



**Universidad
Europea** MADRID

El Suicidio a prueba: ideación, mitos y factores de riesgo

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Alejandro Guzón de Arcos

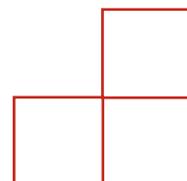
Tutor/a: Elena Huguet Cuadrado

2022/2023

Nº palabras: 8196

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



*A María, por ser y,
sobre todo, por estar.*

Resumen

Objetivos: La conducta suicida es un fenómeno multicausal, influenciado por diversas variables, como puede ser la autoestima, el consumo de sustancias, la red de apoyo, entre otras muchas. El objetivo del estudio es estudiar la relación entre las distintas variables sociodemográficas y la conducta suicida, además, de estudiar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y la conducta suicida. Por otro lado, se pretende estudiar la relación de los mitos y las variables sociodemográficas.

Metodología: Se llevo a cabo un estudio con un grupo aleatorio de personas identificadas en ambos géneros de entre 18-29 años y residentes en España. Los datos fueron recogidos online a través de un cuestionario compartido en redes sociales. Se utilizaron la escala PAYKEL, el ASI-III y un cuestionario *ad-hoc* de mitos. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 81 participantes que obtuvieron una puntuación media en PAYKEL de 1.36 indicando una tendencia hacia pensamientos de muerte. Se encontraron correlaciones entre algunas variables sociodemográficas y la conducta suicida y entre la sensibilidad a la ansiedad y la conducta suicida. En cuanto a los mitos se obtuvo correlaciones entre algunas variables sociodemográficas. **Conclusiones:** Los resultados indican una correlación entre distintas variables con la conducta suicida, estableciendo una línea de investigación futura.

Palabras clave

Conducta Suicida, Mitos, Sensibilidad a la Ansiedad, Suicidio.

Abstract

Objectives: Suicidal behaviour is a multicausal phenomenon, influenced by several variables, such as self-esteem, substance use, support network, among many others. The aim of the study is to study the relationship between different socio-demographic variables and suicidal behaviour, as well as to study the relationship between sensitivity to anxiety and suicidal behaviour. On the other hand, the aim is to study the relationship between myths and sociodemographic variables. **Methodology:** A study was carried out with a random group of people identified in both genders aged 18-29 years and living in Spain. Data were collected online through a questionnaire shared on social networks. The PAYKEL scale, the ASI-III and an ad-hoc questionnaire of myths were used. **Results:** A sample of 81 participants obtained a mean PAYKEL score of 1.36 indicating a tendency towards thoughts of death. Correlations were found between some sociodemographic variables and suicidal behaviour and between anxiety sensitivity and suicidal behaviour. As for myths, correlations were obtained between some sociodemographic variables. **Conclusions:** The results indicate a correlation between different variables with suicidal behaviour, establishing a line of future research.

Keywords

Anxiety Sensitivity, Myths, Suicidal Behaviour, Suicide.



Índice

1. Introducción.....	7
1.1. Antecedentes históricos.	7
1.2. Conceptualización del suicidio.....	9
1.3. Factores de riesgo.....	11
1.4. Prevención del Suicidio.....	13
1.5. Objetivos e hipótesis.	15
2. Metodología.....	17
2.1. Participantes.....	17
2.2. Procedimiento.....	17
2.3. Instrumentos.....	17
2.4. Análisis estadísticos.....	18
3. Resultados.	19
4. Discusión.	25
5. Conclusión.....	28
6. Referencias Bibliográficas.	30
7. Anexos	39
Anexo 1. Consentimiento informado.	39
Anexo 2. Escala PAYKEL.....	40
Anexo 3. ASI-III.....	41
Anexo 4. Cuestionario mitos del suicidio.....	43



Índice de tablas.

Tabla 1. Pruebas de normalidad de la muestra Kolmogorov-Smirnov	20
Tabla 2. Prueba U-Mann Whitney	21
Tabla 3. Prueba Kruskal Wallis	22
Tabla 4. Comparaciones por parejas Tratamiento Psicológico.....	22
Tabla 5. Regresión lineal	22
Tabla 6. Resultado Tau B de Kendall SA.....	23
Tabla 7. Regresión lineal.....	23
Tabla 8. Resultado Tau B de Kendall Edad.....	24
Tabla 9. Prueba U-Mann Whitney.....	24
Tabla 10. Regresión lineal	24

1. Introducción

1.1. Antecedentes históricos.

La conducta suicida y su comprensión ha evolucionado a lo largo de los años, pero sin llegar en ningún momento a un consenso en cuanto a su conceptualización. Pese a ello, es necesario realizar un recorrido histórico del suicidio, conociendo su origen y fundamento, para así poder comprender el desarrollo de las conceptualizaciones actuales (Ortega, 2018, p. 20).

Tomando como punto de partida la Antigua Grecia, destaca Platón, quien afirmaba que, sin importar los motivos que llevan al suicidio, todo aquel que lo cometía no merece ningún respeto (Brown, 2001). Aristóteles, consideraba el suicidio como un crimen contra la propia vida y una muestra de cobardía y deshonra (Ortega, 2018, p. 22). Sin embargo, Séneca sostenía que el suicidio es un acto de libertad al que se puede recurrir si se presentan muchas molestias o dolores, pero, si es producto de pasiones, impulsos o emociones es ilegítimo y una cobardía (Ortega, 2018, p. 23-24).

Cambiando de época, en la Edad Media, con el surgimiento del cristianismo, el suicidio paso a verse como un acto en contra de la voluntad divina, ya que el ser humano está bajo la voluntad de Dios y solo él puede dar o quitar la vida (Ortega, 2018, p. 25-27).

Con la llegada de las ideas racionalistas de Descartes, el pensamiento acerca del suicidio cambia, de esta manera, el filósofo David Hume argumenta que del suicidio no se puede derivar ninguna visión negativa ya que todo lo que hagamos es una extensión de las leyes divinas. De esta

manera, si conservamos o no la vida es una decisión que nos incumbe solo a nosotros, sin ser una causa de pecado y quedando esta acción libre de culpa (Ortega, 2018, p. 30).

Es importante señalar como, en el siglo XVIII, aquellas personas con antecedentes de intentos de suicidio se enviaban lejos de la sociedad, se creía que eran un peligro si la población los imitaba, más tarde, pasaron a ser encarcelados y tratados como delincuentes. En este marco, Montesquieu propuso que el suicidio fuera tratado no solo como consecuencia de demencia o locura sino como un problema con características complejas (Ortega, 2018, p. 32).

