



SECCIÓN DOCUMENTO DE REFLEXIÓN NO DERIVADO DE INVESTIGACIÓN
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 7 Vol. 1 No. 8 (Pags. 126-141)

APLICACIÓN DEL MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS A LA CONDUCTA SUICIDA

Fredy Hernán Villalobos Galvis¹

Fecha recepción: Ago 4/06

Enviado a evaluar: Ago 14/06

Aceptado: Marzo 14/07

RESUMEN

En este trabajo se pretende demostrar la pertinencia de la aplicación del Modelo Procesual del Estrés (también llamado Modelo Estrés-Afrontamiento) formulado por Lazarus y Folkman (1984), a la explicación, prevención y tratamiento de la conducta suicida. Para ello, se inicia por la definición de las conductas que componen el espectro suicida, a saber: ideas, amenazas, parasuicidio, intento y suicidio. Luego se presenta el modelo procesual del estrés y se van especificando cada uno de sus componentes: estresores, evaluación cognitiva, afrontamiento y Variables moderadoras. Posteriormente, se exponen hallazgos significativos de cada uno de estos componentes para el caso específico de la conducta suicida. Por último, se propone un modelo de prevención, así como algunas ideas para los campos de la promoción de la salud y la prevención y atención de la conducta suicida.

Palabras clave: Suicidio, estrés, afrontamiento, estresores, prevención

ABSTRACT

In this work it is tried to demonstrate the pertinencia of the application of Procesual Model of the Stress (also called Stress-Facing Model) formulated by Lazarus and Folkman (1984), to the explanation, prevention and treatment of the suicidal conduct. For it, one begins by the definition of the conducts that compose the Suicidal Phantom, that is to say: Ideas, Threats, Parasuicide, Attempt and Suicide. Soon the model appears the procesual model of stress and they are specified each one of his components: Estresores, Cognitiva Evaluation, Facing and moderating Variables. Later, significant

¹ Psicólogo, Especialista en Docencia Universitaria, Candidato a Doctor en Psicología Clínica y de la Salud Universidad de Granada. Profesor asistente, Departamento de Psicología, Universidad de Nariño. Miembro del grupo de investigación: Psicología y Salud. email: fhvillalobos@udenar.edu.co

findings of each one of these components for the specific case of the suicidal conduct are exposed. Finally, one sets out a model of prevention, as well as some ideas for the fields of the promotion of the health and the prevention and attention of the suicidal conduct.

Key words: Suicide, stress, facing, estresores, prevention

APLICACIÓN DEL MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS A LA CONDUCTA SUICIDA

Durante los últimos años, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ⁽¹⁾, en Colombia se han reportado alrededor de 2000 suicidios por año, lo que equivale a una tasa cercana a 5 suicidios por cada 100.000 habitantes. Para el año 2004, en Colombia, se encontró que por cada mujer que se suicida lo hacen cuatro hombres, que los meses en que más casos se reportaron fueron los de mayo y diciembre y que los grupos poblacionales con más suicidios son los comprendidos entre 18 a 24 años y 25 a 34 años.

Si se analizan los datos del departamento de Nariño, durante el periodo comprendido entre marzo y diciembre de 2005, se reportaron 75 casos de suicidio (equivalente a una tasa cercana a 4,3 por 100.000 habitantes), la mayoría de los cuales se presentaron en los municipios de Pasto, Ipiales, Leyva y San Pablo. Las causas reportadas de estos eventos fueron primordialmente los conflictos de pareja y los conflictos familiares ⁽²⁾.

Con respecto al intento de suicidio, durante el mismo año, se reportaron 432 casos en todo el departamento de Nariño, presentándose principalmente en los municipios de Pasto, Ipiales, Túquerres y Consacá. El grupo en el que se dio el mayor número de casos fue el de 15 a 44 años, con el 87,3% ⁽³⁾.

Como puede observarse, el problema del suicidio es un elemento de preocupación para la sociedad en general y para las entidades que trabajan con salud pública, pues su incidencia en el

departamento de Nariño, si bien está cercana a los indicadores nacionales, genera graves implicaciones en los sectores social, económico, educativo y sanitario.

El Espectro suicida

Diferentes autores plantean que el surgimiento de las conductas y pensamientos relacionados con el suicidio, no es un hecho aleatorio o automático, sino el resultado de un proceso que varía de menor a mayor severidad, implicando: ideación suicida, gestos suicidas, estilos de vida riesgosos, planes suicidas, tentativas suicidas y suicidio ⁽⁴⁾.

En esta misma línea Petersen y Cols. ⁽⁵⁾ sugieren que existe un gradiente de severidad que está implicado desde el ánimo deprimido, a través de la ideación suicida, el intento de suicidio, hasta el suicidio. De Wilde, Kienhorst y Diekstra ⁽⁶⁾ reportan evidencia de patrones de desarrollo que secuencial y jerárquicamente vinculan la ideación suicida, con la tentativa de suicidio y el suicidio, pues los pensamientos generalmente preceden a los otros actos suicidas. Sin embargo, estos mismos autores consideran que existe también la posibilidad que, en algunas personas, la conducta suicida haya surgido de un modo no jerárquico, lo que explicaría la inconsistencia de hallazgos a favor y en contra de este supuesto proceso de evolución de los actos suicidas.

Algunos autores consideran que intento y suicidio son fenómenos que se originan de una misma situación: el intenso sufrimiento por la inadaptación al entorno y la incapacidad para ver

otra solución alternativa ⁽⁷⁾.

Suicidio: También se le denomina suicidio consumado o completo (completed suicide) y hace referencia a la muerte que se da como consecuencia de un acto suicida ⁽⁸⁾. En esta definición, la OMS le asigna importancia al resultado (la muerte) y al agente causal (el propio sujeto), pero explícitamente desecha el asunto de la intencionalidad como parte de la definición de los actos suicidas y, por ende, del suicidio.

Desde otra postura, O'Carroll y Cols. ⁽⁹⁾ lo definen como "la muerte debida a lesiones, envenenamiento o sofocación, donde hay evidencia (explícita o implícita) de lesión auto-inflingida y que la intención del occiso era matarse" (p. 246-247).

Por su parte Maris ⁽¹⁰⁾ considera que el suicidio se refiere a la muerte que se produce como resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima, sabiendo o creyendo que el acto producirá este resultado.

En resumen, se puede afirmar que se habla de suicidio cuando: a) hubo una muerte, b) esta muerte se dio por el individuo que quería morir, c) la muerte fue intencional y d) hubo un agente pasivo o activo (omisión o comisión de un acto que degeneró en la muerte) ⁽¹¹⁾.

