende difamar, señalar, culpar, exhibir, divulgar o difundir lo que los jóvenes o sus familiares expresen o compartan en los grupos, entrevistas o reuniones.

¿Qué ofrece el programa?

- El programa ofrece **atención psicológica profesional y especializada** para adolescentes estudiantes.

¿Por qué atención en grupo?

- El grupo ofrece **un espacio seguro y confidencial** para que los jóvenes pueda expresar, explorar o compartir aspectos de su vida y, al mismo tiempo, desarrollar habilidades para hacer frente a las situaciones que les incomodan o afectan.

¿Cómo funciona el grupo de apoyo?

- Es importante la autorización y APOYO de los padres para que los jóvenes aprovechen al máximo los beneficios del grupo de apoyo.

- Por esto se requiere del **consentimiento por escrito y firmado** del padre o tutor para que el alumno se integre al grupo junto con sus otros compañeros.

¿Cuándo se reúnen y en dónde?

- El grupo de estudiantes se reúne los **lunes y miércoles de 1:40 a 3:00 PM**; es decir, los participantes permanecen en las instalaciones de la secundaria al finalizar sus clases.
- El grupo se llevará a cabo en las mismas instalaciones de la escuela, por lo que los alumnos no tendrán que abandonar la institución en ningún momento.

¿Qué pasa con la comida? ¿Habrá descanso?

- Como parte de las actividades de integración y desarrollo los alumnos podrán compartir la comida del medio día antes de iniciar las actividades del grupo.
- De **1:40 a 2:00 PM** podrán consumir sus alimentos en un espacio de convivencia y como preparación para continuar la sesión de trabajo. Esto también les permitirá un merecido descanso después de su jornada académica.
- Los padres o tutores pueden organizarse con los jóvenes para en estos dos días llevarles sus alimentos al final de clases, o bien, darles comida preparada desde el inicio de clases.

¿Cuánto dura el programa?

- El programa inicia el **lunes 31 de enero** y concluye el **miércoles 4 de mayo** del presente año.
- *No habrá sesiones en el periodo vacacional del 21 de marzo al 1º de abril.*

¿Tiene algún costo?

- No, no tiene ningún costo ni para los alumnos ni sus padres, o tutores, o para la escuela.

¿Es obligatorio?

- No, tampoco es obligatorio.
- La participación del adolescente es **voluntaria** y requiere del apoyo y consentimiento de los padres/tutores en todo momento.
- La decisión del adolescente y padres/tutores no afecta el desarrollo del alumno en la escuela.

¿Qué pasa al final de las sesiones?

- Las sesiones los lunes y miércoles terminarán a las 3 PM. Los participantes portarán un gafete que los identifique como alumnos del turno matutino.

Anexo 4: tríptico de la estrategia de intervención.

- Al final de las sesiones los padres o tutores podrán pasar por los adolescentes a la secundaria; o,
- Si así lo consideran los padres/tutores (previa notificación a los coordinadores del grupo), los alumnos podrán retirarse a su casa por su propia cuenta.

Mayores informes...

- La Facultad de Psicología de la UNAM se encuentra en Avenida Universidad #3004 (casi esquina con Avenida Insurgentes) en Ciudad Universitaria, delegación Coyoacán.
- El equipo de trabajo se encuentra en el **Cubículo 15** del Mezanine, **edificio D** de la Facultad de Psicología de la UNAM (Ciudad Universitaria).

A dónde comunicarse... 56 22 23 18

Por quién preguntar...

La **Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo** es la coordinadora general del programa; participa, además, como terapeuta en los grupos de adolescentes.

El **Lic. Quetzalcóatl Hernández Cervantes** es terapeuta en los grupos de adolescentes junto con la Dra. Emilia Lucio.

La **Mtra. Sonia Meave Loza** es terapeuta con adolescentes en el Centro de Servicios “Dr. Guillermo Dávila” de la facultad de psicología de la UNAM.