Schopenhauer concebía el suicidio como una manifestación plena de la libertad del ser humano, que se lleva a cabo con un verdadero sentido de la vida (Ortega, 2018, p. 33), en palabras de Schopenhauer (2013, p. 394): “[...] El suicida ama la vida, lo único que le pasa es que no acepta las condiciones en las que se le ofrece [...] Quiere vivir, aceptaría una vida sin sufrimientos y la afirmación de su cuerpo, pero sufre indeciblemente porque las circunstancias no le permiten gozar de la vida [...]”.

El sociólogo Durkheim conceptualizó el suicidio como fenómeno sociológico, legando grandes aportaciones conceptuales al comprender que en el suicidio existen algunos factores determinantes que no tienen por qué ser de origen clínico o psicológico, concibe el suicidio como un acto individual, pero de índole social (Ortega, 2018, p. 35).

1.2. Conceptualización del suicidio.

El suicidio no es un hecho aislado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) estimó que cada año se suicidan más de 700. 000 personas a nivel mundial, siendo el suicidio claramente un grave problema de salud pública, suponiendo una de cada cien muertes, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años (OMS, 2014). En 2021 en España la Fundación Española para la Prevención del Suicidio en su Observatorio del Suicidio sitúan en España el suicidio como principal causa de muerte no natural en jóvenes de entre 15 y 29 años. Para poder ahondar más en la gravedad del problema, el INE (2022) cifra en 4.003 por suicidio en 2021, siendo 22 de ellas menores de 15 años y 316 entre 15 y 29 años. Además, la tasa de suicidio por cada cien mil habitantes es tres veces mayor (10,38 frente a 3,61) que la tasa de muertes por accidentes de tráfico en población mayor de 25 años (INE, 2021).

El suicidio es la acción que uno mismo realiza con la intención de acabar con su vida y que conlleva la muerte, es un final abrupto a la vida y la forma más extrema en que la gente responde a una angustia insoportable. Es destacable que el suicidio no se considera una patología sino la conjunción de varios factores y predisponentes. (Zurrón y Caminero, 2020, p. 74). Por otro lado, el la conducta suicida *per se* no se refiere a una sola acción, sino que engloba diferentes comportamientos (Ngwena, Hosany y Sibindi, 2017) pasando por la comunicación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021).

El suicidio ha sido definido de muchas maneras, sin embargo, ninguna de ellas ha servido para acoger el complejo conjunto de conductas que se sugieren como suicidas, de hecho, en el

campo de la suicidología no existe una definición consensuada (Silverman y cols., 2007). La conducta suicida se manifiesta de maneras diferentes, oscilando en un gradiente de gravedad desde la ideación hasta el suicidio consumado (Fonseca-Pedrero y Pérez, 2020). Cabe destacar que el estudio de las conductas suicidas no debe abordar únicamente el acto en sí, sino estudiar todo el espectro de la morbilidad suicida que abarca la ideación suicida pasiva (desear estar muerto), la ideación suicida activa, la planificación y el intento de suicidio (Ayuso, Saiz, Morant y cols., 2012; Posner, Brown, Stanley y cols., 2011), formando así el continuo suicida cuyas categorías tienen una relación creciente con el riesgo de suicidio (De Wilde, Kienhorst y Diekstra, 1996).

Esta complejidad a la hora de estudiar el suicidio se debe a que este no sucede por una causa común, sino a la interacción entre factores psicológicos, sociales y contextuales, destacándose como un problema complejo y dinámico ya que las variables no interactúan de manera lineal y esta interacción varía en el tiempo (De Beurs, Bockting, Kerkhof y cols., 2021).

En los últimos años se está abordando el estudio de la conducta suicida desde la teoría de redes, que hipotetiza que los problemas psicológicos son sistemas dinámicos complejos de síntomas que interactúan y se agrupan mutuamente sin causa específica subyacente (Borsboom, 2017; Vázquez, Roca, Poyato y Pascual, 2017). De hecho, en investigaciones recientes sobre la conducta suicida mediante el análisis de redes se han visto resultados prometedores como evidencias en que el dolor desencadenado por pensamientos y sentimientos y la carga percibida (sentirse una carga para los demás) se relacionaron con la ideación suicida o que la carga percibida, el dolor psicológico y la derrota se relacionan con pensamientos suicidas, además de

que la derrota es una variable central en adultos jóvenes (De Beurs, Fried, Wetherall y col., 2019; Ordóñez-Carrasco, Sayans-Jiménez y Rojas-Tejada, 2021).

Por otro lado, los análisis de redes no solo nos permiten ahondar en las relaciones del suicidio no consumado o consumado, también permite explorar la relación de los factores de riesgo y de protección (Baños-Chaparro, Ynquillay-Lima, Lamas y Fuster, 2021). Modelos de red que exploraron la interacción de las conductas suicidas y factores de riesgo encontraron que la ansiedad, desesperanza, síntomas depresivos y afectividad negativa fueron las relaciones más fuertes (Núñez, Ulloa, Guillaume y cols., 2020; Shim, Ha, Park y cols., 2020; De Beurs, ten Have, Cuijpers y de Graaf, 2019), mientras que la afectividad positiva y la autoestima se vieron como los principales factores protectores (Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez, De la Barrera y cols., 2020).

1.3. Factores de riesgo.

Cuando se estudia la conducta suicida no podemos olvidarnos de la relación con otros factores como es la psicopatología previa, en este sentido Del Campo (2019), señala la existencia de numerosos estudios que manifiestan la relación entre depresión y conducta suicida, llegando a aumentar el riesgo de suicidio 21 veces respecto a la población general (SEP, 2015).

Otro factor importante es la ansiedad, más concretamente la Sensibilidad a la Ansiedad (SA) que se ha relacionado con pensamientos y comportamientos suicidas (Stanley, Boffa, Rogers y cols., 2018). La SA hace mención al grado en que un individuo teme las sensaciones relacionadas con la

ansiedad a causa de una interpretación errónea en los dominios cognitivos, físico y social (Taylor, Zvolensky, Cox y cols., 2007).