Intento de suicidio o tentativa suicida

Esta es una de las definiciones en las cuales no se ha podido llegar a acuerdos. Así, el mismo Durkheim ⁽¹²⁾ consideraba que el intento de suicidio era el acto suicida en sí, que había sido detenido por otra persona, razón por la cual no había tenido como resultado la muerte. Por su parte, la OMS, en su orientación europea del fenómeno suicida, define el intento de suicidio como el acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Diekstra y colaboradores ^(13,14) desde esta misma postura, no definen el concepto de intento o de tentativa suicidas, sino que hablan de Parasuicidio, incluyendo en él, todas aquellas

conductas que varían desde los gestos suicidas o intentos manipulativos, hasta intentos serios de matarse. Se refieren a cualquier acto deliberado, con resultado no fatal, que pretende causar o realmente causa daño a sí mismo o que sin la intervención de otros habría sido así, o que consiste en ingerir una sustancia en exceso de la dosis generalmente reconocida o de la dosis prescrita terapéuticamente.

Por último, Maris ⁽¹⁵⁾ puntualiza la definición europea recordando que el término Parasuicidio es usado para referirse al daño auto-inflingido deliberado, con o sin intención clara de morir. Se define como cualquier conducta aguda, intencional y autolesionante que crea riesgo de morir.

Por su parte O'Carroll y Cols. ⁽¹⁶⁾ consideran que el Intento de Suicidio es una conducta potencialmente autolesionante con un resultado no fatal, para la cual hay evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía alguna intención de matarse. En esta clasificación se distingue si el intento generó lesiones o no. Plantearían, además el complemento del intento suicida y que, en conjunto, abarcaría la definición europea del Parasuicidio ⁽¹⁷⁾ refiriéndose a la Conducta Instrumental relacionada con el suicidio, que es una conducta potencialmente autolesionante, para la cual hay evidencia (implícita o explícita) de que: a) la persona no tenía la intención de matarse y b) la persona deseaba usar la apariencia de intentar matarse para obtener algún otro fin, como por ejemplo buscar ayuda, castigar a alguien, recibir atención, etc.

Algunos autores consideran que el Intento de Suicidio es apenas un suicidio frustrado, por lo que se hablaría del mismo fenómeno, mientras que otros han planteado que los suicidas y los "attempters" (quienes realizan una tentativa de suicidio) tienen características sociodemográficas y epidemiológicas completamente diferentes ⁽¹⁸⁾ y como a continuación se comenta.

En el caso del suicidio el grupo poblacional más proclive es el de los hombres, mayores de 45 años que utilizan métodos efectivos, rápidos, premeditados y realizados en soledad. Típicamente no presentan factores precipitantes significativos, aunque en ocasiones se plantean razones de carácter afectivo (mujeres) o profesionales (hombres). Estas personas se caracterizan por estar aislados, permanecer solitarios y presentar antecedentes depresivos, así como tentativas previas de suicidio; igualmente son más coléricos, propensos a ser agresivos, irritables o impulsivos que los no suicidas. Los métodos más frecuentes son los traumáticos (hombres) y los tóxicos (mujeres) ^(19, 20).

Por su parte, los intentos se presentan típicamente en mujeres menores de 35 años, se realizan de manera impulsiva, no premeditada y pública, en medio de una crisis interpersonal por sentimientos individuales de desespero y confusión. Habitualmente se presentan ante frustraciones afectivas. Los "attempters" definen su ambiente como conflictivo, frustrante y no receptor a sus demandas de ayuda ^(21,22).

Por último, García-Maciá, Sarró, Giró y Otin ⁽²³⁾, consideran que los intentos suicidas pueden ser entendidos desde tres miradas:

1. Como síntoma de una enfermedad mental (p.e. depresión, psicosis, trastorno limítrofe de la personalidad, etc).
2. Como estrés: aquellos de menor cronicidad, evaluados como reacción frente a una situación ambiental estresante de aparición reciente.
3. Como crisis: de mayor cronicidad, en los que el sujeto se encuentra en una situación a la que no halla salida, de varios meses de evolución" (p. 31).

Amenaza suicida

La amenaza suicida son verbalizaciones, insinuaciones o afirmaciones, relacionadas con la intención de cometer suicidio, generalmente se expresan

con el objetivo de obtener ayuda por parte de las personas con las que se tiene un estrecho vínculo afectivo ⁽²⁴⁾.

Ideación suicida

Es la forma más común de conducta suicida que se identifica cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo ⁽²⁵⁾. O'Carroll y Cols ⁽²⁶⁾, en una definición más sencilla, consideran Ideación suicida a cualquier pensamiento auto-reportado de intentar una conducta relacionada con el suicidio.

Por su parte, Goldney y Cols. ⁽²⁷⁾ consideran que la ideación suicida incluye desde pensamientos fugaces de que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse.

No obstante lo anterior, De Wilde, Kienhorst y Diekstra ⁽²⁸⁾ consideran que el término "suicida" no debería usarse para el deseo de muerte o para los pensamientos de que la vida no vale la pena, sino sólo para los pensamientos que impliquen el deseo o intención o plan de acabar con la vida por su propia mano. Así, habría que distinguir entre pensamientos de muerte y pensamientos suicidas.

El Modelo procesual del estrés

El estrés puede ser definido como el proceso comportamental integrado por factores biológicos, psicológicos y sociales, que una persona vive al enfrentarse con estímulos o eventos que son percibidos como amenazantes o dañinos, razón por la cual debe desplegar acciones que implican una alta exigencia psicológica y física ⁽²⁹⁾.

Tal como se puede observar en la figura 1, el proceso inicia con la aparición de un estímulo estresor (o varios), que es evaluado dentro

del ambiente en el que se presente, generando además una autoevaluación, por parte de la persona, de los recursos de afrontamiento que posea. Para esta evaluación, la persona cuenta con la información que llega de su activación emocional, de las atribuciones y creencias que posea y de las consecuencias del soporte social que reciba. Las respuestas se dan en dos frentes principales: el fisiológico y el socio-cognitivo-conductual que a su vez pueden ser modulados por factores como la personalidad, el estilo de vida, la constitución biológica, la genética, la salud mental, etc. del individuo. Las respuestas dadas son retroalimentadas directamente o por medio de los cambios que se observen en el estresor ⁽³⁰⁾.

Evaluación cognitiva

“La evaluación cognitiva es el proceso por el cual damos sentido a los eventos que ocurren a nuestro alrededor o dentro de nosotros mismos” ⁽³¹⁾. Refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas

