



BUAP

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"

"Sensibilidad a la Ansiedad como factor de riesgo para Suicidabilidad en una población universitaria mexicana"

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en "Psiquiatría"

Presenta:

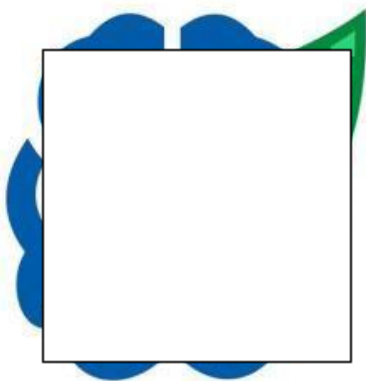
Hilda Mariel Villanueva Herrera

Director

Dra. María del Carmen E. Lara Muñoz

Asesor

Dra. María del Carmen E. Lara Muñoz



H. Puebla de Z., Noviembre 2018

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|----|
| PORTADA | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| SUICIDABILIDAD | 4 |
| TEORIA INTERPERSONAL DEL SUICIDIO | 14 |
| SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD (SA) | 18 |
| REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA | 22 |
| JUSTIFICACIÓN | 36 |
| HIPÓTESIS | 36 |
| OBJETIVO GENERAL | 36 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | 36 |
| MATERIAL Y METODOS | 36 |
| RESULTADOS | 41 |
| DISCUSIÓN | 46 |
| CONCLUSIÓN | 49 |
| ANEXOS | 50 |
| REFERENCIAS | 57 |

INTRODUCCIÓN

El suicidio representa un problema prevenible de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, es una de las tres primeras causas de muerte en los individuos de 15 a 44 años, teniendo un profundo impacto en el individuo, la familia, la comunidad y la economía (OMS, 2012).

Es importante identificar factores de riesgo modificables y advertencia de señales de riesgo suicida, como la sensibilidad a la ansiedad (SA).

La sensibilidad a la ansiedad, también conocida como un "miedo al miedo", es una característica de la personalidad estrechamente relacionada con la angustia; surge de la creencia de que habrá una consecuencia negativa ya sea a nivel físico, psicológico o social, por la presencia de este "miedo al miedo" y la angustia subjetiva que se desprende. (Capron

D. W., 2012). Por ejemplo, las preocupaciones cognitivas implican una sensación de miedo a la pérdida del control de uno mismo y la interpretación errónea de síntomas psicológicos como la sensación de que "uno puede estar volviéndose loco". En la dimensión social hay preocupaciones acerca de las consecuencias interpersonales de cualquier síntoma de ansiedad observable, por ejemplo, sudoración o ruborización. En la dimensión física hay un miedo y una mala interpretación de las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad, como palpitaciones o dificultad para respirar (Hudiburgh, 2017).

La sensibilidad a la ansiedad predispone no solo a trastornos ansiosos, sino también al trastorno depresivo mayor y a la emergencia de pensamiento catastrófico que predispone a la activación de ideación suicida. La combinación de estos elementos con una alta respuesta autonómica al estrés, pueden llevar a las personas de la ideación al acto suicida (Capron D. W., 2012).

SUICIDABILIDAD

Suicidabilidad, es un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento (Rojas, 2013).

Se define como suicidabilidad, el presentar pensamientos, ideas o planes suicidas y comportamientos o intentos suicidas (Rueda- Jaimes, 2010).

El suicidio (del latín, etimología sui: sí mismo y caedere: matar), es un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Ha sido castigado y perseguido en unas épocas, y en otras ha sido tolerado, manteniendo las distintas sociedades actitudes muy diferentes en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Izquierdo, 2010).

Para el sociólogo francés Émile Durkheim, en su obra *El Suicidio (1897)*, éste es toda muerte que resulta mediata o inmediatamente después de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado, es decir, “habría suicidio, cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de ésta” (Durkheim, 1897).