La investigación realizada hasta la fecha ha demostrado que los niveles más altos en SA están relacionados con la presencia y/o la gravedad de la ideación suicida y el riesgo de suicidio (Allan, Norr, Boffa y cols., 2015; Zvolensky, Paulus, Bakhshaie, y cols., 2016)

Además, en el metaanálisis realizado por Stanley, Boffa, Rogers y cols (2018) destacan como resultado que la Sensibilidad a la Ansiedad y la conducta suicida están fuertemente vinculados, siendo notable y consistente que la SA aumenta las respuestas de estrés y, a su vez, aumenta la suicidabilidad (Capron, Norr y cols., 2013).

Se han realizado múltiples estudios que han analizado las características de los individuos con presencia de ideación y/o conducta suicida. Destacando desde una perspectiva sociodemográfica los factores de riesgo: mediana edad y juventud (Cabello, Miret, Ayuso-Mateos y cols., 2020), el sexo, las mujeres presentan mayores tasas de ideación e intentos (Bello y Teruel, 2020) y el nivel de estudios, menor nivel de estudios se asocia a mayor riesgo de suicidio (Lorant, Kunst, Huisman y cols., 2005); factores de riesgo contextuales: falta de apoyo social y presencia de estrés ambiental (Kaslow, Sherry, Bethea y cols., 2005; Li, Page, Martin y Taylor, 2011). Por último, la desesperanza es uno de los factores de riesgo clave para la evolución de ideas pasivas a ideación suicida activa (Van Orden, Witte, Cukrowicz y cols., 2010)

Sin embargo, hay otros factores que influyen en la conducta suicida como los estilos de afrontamiento, la satisfacción familiar y escolar, la desregulación de las emociones, los síntomas emocionales, las dificultades conductuales, los problemas de relación con los compañeros, la hiperactividad, la baja autoestima, etc. (Díez-Gómez, Pérez-Albéñiz, Ortuño-Sierra y Fonseca-Pedrero, 2020).

1.4. Prevención del Suicidio

Es importante realizar una correcta labor de prevención de la conducta suicida que, tal y como señala Suelves y Rogers (2012), debe ser global, centrada en determinadas poblaciones y adquirir un carácter multidisciplinar que proponga acciones sobre factores interpersonales, comunitarios, sociales y políticos. Ya que, incluso con las cifras mencionadas anteriormente, la conducta suicida sigue siendo un fenómeno envuelto en estigma, tabú, mitos y falsas creencias, tanto por parte de la población general como de parte de los profesionales de la salud mental (Al-Halabí, García Haro, Rodríguez Muñoz, y cols., 2021).

La base de una prevención eficaz pasa por el abordaje de los factores de riesgo (identificándolos y trabajando sobre ellos) y el aprovechamiento y potenciación de los factores de protección (Gasull, 2020), dichos factores de protección son: presencia de habilidades de comunicación, confianza en uno mismo, creencias religiosas, apoyo familiar y social, entre otros (Jiménez, Martín, Pacheco y cols., 2012).

La conducta suicida no es un fenómeno únicamente analizable y prevenible en cuanto a sus factores de riesgo y prevención, en un estudio realizado por Pirkis y cols (2021) realizado en 21 países para analizar estadísticamente el aumento de suicidios en la pandemia, arroja resultados interesantes ya que parece que el aumento de los niveles de ansiedad, depresión y pensamientos suicidas no se ha traducido de manera directa en un aumento correspondiente de los suicidios consumados en los países examinados. Esto lleva a reflexionar sobre la naturaleza contextual de la conducta suicida, que no surge como síntoma de un aumento de problemas de salud mental, sino que se expone como un fenómeno complejo, multicausal y dinámico en el que se dan a la vez realidades de distinto tipo y orden (Al-Halabí y García Haro, 2021; Fonseca-Pedrero y cols., 2020)

No podemos olvidar que en toda prevención del suicidio se deben desarrollar actuaciones en la comunidad como la educación para la salud (dirigida a atajar el estigma existente en torno a los problemas psicológicos), incluir la prevención del suicidio y la resolución de conflictos en los centros escolares (Gasull, 2020), e invertir en prevención de suicidio ya que a pesar de ser una de las principales causas de muerte prevenibles no ha recibido la inversión financiera o humana que necesita (OMS, 2014).

Cabe destacar que, pese a lo expuesto con anterioridad, elaborar un plan de prevención del suicidio no es tarea sencilla, la dificultad de conceptualización y delimitación de la conducta suicida es patente, debido a que elaboramos los factores de riesgo en base a suicidios no consumados y no en base a los consumados. A esto hay que sumar la heterogeneidad de las causas que pueden llevar

a una persona a suicidarse, siendo estas tan diferentes como las personas que lo llevan a cabo (Turecki y Brent, 2016).

Incluso con esas dificultades, los programas de prevención del suicidio se han centrado en la reducción de los factores de riesgo o en la identificación del riesgo, pero el conocimiento sobre los factores de protección es limitado (Franklin y cols., 2017). Por ello, es importante desarrollar estrategias de prevención universales, dirigidas a toda la población y cuyo objetivo sea concienciar sobre el suicidio, educar a las personas y reducir el estigma, así como mitigar el impacto económico y promover factores de protección como el apoyo social (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021).

1.5. Objetivos e hipótesis.

Tras lo mencionado en apartados anteriores, el presente trabajo se centra en las variables mitos, sensibilidad a la ansiedad y conducta suicida en la población participante. Para ello, se presentan diferentes preguntas sobre las diferentes variables:

- Conducta suicida: ¿Existen diferencias sociodemográficas? ¿Influye la sensibilidad a la ansiedad en la conducta suicida? ¿Existe alguna variable predictora de la conducta suicida?
- Mitos: ¿Cómo de arraigado están los mitos en la muestra poblacional? ¿Destacan alguna variable sociodemográfica respecto a las demás? ¿Existe alguna variable predictora?

Mediante diferentes análisis estadísticos se trató de responder a las diversas preguntas planteadas. Además, tras la bibliografía consultada, se establecieron diferentes hipótesis que se contrataron con los resultados estadísticos obtenidos.

La primera hipótesis plantea que las puntuaciones en conducta suicida aumentarían en aquellas personas con puntuaciones más elevadas en sensibilidad a la ansiedad (Stanley, Boffa, Rogers y cols., 2018)

En segundo lugar, se espera que haya diferencias significativas en la conducta suicida en los diferentes subgrupos sociodemográficos, ya que como se mencionó anteriormente, existen variables contextuales que serían un factor de riesgo (Kaslow, Sherry, Bethea y cols., 2005; Li, Page, Martin y Taylor, 2011). Por ello, se espera que las diferencias significativas se encuentren en el subgrupo socioeconómico.