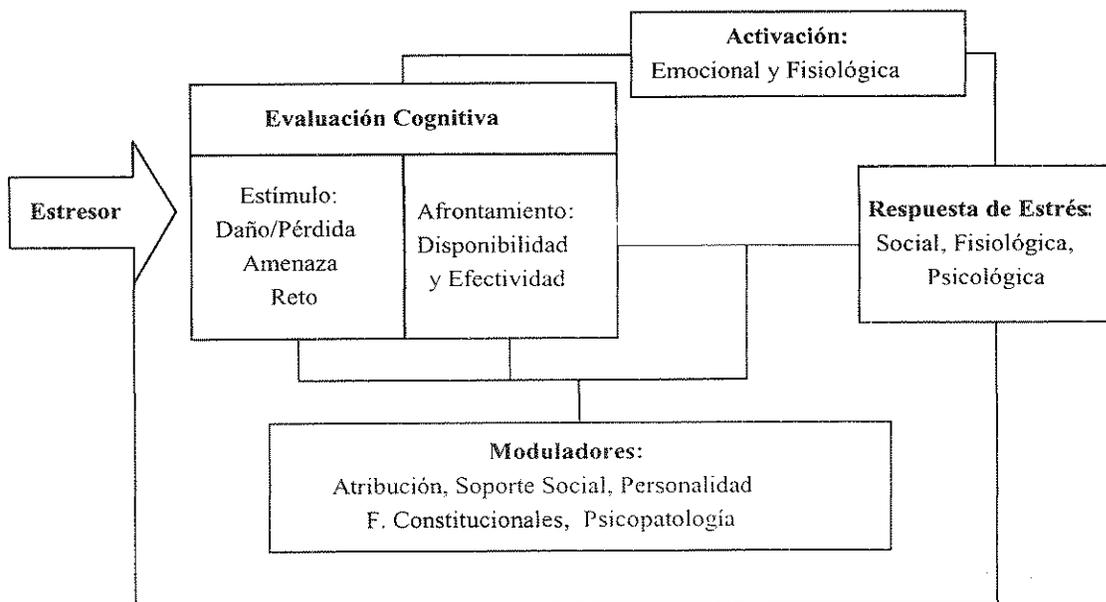
características (valores, prioridades, estilos de pensamiento y percepción) y el entorno, cuyas particularidades deben predecirse e interpretarse para lograr una adecuada adaptación ⁽³²⁾.

Flórez ⁽³³⁾ afirma que en el estrés no es tan decisiva la cantidad de estímulos estresantes enfrentados, como la percepción que tenga el individuo de la amenaza, potencial o real, que ellos le representen.

Según Lazarus y Folkman ^(34, 35) cuando los seres humanos enfrentan un estímulo estresor, se dan tres resultados diferentes de su evaluación: a) *Daño*, que incluye un perjuicio ya hecho (incluyendo la pérdida), b) *Amenaza*, que implica aquello que resulta ser potencialmente dañino para el individuo y c) *Reto*, en el que existe una probabilidad potencial de ganancias significativas, bajo condiciones extrañamente difíciles.

A juicio de Weiss ⁽³⁶⁾ la evaluación de lo amenazante que puede llegar a ser un estímulo para una persona depende de tres aspectos principales: a) su predictibilidad, es decir, poder conocer en

Figura 1. Modelo del proceso Estrés - Afrontamiento



qué momento se va a presentar; b) posibilidad de hacer algo ante él y c) efectos que sobre él generen las acciones del mismo individuo. Así pues, se asume que un estímulo es más estresante si es impredecible, tiene baja posibilidad de afrontamiento y es inmodificable.

Otro aspecto importante es la duración y la frecuencia de la aparición del estresor, pues se ha demostrado que los eventos de tipo crónico tienen un importante efecto sobre el bienestar integral de la persona ⁽³⁷⁾. De igual forma, la activación emocional también influye en la evaluación del estresor, pues una mayor activación puede ser correlacionada con una magnificación de la amenaza ⁽³⁸⁾. Después de que la amenaza del evento ha sido evaluada (evaluación primaria), se estiman los recursos propios para enfrentarla y/o reducir la magnitud de tal amenaza (evaluación secundaria), lo que se denomina también la evaluación del afrontamiento.

En este punto específico del proceso de estrés, el individuo evalúa tanto la presencia de estrategias de afrontamiento dentro de su repertorio comportamental, como la efectividad que las mismas puedan llegar a tener frente a la situación específica por la que está atravesando ⁽³⁹⁾.

En conclusión, para que ocurra el estrés es necesario que el individuo haga una evaluación altamente negativa o demandante del evento y/o de insuficiencia o ineffectividad significativa de los recursos de afrontamiento que posea.

Afrontamiento

Por afrontamiento se entiende acá, las acciones sociales, cognoscitivas y/o comportamentales que despliega una persona para poder manejar un evento o situación estresante, de tal manera que pueda reducirla y adaptarse, previniendo su aparición o remediando su daño ^(40, 41, 42).

Los principales objetivos del afrontamiento son: a) reducir las condiciones peligrosas del medio y fomentar perspectivas de recuperación, b) tolerar o

ajustarse a eventos o realidades negativas, c) mantener una autoimagen positiva, d) mantener el equilibrio emocional y e) continuar con relaciones satisfactorias con otras personas.

De otro lado, de acuerdo con su énfasis, los tipos de afrontamiento pueden ser:

1. Centrado en el *problema*: Que implica los esfuerzos dirigidos a hacer algo constructivo sobre las condiciones que generan estrés.
2. Centrado en la *emoción*: Que son los esfuerzos realizados en procura de una regulación emocional, ya sea a nivel de los comportamientos que la expresan, las reacciones fisiológicas que produce o la tensión subjetiva que genera.

Reevaluación

Este aspecto se establece como un importante factor del proceso de afrontamiento del estrés, dada su característica dinámica. El individuo evalúa constantemente los cambios que suceden en la relación persona-ambiente. Dichos cambios pueden darse al obtener nueva información, al ocurrir un evento fortuito en el ambiente o como resultado de los esfuerzos personales por afrontar al estresor. Ahora bien, la reevaluación puede llegar a modificar cómo se construye la relación persona-ambiente, las emociones que se experimentan y, por tanto, los esfuerzos de afrontamiento que se despliegan ⁽⁴³⁾.

En la figura 2, Folkman y Cols ⁽⁴⁴⁾ representan la manera como interactúan la evaluación, el afrontamiento y la reevaluación. El proceso se inicia con la determinación de los elementos específicos el estresor global, de los cuales se extraen los aspectos modificables e inmodificables, lo que a su vez determina si la estrategia de afrontamiento es centrada en el problema o centrada en la emoción. En la reevaluación se determina si el estresor ha sido resuelto (adecuadamente controlado) o no.

Si la respuesta es ésta última, se inicia de nuevo el proceso de evaluación de los estresores.

Factores moduladores del estrés

En este punto se incluyen algunas de las variables que afectan la forma como se da el proceso de estrés en una persona.