Anexo 5

Forma de consentimiento informado para ser firmado por el adolescente, sus padres o tutores, y los coterapeutas dentro de la estrategia de intervención para adolescentes estudiantes de secundaria en riesgo suicida.

**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología**

Programa de Apoyo para Adolescentes Estudiantes (Ciclo 2004 - 2005)

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Derechos y Responsabilidades de los Participantes en el Proyecto de Intervención con
Adolescentes Estudiantes**

Coordinador del proyecto: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Psicoterapeutas: Lic. Quetzalcóatl Hernández Cervantes, Mtra. Sonia Meave Loza

Su hijo (a) / tutorado (a) está por iniciar una terapia breve en forma grupal en las instalaciones de la escuela secundaria "X" en la Delegación "X" del Distrito Federal, del lunes 31 de enero al miércoles 4 de mayo del 2005. Es importante como padre / tutor que conozca y esté de acuerdo con los siguientes lineamientos de la presente carta-consentimiento:

1. Los terapeutas realizarán una intervención psicológica en forma grupal con la duración ya establecida, en las instalaciones de la institución educativa a la que acude su hijo (a) / tutorado (a). La frecuencia de las sesiones será de dos veces por semana (lunes y miércoles), con una duración de 1 hora y 20 minutos al finalizar las clases (de 13:40 a 15:00 HRS). En cada sesión habrá dos terapeutas colaborando en el trabajo con los adolescentes.
2. Es necesario que para el mayor beneficio de este grupo de apoyo y atención psicológica, su hijo (a) / tutorado (a) asista a todas las sesiones. Si no puede asistir alguna, favor de avisar con un día de anticipación a cualquiera de los terapeutas del grupo al **teléfono 5622 2318**.
3. Las sesiones serán video grabadas con la finalidad de documentar el inicio, progreso y culminación de la terapia (de manera individual y colectiva). Lo anterior tiene como fin recabar mayores datos que permitan el mejoramiento de estos grupos para su implementación con otros jóvenes estudiantes y en otras escuelas secundarias. Estas grabaciones solo serán observadas por el equipo de terapeutas o estudiantes de posgrado de la carrera de psicología (supervisados por los terapeutas coordinadores) con el propósito de monitorear la calidad y consistencia de la intervención psicológica.
4. Los datos personales así como todos aquellos que provengan de las sesiones de grupo serán de carácter **confidencial**. Los nombres de los adolescentes participantes, así como cualquier información que pueda identificarlo (a) no será publicada en ningún medio ni de forma alguna. Toda información recaba durante el trabajo con los participantes quedará bajo resguardo del equipo de trabajo e investigación de la Dra. Emilia Lucio en la Facultad de Psicología de la UNAM (Ciudad Universitaria).
5. El presente proyecto (evaluaciones e implementación del grupo de apoyo) forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en la intervención pueden llegar a ser empleados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.

6. Durante el proceso grupal de apoyo, el adolescente se puede rehusar a contestar cualquier pregunta, o negarse a participar en dinámicas o procedimientos específicos que se le soliciten o incluso, dejar el grupo. La participación de su hijo (a) / tutorado (a) es completamente voluntaria y su decisión no afecta o repercute de ningún modo en el desarrollo de su vida académica o disciplinar. En cualquier caso, Usted podrá solicitar una alternativa de terapia o tratamiento.
7. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de formas especiales o realizar sugerencias u observaciones, dirigidas a la coordinadora del proyecto.
8. Es probable que después de la terminación del grupo de apoyo alguna persona integrante del equipo de investigación se comunique con Usted. Lo anterior tiene como propósito hacer un seguimiento de la intervención realizada.

_____ Sí, sí estoy de acuerdo _____ No, no estoy de acuerdo.

Firme en la línea correspondiente:

Nombre del padre o tutor: _____

Nombre de su hijo(a)/tutorado(a): _____ Grado y grupo: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Terapeutas responsables:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Lic. Quetzalcóatl Hernández Cervantes