En tercer lugar, se esperan diferencias significativas en la puntuación en mitos con la variable sociodemográfica área de trabajo, hipotetizándose que aquellas personas que han estudiado o se dedican a algo relacionado con la salud puntuarían más bajo en mitos respecto a las personas que trabajan o estudian otra área.

2. Metodología.

2.1. Participantes.

81 personas residentes en España de 18-29 años (media=23.65 y D.T.=2.753); de los cuales 34.6% se identifican con el género masculino y un 65.4% se identifica con el género femenino. Las personas fueron seleccionadas siguiendo los criterios de inclusión que fueron tener entre 18 y 29 años y residir en España. Por otra parte, se excluyeron participantes siguiendo los criterios de exclusión no ajustarse a la franja de edad indicada y residir fuera de España.

2.2. Procedimiento.

Se utilizó la plataforma *Google Forms* para recopilar la información de los participantes donde aceptaron participar de manera voluntaria. Antes de responder a los cuestionarios se presentó el consentimiento informado (Anexo 1). Para la distribución de los cuestionarios se han utilizado diferentes redes sociales como *Instagram* y *Twitter* y se ha difundido por *WhatsApp*. Se ha garantizado el anonimato en el estudio en todo momento. El periodo de recogida de datos comenzó el 15 de diciembre de 2022 y terminó el 30 de enero de 2023.

2.3. Instrumentos.

Se han utilizado diferentes instrumentos, estos han sido:

- Cuestionario sociodemográfico (edad, género, nivel de estudios, nivel socioeconómico, creencias religiosas, lugar de residencia, ocupación actual, recibe o ha recibido tratamiento psicológico)

- Escala de ideación suicida de Paykel (Paykel, Myers, Lindenthal, y Tanner, 2014). Se utilizó la adaptación española de Fonseca-Pedrero y Pérez (2020), compuesta por 5 ítems con respuesta dicotómica (si=1 ; no=0), evalúa la gravedad de los pensamientos suicidas, diferenciando dos dimensiones (pensamientos de muerte e ideación suicida), siendo los puntos de corte: sin ideación suicida (cero puntos), pensamientos de muerte (puntuación positiva en ítems uno o dos), ideación suicida (puntuación positiva en ítems tres, cuatro y/o cinco). La fiabilidad del instrumento en esta muestra, medido a través de la consistencia interna, es de Alfa de Cronbach (α) = 0.842.
- ASI-III (Taylor y cols., 2007). Se utilizó la adaptación española de Sandin, Valiente, Chorot y Santed (2007), diferenciando entre tres dimensiones de la ansiedad: física (suma de ítems 3, 4, 7, 8, 12, 15), cognitiva (suma de ítems 2, 5, 10, 14, 16, 18), social (suma de los ítems 1, 6, 9, 11, 13, 17). La fiabilidad del instrumento en esta muestra, medido a través de la consistencia interna, es de Alfa de Cronbach (α) = 0.936.
- Cuestionario Mitos del Suicidio *ad-hoc* (Parada, 2008), de respuesta verdadero/falso.

2.4. Análisis estadísticos.

Se han analizado los datos recabados con la herramienta IBM SPSS statistics 21 en el que se realizaron análisis descriptivos de la muestra (media y desviación típica para variables cuantitativas y frecuencia para variables cualitativas) contrastes bivariados, cuyo objetivo es comparar en qué medida las diferencias observadas pueden ser extrapoladas a la población general; y análisis de capacidad predictiva mediante regresión lineal múltiple por pasos

sucesivos que permitió observar que variables predicen la conducta suicida y la presencia de mitos.

3. Resultados.

Lo primero que se analizó fueron las variables sociodemográficas edad (Media=23.65 y D.T.=2.753), género (34.6% se identificaron como género masculino y 65.4% como femeninos), nivel de estudios (6.2% estudios obligatorios y 93.8% estudios superiores), área de estudio o trabajo (39.5% dedicados a área de salud y 60.5% a otra área), nivel socioeconómico percibido (4.9% como nivel bajo, 32.1% medio-bajo, 46.9% medio y 16% medio-alto), creencias religiosas (70.4% no creyentes, 18.5% creyentes pero no practicantes y 11.1% creyentes y practicantes) y tratamiento psicológico (48.1% no ha ido al psicólogo, 30.9% ha ido alguna vez y 21% estaba yendo en el momento del estudio).

Estos resultados mostraron las características de la población que comprende el estudio, la mayoría se identificaron con el género femenino, con estudios superiores, estudiaron o trabajaban en un área distinta del área de salud, la mayoría se percibe en un nivel económico medio, la mayoría no creyentes y solo una parte de la muestra está acudiendo a terapia psicológica en el momento del estudio.

El estudio se ha centrado en explorar la conducta suicida en la población adulta joven y los mitos sobre la conducta suicida. Para ello, se ha obtenido la media y desviación típica de la Escala de Ideación Suicida PAYKEL (Media=1.36 y D.T.=1.69) y del cuestionario de mitos el análisis de

frecuencia (43.2% contestaron correctamente en los mitos y un 56.8% fallo en al menos uno). De la escala PAYKEL se extrajeron los siguientes resultados: un 27.2% manifestaron pensamientos de muerte y un 24.7% ideación suicida, habiendo intentado un 7.4% quitarse la vida en el periodo de un año.

Una vez analizado los valores descriptivos de la muestra se procedió a analizar el supuesto de normalidad mediante Kolmogorv-Smirnov. Los resultados obtenidos reflejan que la muestra no se ajusta a la normalidad (Tabla 1), por lo que para los contrastes bivariados para averiguar si existe relación entre las muestras se utilizaron pruebas no paramétricas.

Tabla 1.

Pruebas de normalidad de la muestra Kolmogorov-Smirnov.