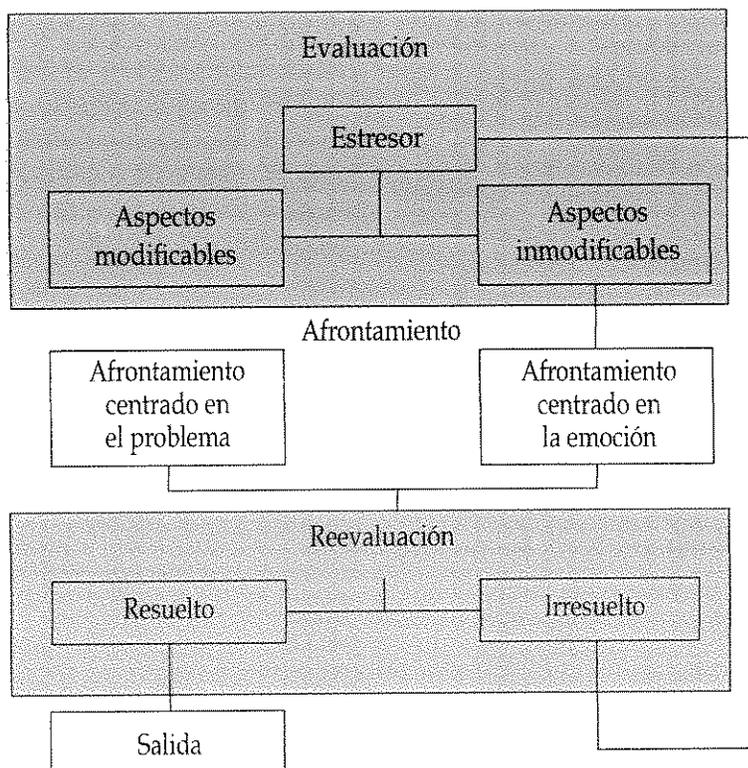
Un primer elemento es el de la *atribución*, en el que se incluyen toda la serie de estructuras y resultados cognoscitivos que hacen que una persona vea su ambiente de una cierta forma y no de otra. En dicho término, se reúnen el estilo atribucional de cada individuo, sus creencias y valores, su sentimiento de control, etc. Se considera que esta variable determina en gran medida, el grado en el que el individuo determina lo modificable de la situación y, por

ende, el tipo de acciones de afrontamiento que despliegue ⁽⁴⁵⁾.

Otro aspecto clave en el proceso de estrés es el *Apoyo o soporte social*, que implican las acciones por medio de las cuales una persona hace uso de las redes y relaciones sociales que mantiene, para poder enfrentar un evento estresante ⁽⁴⁶⁾. Este apoyo social puede ser de tipo: a) material (dinero, beneficios y servicios), b) emocional (sentirse amado y valorado) o c) informacional (sugerencias sobre el significado de los estresores o las estrategias de afrontamiento). El soporte social puede modular el estrés a través de dos vías: a) Previniendo el estrés, cuando el individuo sabe que cuenta con el apoyo de otros, por lo que los eventos se ven como menos estresantes; y b) Mitigando los efectos significativos del estrés.

Un tercer elemento moderador es el relacionado

Figura 2. Modelo de asociación entre evaluación, afrontamiento y reevaluación cognitiva (Adaptación de Folkman y Cols., 1991)



con la *personalidad*, entendida como el conjunto de conductas que conforman un patrón de comportamiento y que tienen una alta probabilidad de aparición ante situaciones muy determinadas. Se espera entonces que ese patrón haga más o menos probable: a) la aparición de un determinado estado emocional ante el estresor (el cual afecta su evaluación) o b) la implementación de una determinada estrategia de afrontamiento (afectando su modificación) ⁽⁴⁷⁾.

Otro elemento es el que se refiere a los aspectos *constitucionales* del individuo, compuesto por factores biológicos y genéticos, que determinan las características de la respuesta y activación fisiológicas del individuo.

Suicidio y afrontamiento

El modelo de estrés-afrontamiento formulado por Lazarus y Folkman ⁽⁴⁸⁾ ha demostrado ser una buena herramienta para conceptualizar y comprender también las conductas suicidas, entendidas éstas en su interrelación con el ambiente externo e interno del individuo suicida ⁽⁴⁹⁾. En la figura 3 se presenta el modelo de estrés-afrontamiento contextualizado en la conducta suicida.

Estresores

El modelo inicia planteando que la conducta suicida tiene su inicio distal o inmediato en un conjunto de estresores significativos, los cuales pueden ser de diferente tipo:

1. Estresores vitales: Los cuales son eventos altamente estresantes que aparecen como fruto del ciclo vital (por ejemplo, el matrimonio, el divorcio, el nacimiento de un hijo, la muerte de un familiar, el cambio de lugar de residencia, etc).
2. Estresores crónicos: Entendidos como eventos cuya duración es prolongada y su posibilidad de terminación es baja (por ejemplo: la enfermedad mental de un familiar, algunos conflictos familiares, desempleo prolongado, enfermedades

crónicas o terminales, secuestro, maltrato intrafamiliar, etc.)

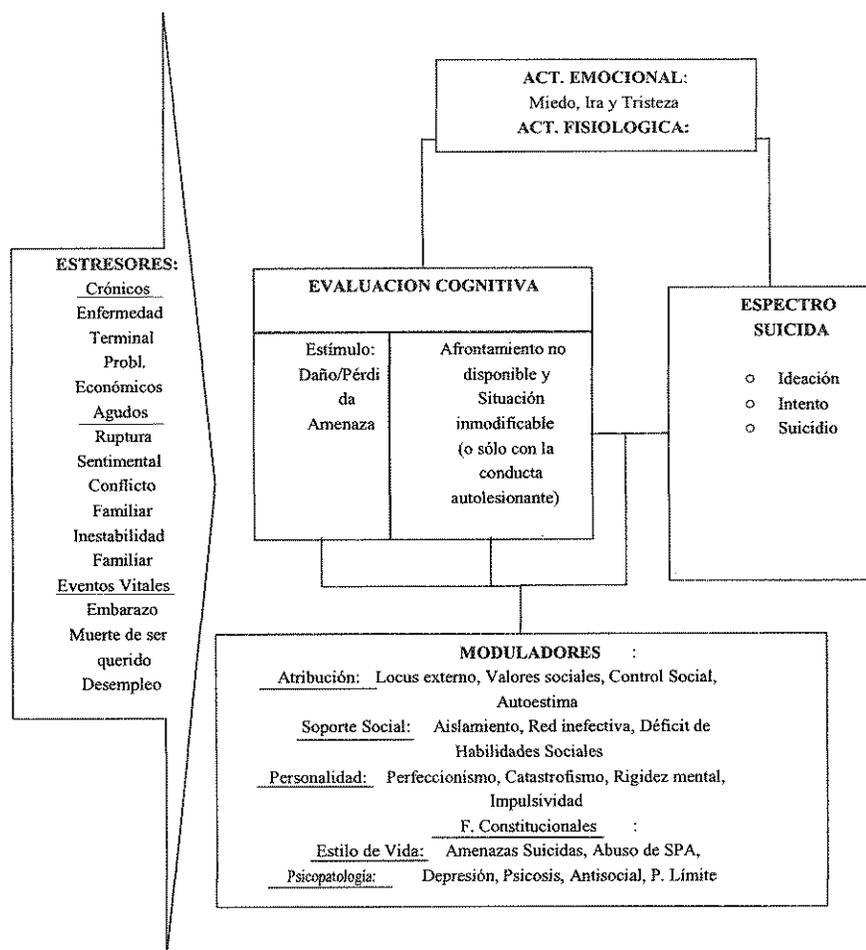
3. Estresores agudos: Se refieren a eventos de alto impacto psicológico y una breve duración (por ejemplo: una fuerte discusión familiar, la ruptura de una relación afectiva, el abuso sexual, ser víctima de violencia urbana, etc.).
4. Estresores cotidianos: implica la presencia de estresores de baja intensidad que se presentan durante el día, casi todos los días y que pueden tener un efecto de estrés acumulativo.