	Estadístico	gl	Sig.
MITOS	0.240	81	0.000
Edad	0.116	81	0.008
Género	0.419	81	0.000
Nivel de estudios	0.539	81	0.000
Área	0.394	81	0.000
Nivel Socioeconómico	0.259	81	0.000
Creencias Religiosas	0.428	81	0.000
Tratamiento Psicológico	0.303	81	0.000
PAYKEL	0.271	81	0.000

Nota: $p < 0.05$

Posteriormente se analizó si existía algunas diferencias significativas entre las distintas variables sociodemográficas y las puntuaciones en la escala PAYKEL mediante Tau de Kendall para variables continuas, U-Mann Withney para variables categóricas de dos niveles (Género, Área, Nivel de estudios) y mediante Kruskal Wallis para las variables categóricas (creencias religiosas, tratamiento psicológico y nivel socioeconómico percibido).

En esta línea se encontró que existen diferencias significativas en las variables nivel de estudios (estudios superiores o no) y área de estudio/trabajo (salud o no) PAYKEL (Tabla 2), lo que indica que existen diferencias entre grupos y la conducta suicida.

Tabla 2.

Prueba U-Mann Whitney

		Área	Nivel de estudios
PAYKEL	U-Mann Whitney	0.039	0.005

Nota: $p < 0.05$

Por otro lado, a través de la prueba Kruskal Wallis se observó que existen diferencias significativas en la puntuación en la escala PAYKEL y el tratamiento psicológico (Tabla 3), encontrando diferencias entre aquellos que lo recibieron o lo reciben en el momento del estudio y los que no, no se encontraron diferencias entre seguir en el momento del estudio un tratamiento psicológico o haberlo tenido en algún momento. (Tabla 4).

Tabla 3.

Prueba Kruskal Wallis.

	gl	Sig.
Tratamiento Psicológico	2	0.000

Nota: $p < 0.05$

Tabla 4.

Comparaciones por parejas Tratamiento Psicológico.

	Error típico	Sig.
No haber recibido tratamiento – Recibirlo en algún momento	5.656	0.022
No haber recibido tratamiento – Recibirlo en el momento del estudio	6.416	0.000
Recibir tratamiento psicológico en algún momento – Recibirlo en el momento del estudio	6.940	0.290

Nota: $p < 0.05$

Una vez realizados los análisis para ver si existía alguna relación entre las variables sociodemográficas y la conducta suicida (medida con la escala PAYKEL) se procedió a analizar el valor predictivo de las variables (Tabla 5). Se encontró que el nivel de estudios y el área poseían un valor predictivo en la muestra estudiada, prediciendo ambas variables un 14% (R^2 corregida).

Tabla 5.

Regresión lineal.

Modelo	R²	R² corregida	gl	F	Sig
1	0.117	0.106	1	10.484	0.002
2	0.162	0.140	2	7.524	0.001

Nota: modelo 1: constante (PAYKEL) y nivel de estudios; modelo 2: constante (PAYKEL), nivel de estudios y área.

Una vez analizado la relación de las variables sociodemográficas y el valor predictivo, se procedió a analizar la relación entre la SA y la conducta suicida y su valor predictivo, para ello, al no cumplirse el supuesto de normalidad en la muestra, se utilizó . En estos análisis se obtuvo que las tres dimensiones de SA correlacionan positivamente con la conducta suicida, es decir, a mayores puntuaciones en la dimensión física, cognitiva o social mayores puntuaciones en PAYKEL (Tabla 5) y se vio que la dimensión cognitiva tenía valor predictivo sobre la conducta suicida (Tabla 6), excluyéndose del modelo las dimensiones física y social.

Tabla 6.

Resultado Tau B de Kendall SA.

		AnFísica	AnCognitiva	AnSocial
PAYKEL	Coeficiente de correlación	0.202*	0.276**	0.283**
	Sig. (bilateral)	0.019	0.002	0.001

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$*

Tabla 7.

Regresión lineal.

Modelo	R²	R² corregida	gl	F	Sig
1	0.117	0.106	1	10.508	0.002

Nota: modelo 1: constante (PAYKEL) y Ancognitiva

En cuanto a los Mitos, se realizaron los mismos análisis se han mencionado anteriormente. Los resultados obtenidos mostraron que existen diferencias significativas en edad en relación con

los Mitos, obteniendo un índice de correlación negativo (Tabla 8). Por otra parte, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de área y nivel de estudio y los Mitos (Tabla 9)

Tabla 8.

Resultado Tau B de Kendall Edad.

		Edad
Mitos	Coeficiente de correlación	-0.272**
	Sig. (bilateral)	0.002

*Nota: ** $p < 0.01$*

Tabla 9.

Prueba U-Mann Whitney

		Área	Nivel de estudios
Mitos	U-Mann Whitney	0.000	0.036

Nota: $p < 0.05$

Una vez analizada la relación existente entre Mitos y las variables sociodemográficas se procedió a analizar el valor predictivo de las variables, encontrando que el área y la edad predecían la presencia de mitos (Tabla 10), explicándose un 23% el modelo (R^2 corregida).

Tabla 10.

Regresión lineal.

Modelo	R²	R² corregida	gl	F	Sig
1	0.190	0.179	1	18.485	0.000
2	0.249	0.230	2	12.939	0.000

Nota: modelo 1: constante (Mitos) y Área; modelo 2: constante (Mitos), Área y Edad

4. Discusión.

El estudio de la conducta suicida ha ido avanzando con los años, buscando nuevas teorías, clasificaciones, variables predictoras, etc., intentando predecir y prevenir estas conductas. A pesar de los esfuerzos de investigadores y profesionales sanitarios de atajar esta problemática a nivel mundial, los casos de suicidio siguen aumentando con el paso de los años, utilizándose como arma política, desviándolo como un problema de salud amparado en el modelo médico de salud-enfermedad (OMS, 2018), siendo esta visión equivocada, que hace que creamos que la conducta suicida es un problema por razones no del todo ciertas, teniendo en el fondo que ver con el control de los individuos en la sociedad y con las pérdidas económicas (Ortega, 2018, p. 38).

La prevención del suicidio parte de una premisa errónea como es su concepción de enfermedad o de síntoma de un trastorno, a menudo utilizado para medir la gravedad de “trastornos” como la depresión. La conducta suicida es un fenómeno multicausal, con interrelación de distintas variables e influenciado por el contexto en el que se desenvuelve la persona.

Una vez analizado los análisis estadísticos y teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se observa que se cumple la primera hipótesis planteada en el estudio, las personas con mayores puntuaciones en SA puntúan más alto en la escala PAYKEL, además, se encontró la dimensión Cognitiva de la Sensibilidad a la Ansiedad como variable predictora de la conducta suicida.

En esta línea, se encontraron hallazgos similares en Allan, Norr, Boffa y cols (2015) y en Zvolensky, Paulus, Bakhshaie, y cols (2016), en donde concluían que niveles elevados en SA implicarían mayor riesgo en la conducta suicida. Estos resultados se corroboraron también en el metaanálisis realizado por Stanley, Boffa, Rogers y cols (2018) obteniendo tras la revisión de varias publicaciones que la SA y la conducta suicida están fuertemente vinculadas.

En cuanto a la segunda hipótesis, se puede observar en las variables sociodemográficas como el 79% de la población participante se identifican con un nivel socioeconómico medio-bajo o medio y un 51.9% de la muestra ha presentado pensamientos de muerte o ideación suicida en el último año, pero no se encontraron diferencias significativas entre el nivel socioeconómico percibido y la conducta suicida, por lo que la segunda hipótesis se rechaza, encontrando diferencias significativas en área, nivel de estudios y tratamiento psicológico, y viendo que el modelo formado por nivel de estudios y área explica un 14% la conducta suicida recogida en la escala PAYKEL.

Pese a que el nivel socioeconómico percibido puede considerarse como un factor de estrés ambiental y un factor de riesgo, ya que no es lo mismo que una persona se perciba en un nivel socioeconómico alto que otra que se perciba en un nivel socioeconómico bajo, en cuanto a preocupaciones, necesidades, etc., en línea con lo expuesto por Kaslow, Sherry, Bethea y cols (2005) y Li, Page, Martin y Taylor (2011), no se han obtenido esos resultados en este estudio, por lo que sería interesante seguir investigando en esta línea.

Por último, en relación con la tercera hipótesis, se encontró que la variable sociodemográfica edad correlaciona negativamente con Mitos, lo que se traduce en que aquellas personas con menor edad puntuaran más alto en mitos. Por otro lado, se encontraron diferencias entre estudiar o trabajar en un área relacionado con la salud o no en cuanto a los mitos. Además de esta variable se encontró correlación también en nivel de estudios. En cuanto a la capacidad predictiva se encontró que tanto el área como la edad poseían capacidad predictiva en la muestra sobre Mitos, logrando explicar el 23%.

Al igual que en otras investigaciones, en la realización de este estudio se han encontrado diferentes limitaciones que han de ser señaladas. La más evidente es la muestra obtenida, se recomienda en futuras investigaciones más participantes para una mayor generalización de los resultados a la población objetivo. Una segunda limitación sería la deseabilidad social, puede ocurrir que las respuestas sobre conducta suicida y/o ansiedad no sean del todo veraces, para futuras investigaciones se recomienda añadir escalas cualitativas con las que contrastar resultados o la realización de entrevistas presenciales para paliar dicho efecto. Una tercera limitación encontrada es que el investigador publicó en el cuestionario para recoger los datos en su cuenta de *Instagram* y *Twitter* lo cual sesgaría la muestra en dirección a área de salud y estudios superiores. En el futuro sería interesante utilizar otro medio de difusión que permitiría mayor heterogeneidad en la muestra. Por último, al ser un estudio eminentemente correlacional nos encontramos con un problema de direccionalidad, no sabemos cuál de nuestras variables ocurre primero dando lugar a la segunda variable como consecuencia.

5. Conclusión.

Como conclusión podemos afirmar que la conducta suicida es un fenómeno complejo en el que interactúan múltiples variables, por lo tanto, es complicado realizar un estudio exhaustivo de la misma. Se observa, según los resultados obtenidos, que existen variables sociodemográficas importantes como son el área y el nivel de estudios que interactúan tanto en la conducta suicida *per se*, como en los mitos de la misma.

Por otro lado, podemos concluir que, si bien la SA correlaciona con la conducta suicida, tan solo la dimensión cognitiva es capaz de predecirla, lo que podría traducirse en que los pensamientos rumiativos o pensamientos de desesperanza podrían inferir este comportamiento, relacionándolo con el continuo de la conducta suicida, comenzando, de manera general por pensamientos de muerte, posteriormente con ideación y planificación y finalmente el acto suicida (Ayuso, Saiz, Morant y cols., 2012; Posner, Brown, Stanley y cols., 2011). Detectar estos pensamientos y actuar sobre ellos debería ser el primer paso en la prevención individual, así prevendríamos la evolución de pensamientos a acciones que pudieran terminar en un suicidio consumado. De esta manera, se deben tomar acciones en esta línea, actuando, teniendo en cuenta los pensamientos de desesperanza y la dimensión cognitiva y no acallándolos mediante psicofármacos y benzodiacepinas para mantener la productividad a corto plazo, ya que el problema sigue sin resolverse y como resultado se obtendrá una población medicalizada por el bien de la producción capital.

Si bien es cierto, afirmar que una variable o una dimensión de la SA puede predecir la conducta suicida puede conducir a error, ya que probablemente haya otras variables no tenidas en

cuenta en el estudio que predigan la conducta suicida y que, como se menciona en la teoría de redes, sea la interacción de las variables lo que nos arroje un resultado más fehaciente.

Por lo tanto, y a modo de conclusión general, los resultados de este estudio, y de los otros mencionados, esclarecen una línea de investigación prometedora para comprender mejor la conducta suicida y la manera de prevenirla, pero teniendo en cuenta que los datos obtenidos deben tenerse en cuenta con cuidado y estudiando otras aproximaciones que puedan interactuar con estas u otras variables.

6. Referencias Bibliográficas.

Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal Behavior Prevention: The Time to Act is Now.

Clínica y Salud, 32(2), 89-92 <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>

Al-Halabí, S., y García Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. In

E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639-675).

Pirámide.

Al-Halabí, S., García Haro, J. M., Rodríguez Muñoz, M. F., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal

behavior and the perinatal period: Taboo and misunderstanding. *Psychologist Papers*, 42(3)

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>

Allan, N.P., Norr, A.M., Boffa, J.W., Durmaz, D., Raines, A.M., y Schmidt, N.B. (2015). Examining

the unique relations between anxiety sensitivity factors and suicidal ideation and past suicide

attempts. *Psychiatry Research*, 228, 441-447

<http://dx.doi.org/10.1016/Zj.psychres.2015.05.066>

Ayuso, J.L., Saiz, J., Morant, C., Baca, E., Miret, M. y Nuevo, R. (eds.). (2012). Estudio de la

conducta suicida en la comunidad de Madrid.