Diversos estudios han demostrado que las personas con alguna de las conductas del espectro suicida experimentan más estresores (en especial más eventos vitales) que los sujetos normales; también, presentan más eventos estresantes recientes que los pacientes depresivos o las personas normales, y además, se ha demostrado que experimentan un incremento significativo de este tipo de eventos justo antes de la aparición de la conducta suicida ⁽⁵⁰⁾.

Ahora bien, al hablar de suicidio se han encontrado diferentes tipos de estresores. Por ejemplo, a juicio de Otto ⁽⁵¹⁾ los factores precipitantes de la conducta suicida son: a) conflictos amorosos, b) problemas familiares, c) enfermedades mentales y d) problemas escolares. Otros factores que han cobrado relevancia en las últimas décadas son el embarazo no deseado y el consumo de SPA.

A nivel familiar, los principales problemas son la separación o divorcio de los padres, la ausencia psicológica del padre; la integración de indiferencia, hostilidad y permisividad o exceso de autoridad, en las pautas de crianza; muerte de uno de los padres y el alcoholismo en alguno de los miembros de la familia ^(52, 53). También se ha encontrado que las peleas paterno-filiales, los problemas legales de los padres o el abuso físico y emocional se convierten en serios predictores del suicidio ⁽⁵⁴⁾. En este punto es importante reconocer que los conflictos familiares pueden adquirir características de estresores crónicos,

Figura 3. Modelo Estrés-Afrontamiento aplicado a la conducta suicida



razón por la cual algunos eventos familiares de mayor intensidad, real o percibida, pueden precipitar las conductas suicidas ⁽⁵⁵⁾.

Otro tipo de estresores son los que se han denominado las pérdidas interpersonales que implican eventos tales como: separación de los padres, ruptura de una relación afectiva, vivir separado de los padres biológicos, muerte de un familiar cercano, etc. ⁽⁵⁶⁾.

Evaluación cognitiva: primaria y secundaria

En el caso del suicidio, es claro que el paciente suicida reconoce más eventos estresantes que una persona normal, lo que llevaría a suponer que hay un sesgo que permite estar más atento a la presencia de estresores o que las mismas estrategias

de manejo del ambiente hacen que el individuo se vea enfrentado a un mayor número de ellos.

Con respecto a la *evaluación cognitiva primaria*, los datos empíricos demuestran que dentro de los principales estresores se encuentran las pérdidas personales. En otras palabras, el sujeto tiene una alta probabilidad de evaluar sus estresores como daños/pérdidas, es decir, como eventos que generan un gran impacto por el daño afectivo causado y que resultan irremediables (objetiva o subjetivamente), disminuyendo la posibilidad de hacer algo para su modificación y llevando a la persona a estados depresivos. Ello explicaría que dentro de los principales eventos estresantes se encuentren la muerte de seres queridos, la separación de los padres o las rupturas afectivas.

Por otro lado, la evaluación de amenaza puede estar presente en el momento en que la persona prevé que va a sufrir un daño/pérdida potencial en el futuro. Esto se encuentra relacionado con síntomas de tipo ansioso y de carácter evitativo y estaría asociado con conductas suicidas desplegadas ante situaciones como: el embarazo no deseado, futura pérdida de bienes (p.e. casa), posibilidad de reprimendas o castigos paternos, etc.

En lo relacionado con la *evaluación cognitiva secundaria*, se ha demostrado que bajos niveles de autoestima, autoconcepto y autoeficacia están seriamente relacionados con la conducta suicida (57,58). Lo que permitiría explicar que los individuos suicidas consideran que no son tan valiosos como para que valga la pena vivir, o que no tienen los recursos para enfrentar las situaciones difíciles o que a pesar de que hagan lo que hagan sus esfuerzos no van a tener ningún resultado positivo. Desde esta óptica, el suicidio se vería justificado para quien lo comete, al implicar que no se estaría perdiendo "nada" con la muerte y que tal vez sea lo único efectivo que la persona pueda hacer.

Afrontamiento

Algunas investigaciones reportadas por Piquet y Wagner (59) han demostrado que los suicidas se caracterizan por presentar respuestas menos constantes y esforzadas y más respuestas automáticas, lo que implicaría que tienden a rendirse más fácilmente ante un estresor de difícil solución, así como a presentar respuestas poco planeadas en el momento de enfrentarlo. Ello conllevaría a soluciones inadecuadas que (al no ser realmente una solución) arrastran a la persona a adicionales y complejas situaciones estresantes cada vez más inmanejables. Además, esta manera de enfrentar los problemas lleva a un desgaste psicológico que genera en la persona una sensación de baja autoeficacia, es decir, a la creencia de que sus acciones no son efectivas y que, por lo tanto, no vale la pena intentar su solución, fenómeno conocido como Desesperanza y que es considerado uno de los más potentes predictores de la conduc-

ta suicida (60).

De otro lado, la Teoría de Escape aplicada al suicidio (61) plantea que el individuo suicida empieza a experimentar un "dolor psicológico" que hace prácticamente imposible vivir y en virtud del cual se toma la decisión del suicidio como una manera de acabar con dicho dolor.

Diversos reportes clínicos demuestran que dos de los principales significados atribuidos al suicidio son: el de escapar de dificultades vitales y el de estar derrotado ante lo que implica la vida. Todo lo anterior permite suponer que las personas suicidas presentan dificultades significativas con el afrontamiento de sus estresores, al intentar solucionar problemas "irresolubles" (p.e. la muerte de un ser querido), en vez de ocuparse de su propio bienestar ante estas dificultades; así como abstenerse de solucionar problemas "solucionables" y centrarse en terminar las emociones negativas que ello conlleva. Este uso "erróneo" del afrontamiento centrado en el problema en situaciones irresolubles y del afrontamiento centrado en la emoción ante problemas "solucionables", estaría relacionado con la presencia de múltiples trastornos psicológicos, entre ellos el suicidio (62).

Variables moderadoras

Para el caso de la conducta suicida, dentro de las principales variables moderadoras se encuentra el *soporte social*, el cual ha demostrado ser un factor clave en la prevención del suicidio. Así pues, se ha identificado que el aislamiento social, sensación de soledad, conflictos con el grupo de amigos, bajos niveles de habilidades sociales, el no contar con (o pertenecer a) un grupo social significativo, sentimiento de rechazo o desapego social, insatisfacción con las relaciones sociales, entre otros, son factores altamente asociados a la conducta suicida (63, 64, 65).

Una segunda variable moderadora es la *psicopatología*, la cual se halla altamente relacionada con la presencia de conductas suicidas. Por ejemplo, Lewinson y Cols. (66) encontraron que la

psicopatología es una de las variables que explica un mayor porcentaje de la presencia e intensidad de las conductas suicidas. También se ha determinado la importancia de los trastornos de estado de ánimo (fundamentalmente el trastorno depresivo), trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, conducta disruptiva, trastorno límite de la personalidad, trastornos de ansiedad y esquizofrenia, entre otros, en el riesgo de conducta suicida ⁽⁶⁷⁾.