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017024.pdf>

Baños-Chaparro, J., Ynquillay-Lima, P., Lamas, F., y Fuster, F.G. (2021). Network análisis of the

suicidal behaviour in Peruvian adults. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(3).

- Bello, M. A. R., y Teruel, D. S. (2020). Variables demográficas que predicen el intento de suicidio en población local española. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(1), 107-115
<https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3468.2020>
- Brown, R. (2001). *El arte del suicidio*. Madrid: Editorial Alianza.
- Cabello, M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Caballero, F. F., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Haro, J., Koskinen, S., Leonardi, M., y Borges, G. (2020). Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. *Aging & mental health*, 24(9), 1533-1542 <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1603284>
- Capron, D., Norr, A., Macatee, R., y Schmidt, N. (2013). Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity Cognitive Concerns: Testing the Incremental Contributions of Affect Dysregulation Constructs on Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *Behavior Therapy*, 44(3), 349-358.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.12.002>
- Crawford, E. A., Burke, T. A., Siegel, D., Jager-Hyman, S., Alloy, L. B., y Kendall, P. C. (2019). Somatic symptoms of anxiety and suicide ideation among treatment-seeking youth with anxiety disorders. *Suicide y Life-Threatening Behavior*, 49(3), 811–825.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12479>
- De Beurs, D., Bockting, C., Kerkhof, A., Scheepers, F., O'Connor, R., Penninx, B., y Van de Leemput, I. (2021). A network perspective on suicidal behaviour: Understanding suicidality

- as a complex system. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 51(1), 115-126
<https://doi.org/10.1111/sltb.12676>
- De Beurs, D., Fried, E.I., Wetherall, K., Cleare, S., O'Connor, D.B., Ferguson, E., O'Carroll, R.E., y O'Connor, R.C. (2019). Exploring the psychology of suicidal ideation: A theory driven network analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 120
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103419>
- De Beurs, D., ten Have, M., Cuijpers, P., y de Graaf, R. (2019). The longitudinal association between lifetime mental disorders and first onset or recurrent suicide ideation. *BMC Psychiatric*, 19, 345 <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2328-8>
- Del Campo, M. (2019). Suicidio, el reto de adelantarse a una realidad tan compleja como invisible. *Gaceta Médica*.
- De Wilde, E.J., Kienhorst, I.C, y Diekstra, R.F.W. (1996). El suicidio en la adolescencia. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). *SENTIA: An adolescent suicidal behavior assessment scale*. *Psicothema*, 32(3), 382–389.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>
- De la Barrera, U., Montoya-Castilla, I., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina., B., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). Mental Health Difficulties Related to Suicidal Behavior in Adolescents: The

Moderating Role of Self-Esteem. *Archive of Suicide Research*, 26. 716-730.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1823918>

Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., de la Barrera, U., Sebastian-Enesco, C., Ortuño-Sierra, J., Montoya-Castilla, I., Lucas Molina, B., Inchausti, F., y Pérez-Albéniz, A. (2020). Suicidal behaviour in adolescents: A network analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.007>

Fonseca-Pedrero, E., y Pérez, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala PAYKEL de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., y Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*,

143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2020). Observatorio del Suicidio en España.

Extraído de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

Gasull, V. (2020). Papel de la Atención Primaria en depresión y prevención del suicidio. En M.Navio, y V. Pérez (Eds.). *Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. (pp. 63-72). Wecare-u. Healthcare Communication Group.

INE. (2021). Tasas Estandarizadas de mortalidad por causa de muerte.

INE. (2022). Defunciones por suicidios.

Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Íñigo, J. L., Robles, J. I., Santiago, P., y Torras, A. (2012).

Detección y prevención de la Conducta Suicida en personas con una enfermedad mental.
Guía para familiares. Madrid.

Kaslow, N. J., Sherry, A., Bethea, K., Wyckoff, S., Compton, M. T., Grall, M. B., Scholl, L., Price, A. W., Kellermann, A., Thompson, N., y Parker, R. (2005). Social risk and protective factors for suicide attempts in low-income African American men and women. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35(4), 400-412. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.400>

Li, Z., Page, A., Martin, G., y Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individuallevel, population-based studies: a systematic review. *Social science y medicine*, 72(4), 608-616 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>

Lorant, V., Kunst, A. E., Huisman, M., Bopp, M., Mackenbach, J., y EU Working Group. (2005). A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide. *Social science y medicine*, 60(11), 2431-2441 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.033>

Ngwena, J., Hosany, Z., y Sibindi, I. (2017). Suicide: a concept análisis. *Journal of Public Health*, 25(2), 123-134 <https://doi.org/10.1007/s10389-016-0768-x>

Núñez, D., Ulloa, J.L., Guillaume, S., Olié, E., Alacreu-Crespo, A., y Courtet, P. (2020). Suicidal ideation and affect lability in single and multiple suicidal attempters with Major Depressive Disorder: An exploratory network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 272, 371-379
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.004>

OMS. (2012). Prevención de suicidio. Extraído de:
https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es

OMS. (2014). Prevención del suicidio un imperativo global. Extraído de:
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

OMS. (2018). Suicidio. Extraído de: <http://www.who.int/topics/suicide/es>

Ordóñez-Carrasco, J.L., Sayans-Jiménez, P., Rojas-Tejada, A.J. (2021). Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: A network analysis. *Current Psychology* <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01765-w>

Ortega, M. (2018). *Comportamiento Suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Qartuppi.

Parada Torres, E. (2008). *Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Desclée de Brouwer.