Una tercera variable moderadora tiene que ver con la presencia de *hábitos de salud-enfermedad*, lo que para el caso del suicidio se demuestra en los estudios epidemiológicos que han vinculado el suicidio con el consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas, así como conductas autolesivas a largo plazo (promiscuidad sexual, pandillismo, fumar, etc.) y conductas de riesgo para la vida (intentos de suicidio previos, conducir embriagado, deportes de riesgo, etc.)

^(68, 69)

Hay que resaltar también que en más del 75% de los casos de suicidio, se ha demostrado la presencia de enfermedad física, confirmando la relación enfermedad-suicidio ⁽⁷⁰⁾. En este punto, también se puede incluir el impacto del modelamiento de la conducta suicida como un hábito o conducta normal, lo cual explica el valor de riesgo que representa contar con familiares o amigos cercanos que hayan presentado conductas suicidas, así como la presencia de intentos previos, los cuales pueden ser considerados ensayos de un futuro suicidio

^(71, 72, 73)

Otra variable moderadora son los *rasgos de la personalidad*, pues se ha encontrado que los adolescentes con intento de suicidio presentaron un estilo cognitivo de evaluación negativa de los sucesos y situaciones. Además, fueron más retraídos y aislados y tenían una visión absolutamente negativa del futuro ⁽⁷⁴⁾. Otros estudios han demostrado que el perfeccionismo y la rigidez mental son características altamente relacionadas con la conducta suicida ⁽⁷⁵⁾.

En este mismo sentido, Gibb y Cols. ⁽⁷⁶⁾ exponen desde la teoría de la *desesperanza*, que un estilo cognitivo negativo, consistente en la tendencia a realizar inferencias negativas sobre las causas, consecuencias y autoimplicaciones de los eventos estresantes vitales, contribuye al desarrollo de la desesperanza, los síntomas depresivos y las conductas suicidas.

Otro aspecto importante dentro de las variables moderadoras, tiene que ver con el papel *socializador* de las normas, los valores y las "modas", pues se ha demostrado que una actitud favorable o positiva hacia el suicidio como una solución posible o normal ante los problemas cotidianos está relacionada con un mayor riesgo de presentar tal conducta ⁽⁷⁷⁾.

Por último, hay que reconocer la importancia de los aspectos *fisiológicos, evolutivos y constitucionales* del individuo, los cuales se convierten en correlatos etiológicos necesarios (aunque no suficientes) para la aparición de la conducta suicida ^(78, 79, 80).

Algunos elementos para la prevención del suicidio:
Una propuesta de trabajo

A partir de los elementos y la lógica del modelo de Suicidio-Afrontamiento, se pueden formular unas fases básicas en la estructuración de programas integrales de prevención del suicidio.

1. *Identificación y control de estresores*: Implica acciones que permitan identificar cuáles son los estresores más significativos para las personas y el desarrollo de estrategias para su disminución o manejo.
2. *Conciencia de la evaluación cognitiva*: En esta fase se debe analizar cuál es la posición que las personas asumen frente a los problemas y cuáles son los recursos con los que cuentan para manejarlos; así como propender por posturas más optimistas frente a ellos.

3. *Adquisición de estrategias de afrontamiento:* Implica el fortalecimiento o adquisición de las habilidades conductuales, cognitivas, sociales y de manejo afectivo-emocional que les permitan a las personas manejar adecuadamente los estresores que enfrentan.
4. *Control de factores moderadores de riesgo:* Comprende las acciones encaminadas al cambio cultural, social y personal que hacen a una persona más propensa a la conducta suicida.
5. *Incremento de factores moderadores protectores:* Se compone de las acciones orientadas a que las personas cuenten con recursos personales y sociales que faciliten el afrontamiento adecuado de los problemas y crisis por los que atraviesen.

Líneas estratégicas de acción

En consonancia con el modelo de suicidio-afrontamiento y con las fases básicas en la atención, planeados antes, se formulan algunas propuestas de trabajo tanto de promoción de la salud, como de prevención y atención de la conducta suicida.

Inicialmente, hay que reconocer que los *estresores* no se pueden evitar en su totalidad, son parte inherente a la vida humana, por lo cual es importante que los esquemas de atención psicosocial brinden acciones de prevención y atención oportuna de las diferentes manifestaciones de problemas familiares, toda vez que es claro el grave daño que situaciones como los conflictos constantes, el maltrato intrafamiliar, el abuso sexual, el alcoholismo de los padres de familia, etc., tienen en el desarrollo de las conductas suicidas. Es necesario generar estrategias y unir esfuerzos para devolverle a la familia ese papel estructurador y proveedor de afecto y seguridad que la naturaleza psicológica del ser humano le reclama.

De igual forma, es de gran relevancia apoyar y atender a las personas en el manejo de las

relaciones afectivas, de tal manera que cumplan con su papel de generadoras de bienestar integral para el ser humano y no se estructuren en eventos estresantes que hagan más probable la presencia de la conducta suicida.

En lo referente a la *evaluación cognitiva* se requiere que la sociedad desarrolle el sentido de "Reto" como evaluación cognitiva primaria. Este implica ver que hay estresores que representan una oportunidad de obtener algo importante, a pesar de que el proceso para conseguirlo implique un alto costo. Así se esperaría que antes que sesgarse a evaluar las dificultades como un daño, una pérdida o una amenaza; se vean como la oportunidad que se tiene de conseguir cosas positivas y constructivas en la vida.

Con respecto al *afrontamiento*, es importante reconsiderar y modificar los esquemas sociales para que la enseñanza del afrontamiento, se convierta en uno de los principales valores de la educación familiar y escolar. Con esto se hace referencia a que en nuestra sociedad debe darse un gran esfuerzo por enseñar a los niños y los jóvenes que los problemas de la vida son normales y que lo que permite estructurar a un ser humano es el esfuerzo que hace por afrontar de manera constructiva dichos problemas. En esto, es clave que los padres de familia, en vez de evitar que sus hijos enfrenten problemas, se comprometan con enseñarles las mejores maneras de manejarlos positivamente.

Otro aspecto relacionado con lo arriba mencionado, es que desafortunadamente las generaciones actuales de padres de familia han asumido la idea de "darle a los hijos lo que ellos no tuvieron", situación que si bien es cierto permite el mejoramiento de las condiciones culturales, afectivas y económicas de las nuevas generaciones, ha traído consigo un déficit significativo en lo que hace referencia al manejo de la frustración y de las emociones negativas. Resulta fundamental enseñarles a los jóvenes que el dolor es una condición natural de la vida y de la condición humana y que antes de huir

de esas emociones negativas, lo importante es enfrentar los problemas, manejar la frustración que representan y desarrollar estrategias para controlar el impacto emocional que causan.

En lo que hace referencia a los *aspectos moderadores de riesgo*, un asunto que es de particular importancia y sobre el cual es necesario continuar los esfuerzos que se están haciendo es el de la prevención del consumo y abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas, de tal manera que se disminuya la presencia de esta variable como un factor de riesgo no solo para la conducta suicida, sino para una amplia variedad de problemas sociales y de salud.

Por otra parte, en cuanto a los *aspectos moderadores protectores*, un asunto de tipo cultural tiene que ver con el "Valor Social de Vivir", es decir, la importancia que como comunidad o sociedad se le da a la vida, pues los medios sociales de comunicación y las acciones gubernamentales y privadas se han orientado hacia los aspectos relacionados con la muerte. Aquí se trae a colación lo expresado en algunas reuniones del Observatorio del Delito de la Ciudad de Pasto: "Es hora de darle más importancia a la vida y a la gente buena que a la muerte y a la gente mala".

Otro aspecto que modera el impacto de las situaciones estresantes en la vida integral de las personas es el relacionado con la Autonomía, la Autoestima y el Autoconcepto, ya que es necesario que las pautas de crianza y los esfuerzos educativos se orienten a la formación de personas con un mayor empoderamiento personal, personas que se asuman valiosas por naturaleza, personas que consideren que también tienen valor desde su individualidad y no solo desde su relación con otros o desde su nivel de logro.

Complementario a esto está el papel del soporte social y de las habilidades sociales, las cuales

se deben desarrollar con miras a facilitar la integración social de los individuos, de manera que hagan de las relaciones interpersonales espacios de apoyo y crecimiento personal. Las instituciones de educación, como espacios sociales por naturaleza, tienen una oportunidad magnífica de formar generaciones más solidarias, cooperativas e integradas socialmente.

Por último, hay que trabajar con ahínco y constancia en los procesos de remisión al sistema de salud, pues es claro que por diferentes estrategias es factible identificar a población en riesgo de suicidio, pero las condiciones del actual sistema de salud hacen que esos casos remitidos se pierdan "por el camino" y no reciban la atención oportuna que permita evitar a futuro la presencia de conducta suicida. De otro lado, es importante prestar más cuidado en los niveles de atención básica de salud a personas con diagnósticos que se hayan demostrado como predictores de conducta suicida, tales como la depresión, la conducta disruptiva, altos niveles de ansiedad y psicosis, entre otros.

A modo de conclusión

Se ha demostrado que resulta válido aplicar el modelo de estrés-afrontamiento para la comprensión, prevención y atención de la conducta suicida en ambientes clínicos, educativos y sociales, lo que le da gran valor heurístico al modelo, al demostrarse su pertinencia, flexibilidad y aplicabilidad.

Se espera que este documento sea un pretexto para promover acciones de promoción de la vida a través de un cambio cultural y educativo que aleje a las personas de modelos sociales depresivos, inflexibles, culpabilizantes y derrotistas y los instaure en una postura optimista, creativa, flexible y constructiva de la vida, en pro de un mayor bienestar integral para todos.

REFERENCIAS

1. República de Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Suicidio 2004*. Manuscrito no publicado; 2005.
2. Departamento de Nariño. Observatorio Departamental del Delito. *Informe Comparativo 2003-2004*. Manuscrito no publicado; 2005.
3. Departamento de Nariño. Observatorio Departamental del Delito, *Informe Comparativo 2003-2004*. Manuscrito no publicado; 2005.
4. Maris, R.W. Suicide. *Lancet*, 2002; 360 (9329), p. 319, July 27th.
5. Diekstra, R. F. W. Suicidal behavior in adolescents and young adults: The international picture. *Crisis*, 1989; 10(1), 16-35
6. De Wilde, E.J.; Kienhorst, I.C.; y Diekstra, R.F.W. El suicidio en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1993.
7. Mingote, J.C.; Jiménez-Arriero, M.A.; Osorio-Suárez, R.; y Palomo, T. *Suicidio: Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
8. Organización Mundial de la Salud OMS. *Prevención del suicidio*. Cuadernos de Salud Pública, 35, 1969. Ginebra.
9. O'Carroll, P.W.; Berman, A.L.; Maris, R.W.; Moscicki, E.K.; Tanney, B.L.; y Silverman, M.M. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1996; 26 (3), 237-252.
10. Diekstra, R.F.W.; y Garnefski, N. On the nature, magnitude and casualty of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1995; 25 (1), 36
11. Maris, R.W. Suicide. *Lancet*, 2002; 360 (9329), p. 319, July 27th.
12. Durkheim, E. *El suicidio*. Madrid: Akal Editora, 1989 (Original publicado en 1897)
13. De Wilde, E.J.; Kienhorst, I.C.; y Diekstra, R.F.W. El suicidio en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1993.
14. Diekstra, R.F.W.; y Garnefski, N. On the nature, magnitude and casualty of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1995; 25 (1), 36
15. Maris, R.W. Suicide. *Lancet*, 2002; 360 (9329), p. 319, July 27th.
16. O'Carroll, P.W.; Berman, A.L.; Maris, R.W.; Moscicki, E.K.; Tanney, B.L.; y Silverman, M.M. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1996; 26 (3), 237-252.
17. O'Carroll, P.W.; Berman, A.L.; Maris, R.W.; Moscicki, E.K.; Tanney, B.L.; y Silverman, M.M. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1996; 26 (3), 237-252.
18. Mingote, J.C.; Jiménez-Arriero, M.A.; Osorio-Suárez, R.; y Palomo, T. *Suicidio: Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
19. Maris, R.W. Suicide. *Lancet*, 2002; 360 (9329), p. 319, July 27th.
20. Mingote, J.C.; Jiménez-Arriero, M.A.; Osorio-Suárez, R.; y Palomo, T. *Suicidio: Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
21. Diekstra, R.F.W.; y Garnefski, N. On the nature, magnitude and casualty of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1995; 25 (1), 36.
22. Mingote, J.C.; Jiménez-Arriero, M.A.; Osorio-Suárez, R.; y Palomo, T. *Suicidio: Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
23. Clemente, M. y González, A. *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1996.
24. Pérez, S. *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?* [serial on line] 2001 [citado 14 de febrero de 2004] Disponible en: URL: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
25. Mingote, J.C.; Jiménez-Arriero, M.A.; Osorio-Suárez, R.; y Palomo, T. *Suicidio: Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
26. O'Carroll, P.W.; Berman, A.L.; Maris, R.W.; Moscicki, E.K.; Tanney, B.L.; y Silverman, M.M. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1996; 26 (3), 237-252.
27. Goldney, R. D., Winefield, A. H., Tiggemann, M., Winefield, H. R., & Smith, S. Suicidal ideation in