- Patalay, P., y Fitzsimons, E. (2018). Development and predictors of mental ill-health and wellbeing from childhood to adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(12), 1311–1323. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1604-0>
- Paykel, Myers, Lindenthal y Tanner. (2014). Escala de ideación suicida de Paykel. *1, 1ª*, 36
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., y Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., y Santed, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 91-104 <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>
- SEP. (2015). La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa. Extraído de: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/la-depresion-es-mas-que-nunca-un-reto-para-la-salud-publica-en-europa/392>
- Schopenhauer, A. (2013). *El mundo como voluntad y representación*. México: Editorial Porrúa.
- Shim, E. J., Ha, H., Park, J. E., Kim, B. S., Chang, S. M., Hong, J. P., Cho, M. J., y Hahm, B. J. (2020). Gender-based examination of the association between individual symptoms of

- alcohol use disorder, major depressive disorder, and suicidal behaviors: a network analysis of data from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of Affective Disorders*, 272, 432-439 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.162>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., y Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Stanley, I., Boffa, J., Rogers, M., Hom, M., Albanese, B., Capron, D., Chu, C., Schmidt, N., y Joiner, T. (2018). Anxiety Sensitivity and Suicidal Ideation/Suicide Risk: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(11), 946-960 <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000342>
- Suelves, J., y Robert, A. (2012). Suicidal behavior: A public health perspective. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 37-42
- Taylor, S., Zvolensky, M.J., Cox, B.J., Deacon, B., Heimberg, R.G., Ledley, D.R., Abramowitz, J.S., Holaway, R.M., Sandín, B., Stewart, S.H., Coles, M., Eng, W., Daly, E.S., Arrindell, W.A., Bouvard, M., y Jurado Cardenas, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188.

- Trueecki, G., y Bremt, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner Jr, T. E. (2010). *The interpersonal theory of suicide. Psychological review*, 117(2), 575-600
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018697>
- Wolfe, K. L., Nakonezny, P. A., Owen, V. J., Rial, K. V., Moorehead, A. P., Kennard, B. D., y Emslie, G. J. (2019). Hopelessness as a predictor of suicide ideation in depressed male and female adolescent youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 253–263. <https://doi.org/10.1111/sltb.12428>
- Zurrón, P. y Caminero, P. (2020). Abordaje enfermero en la depresión y la prevención del suicidio. En M. Navío, y V. Pérez (Eds.). *Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. (pp. 73-92). Wecare-u. Healthcare Communication Group.
- Zvolensky, M.J., Paulus, D.J., Bakhshaie, J., Garza, M., Ochoa-Pérez, M., Medvedeva, A., Bogiaizian, D., Robles, Z., Manning, K., y Schmidt, N.B. (2016). Interactive effect of negative affectivity an anxiety sensitivity in terms of mental health among Latinos in primary care. *Psychiatric Research*, 243, 35-42 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.006>

7. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al director del estudio.

La información obtenida de su participación en el estudio es totalmente **confidencial** y solo será usada por el grupo de investigación.

A continuación, se le pedirá que conteste una serie de preguntas siguiendo las instrucciones. Puede abandonar en cualquier momento sin tener ningún tipo de penalización por ello. Su participación será totalmente **anónima**. Recordarle que no hay respuestas correctas ni incorrectas, se trata de responder a todos los ítems de la forma más honesta posible.

Si quiere conocer más acerca de la investigación, puede hacerlo contactando al siguiente correo: darteotraoportunidad@gmail.com

Muchas gracias de antemano por su participación.

Declaro que:

- He recibido la información necesaria sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y anónima.
- Con la firma de este formulario autorizo al uso, acceso y divulgación de los datos recabados.
- Este consentimiento es válido a menos que yo lo revoque.

Anexo 2. Escala PAYKEL.

Escala PAYKEL

En el último año:

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena? Si/No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse. Si/No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer? Si/No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre como lo harías? Si/No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida? Si/No

Anexo 3. ASI-III

Fecha..... Edad..... Sexo: ___ Mujer ___ Varón

Conteste rodeando con un círculo el número (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje su experiencia con lo que se indica en cada uno de los enunciados. Si algo de lo que se dice no lo ha sentido o experimentado nunca (p.ej., desmayarse en público), conteste como usted crea que se sentiría si realmente le hubiera ocurrido.

Responda a todos los enunciados teniendo en cuenta la siguiente valoración:

0 (nada o casi nada) 1 (Un poco) 2 (Bastante) 3 (Mucho) 4 (Muchísimo)

1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a 0 1 2 3 4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a 0 1 2 3 4
3. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida 0 1 2 3 4
4. Cuando siento malestar en el estómago, me preocupa estar seriamente enfermo/a 0 1 2 3 4
5. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea 0 1 2 3 4
6. Cuando tiemblo en presencia de otras personas, me da miedo lo que puedan pensar de mí 0 1 2 3 4
7. Cuando siento opresión en el pecho, me asusta no poder respirar bien 0 1 2 3 4
8. Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que vaya a darme un ataque cardíaco 0 1 2 3 4
9. Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad 0 1 2 3 4
10. Cuando tengo la sensación de que las cosas no son reales, me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a 0 1 2 3 4
11. Tengo miedo a sonrojarme delante de la gente 0 1 2 3 4
12. Cuando noto que mi corazón da un salto o late de forma irregular, me preocupa que algo grave me esté ocurriendo 0 1 2 3 4
13. Cuando comienzo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mí 0 1 2 3 4
14. Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa que pueda volverme loco/a 0 1 2 3 4
15. Cuando siento opresión en la garganta, me preocupa que pueda atragantarme y morir 0 1 2 3 4
16. Cuando me resulta difícil pensar con claridad, me preocupa que me esté ocurriendo algo grave 0 1 2 3 4
17. Pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público 0 1 2 3 4

18. Cuando mi mente se queda en blanco, me preocupa que me esté ocurriendo algo terriblemente malo 0 1 2 3 4

Nota. Clave de corrección: Física = suma de los Items 3, 4, 7, 8, 12, 15. Cognitiva = suma de los Items 2, 5, 10, 14, 16, 18. Social = suma de los Items 1, 6, 9, 11, 13, 17.

Anexo 4. Cuestionario mitos del suicidio

Extraído de: Parada Torres, E. (2008). *Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Editorial Desclée de Brouwer.

La gente que habla sobre el suicidio no lo lleva a cabo	Verdadero/Falso
Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo	Verdadero/Falso
Cuando se ha realizado un intento de suicidio y la persona comienza a mejorar, puede decirse que ya no hay riesgo	Verdadero/Falso
Toda persona que se suicida padece un trastorno mental	Verdadero/Falso
La gente que se suicida está loca. Solo se suicidan los enfermos mentales	Verdadero/Falso
La conducta suicida se hereda	Verdadero/Falso
Los que se mataron realmente es porque deseaban morir	Verdadero/Falso
El suicidio es impulsivo	Verdadero/Falso
La mayoría de los suicidas no avisan	Verdadero/Falso
Solo tienen ideación suicida los que tienen problemas graves	Verdadero/Falso