- a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989; 79, 481-489.
28. De Wilde, E.J.; Kienhorst, I.C.; y Diekstra, R.F.W. El suicidio en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1993.
 29. Villalobos-Galvis, F.H. *La asociación psiconeuroinmunológica en la problemática del VIH-SIDA: Un estudio correlacional con pacientes del programa ETS-VIH/SIDA de la Clínica San Pedro Claver*. [Trabajo de grado en Psicología] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1996.
 30. Villalobos-Galvis, F.H. *La asociación psiconeuroinmunológica en la problemática del VIH-SIDA: Un estudio correlacional con pacientes del programa ETS-VIH/SIDA de la Clínica San Pedro Claver*. [Trabajo de grado en Psicología] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1996.
 31. Snyder, J. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
 32. Lazarus, R. y Folkman, S. *Estrés y procesos cognoscitivos*. Barcelona: Martínez-Roca, 1986.
 33. Flórez, L. *Un modelo factorial para el análisis de los aspectos psicológicos que intervienen en la relación estrés-enfermedad*. I Congreso Colombiano de Psicología de la Salud. Pereira, 1991.
 34. Lazarus, R. y Folkman, S. Coping and Adaptation. En W. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press, 1984.
 35. Lazarus, R. y Folkman, S. *Estrés y procesos cognoscitivos*. Barcelona: Martínez-Roca, 1986.
 36. Snyder, J. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
 37. Frankenhauser, F. A psychobiologic framework to stress and coping research in humans. En A. Mortimer y R. Trumbull (Ed.) *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press, 1986.
 38. Snyder, J. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
 39. Snyder, J. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
 40. Lazarus, R. y Folkman, S. Coping and Adaptation. En W. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press, 1984.
 41. Lazarus, R. y Folkman, S. *Estrés y procesos cognoscitivos*. Barcelona: Martínez-Roca, 1986.
 42. Snyder, J. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
 43. Folkman, S.; Chesney, M.; McKusick, L.; Ironson, G.; Johnson, D. y Coates, T. Traslating coping theory into an intervention. En J. Eckenrode (Ed.) *The social context of coping*. New York: Pleum Press, 1991.
 44. Folkman, S.; Chesney, M.; McKusick, L.; Ironson, G.; Johnson, D. y Coates, T. Traslating coping theory into an intervention. En J. Eckenrode (Ed.) *The social context of coping*. New York: Pleum Press, 1991.
 45. Lazarus, R. y Folkman, S. Coping and Adaptation. En W. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press, 1984.
 46. Cohen, S. Psychosocial models of the role of the social support in the etiology of the physical disease. *Health Psychology*, 1988; 7 (3), 269 -297.
 47. Krantz, D. y Glass, D. Personality, behavior patterns and Physical illness: Conceptual and metodological issues. En W. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press; 1984.
 48. Lazarus, R. y Folkman, S. Coping and Adaptation. En W. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press, 1984.
 49. Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R.M. y Joiner, T.E. Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress perspective. *Journal of Adolescence*, 1998; 21, 415-426.
 50. Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R.M. y Joiner, T.E. Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress perspective. *Journal of Adolescence*, 1998; 21, 415-426.
 51. Polaino-Llorente, A. Transtorno bipolar y conducta suicida en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en Niños y Adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1996.
 52. Polaino-Llorente, A. Transtorno bipolar y conducta suicida en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en Niños y Adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1996.
 53. Delgado, A.C.; Insuasty, D.M.; y Villalobos-Galvis, F.H. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Universidad y Salud*; 2004; 5, 60-76.
 54. Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R.M. y Joiner, T.E. Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress perspective. *Journal of Adolescence*, 1998; 21, 415-426.
 55. Buendía, J.; Riquelme, A.; y Ruiz, J.A. *El suicidio en*

- adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida. Murcia: Universidad de Murcia, 2004
56. Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R.M. y Joiner, T.E. Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress perspective. *Journal of Adolescence*, 1998; 21, 415-426.
 57. Lieberman, Z.; Solomon, Z.; y Ginzburg, K. Suicidal Ideation among young adults: Effects of perceived social support, self esteem and adjustment. *Journal of Loss and Trauma*. 2005; 10, 163-181.
 58. McGee, R., Williams, S., y Nada-Raja, S. Low-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2001; 29(4), 281-291.
 59. Piquet, M.L. y Wagner, B. Coping responses of adolescent suicide attempters and their relation to suicidal ideation a cross two year follow-up: a preliminary study. *Suicide and Life-threatening Behavior*. 2003; 33(3), 288-301.
 60. Gibb, B.E.; Alloy, L.B.; Abramson, L.Y.; Rose, D.T.; Withehouse, W.G.; y Hogan, M.E. Childhood maltreatment and college student's current suicidal ideation: A test of the hopelessness theory. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 2001; 31 (4), 405-415.
 61. Dean, P., Range, L., y Goggin, W. The scape theory of suicide in college students: Testing a model that includes perfectionism. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1996; 26 (2), 181-186.
 62. Folkman, S.; Chesney, M.; McKusick, L.; Ironson, G.; Johnson, D. y Coates, T. Traslating coping theory into an intervention. En J. Eckenrode (Ed.) *The social context of coping*. New York: Pleum Press, 1991.
 63. Lieberman, Z.; Solomon, Z.; y Ginzburg, K. Suicidal Ideation among young adults: Effects of perceived social support, self esteem and adjustment. *Journal of Loss and Trauma*. 2005; 10, 163-181.
 64. Polaino-Llorente, A. Transtorno bipolar y conducta suicida en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en Niños y Adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1996.
 65. Delgado, A.C.; Insuasty, D.M.; y Villalobos-Galvis, F.H. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Universidad y Salud*; 2004; 5, 60-76.
 66. Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R.M. y Joiner, T.E. Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress perspective. *Journal of Adolescence*, 1998; 21, 415-426.
 67. Delgado, A.C.; Insuasty, D.M.; y Villalobos-Galvis, F.H. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Universidad y Salud; 2004; 5, 60-76.
 68. O'Carroll, P.W.; Berman, A.L.; Maris, R.W.; Moscicki, E.K.; Tanney, B.L.; y Silverman, M.M. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1996; 26 (3), 237-252.
 69. Polaino-Llorente, A. Transtorno bipolar y conducta suicida en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en Niños y Adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1996.
 70. Delgado, A.C.; Insuasty, D.M.; y Villalobos-Galvis, F.H. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Universidad y Salud*; 2004; 5, 60-76.
 71. Polaino-Llorente, A. Transtorno bipolar y conducta suicida en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en Niños y Adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1996.
 72. Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R.M. y Joiner, T.E. Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress perspective. *Journal of Adolescence*, 1998; 21, 415-426.
 73. Delgado, A.C.; Insuasty, D.M.; y Villalobos-Galvis, F.H. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Universidad y Salud*; 2004; 5, 60-76.
 74. Buendía, J.; Riquelme, A.; y Ruiz, J.A. *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia, 2004
 75. Dean, P., Range, L., y Goggin, W. The scape theory of suicide in college students: Testing a model that includes perfectionism. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1996; 26 (2), 181-186.
 76. Gibb, B.E.; Alloy, L.B.; Abramson, L.Y.; Rose, D.T.; Withehouse, W.G.; y Hogan, M.E. Childhood maltreatment and college student's current suicidal ideation: A test of the hopelessness theory. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 2001; 31 (4), 405-415.
 77. Agnew, R. The approval of suicide: A social-psychological model. *Suicide and Life-threatening behavior*. 1998; 2, 205-225.
 78. Delgado, A.C.; Insuasty, D.M.; y Villalobos-Galvis, F.H. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Universidad y Salud*; 2004; 5, 60-76.
 79. Morón, P. *El suicidio*. México: Cruz O, 1992.
 80. Sarró, B. y de la Cruz, C. *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca, 1998.