En esta misma obra, Durkheim mencionaba que principalmente el suicidio respondía a causas sociales; sin embargo, reconocía que los estados psicopáticos eran una fuerte influencia. Poniendo a la naturaleza del medio físico (el clima, la temperatura) y a las disposiciones orgánico- psicológicas como las dos causas extra sociales a las que se podía atribuir la conducta suicida. Entre las causas orgánico- psicológicas relacionadas se mencionaban los delirios y las alucinaciones, propias de los enajenados mentales. Durkheim, tomó los estudios de Jousset y Moreau de Tours para realizar la siguiente clasificación:

- Suicidio maniático: es el que surge como consecuencia de alucinaciones o concepciones delirantes. El individuo se mata para escapar de un peligro o una vergüenza imaginarios o para obedecer a una orden misteriosa que ha recibido de lo alto. Las alucinaciones o los delirios aparecen de golpe; si no se logra el cometido, es muy poco probable que el sujeto vuelva a intentarlo, si lo realiza es

movido por un motivo distinto al maniático (Durkheim 1897).

- Suicidio melancólico: se relaciona con un estado de extrema depresión, de extrema tristeza, que hace que el enfermo no aprecie los vínculos que tiene con las personas y cosas que le rodean. Es una disposición permanente y por lo tanto, la idea de suicidio se convierte en una ideación fija, que puede estar presente durante varios años. En ocasiones suele acompañarse de alucinaciones e ideas delirantes que conduzcan al suicidio, solo que no tienen la movilidad o agilidad que en el tipo maniático. En el suicidio melancólico es movido por un reproche, culpa y temores crónicos y persistentes. Los enfermos preparan con calma, perseverancia y astucia su ejecución (Durkheim, 1897).
- Suicidio obsesivo: este tipo de suicidio no suele deberse a un motivo real o imaginario, sino que responde a la idea de que la muerte, sin razón alguna se ha apoderado del espíritu del enfermo. Se encuentra obsesionado por la idea de matarse, aunque sepa con certeza que no hay ningún motivo racional para cometerlo, no hay reflexión ni razonamiento; pero al darse cuenta del carácter absurdo de su deseo intenta luchar contra él, mientras se resiste es invadido por tristeza, ansiedad y una sensación de opresión, por lo que también se le denomina suicidio ansioso (Durkheim, 1897).
- Suicidio impulsivo o automático: no tiene más motivos que el precedente, carece de razón de ser en la realidad y en la imaginación del enfermo. Resulta de un impulso brusco, inmediato e irresistible, y así de inmediato tiene lugar el acto en su totalidad o el inicio de la ejecución. Esta ligereza, puede recordar a lo descrito en el suicidio maniático pero, este siempre se basa en una razón irracional de concepciones delirantes y alucinatorias. En el suicidio impulsivo, la inclinación estalla en automático, se lleva el acto con tal rapidez que el enfermo no tiene conciencia de lo que pasa, por ejemplo, tras la vista de un cuchillo, al pasear por el borde de un precipicio. Los enfermos sienten nacer el impulso e intentar escapar a la fascinación que ejerce sobre ellos una muerte de la que intentan huir (Durkheim, 1897).

Durkheim afirmaba que, principalmente dentro de las causas sociales, el suicidio respondía a la integración o regulación social, ya sea excesiva o insuficiente del individuo a la colectividad. Por lo tanto, el suicidio sería un hecho social. En un intento de explicar los patrones estadísticos dividió el suicidio en tres categorías sociales:

- Egoísta: se aplica a las personas que no están bien integradas en ningún grupo social. La falta de integración social explica porque las personas solteras son más vulnerables que las casadas y porque las parejas con hijos son el grupo de máxima protección.
- Altruista: se aplica a las personas cuya tendencia al suicidio deriva de su excesiva integración a un grupo, y aquel sería producto de dicha integración, por ejemplo, el caso de un soldado japonés que sacrifica su vida en una batalla.
- Anómico: se aplica a las personas cuya integración a la sociedad está alterada, hasta el punto que no puede seguir las normas habituales de conducta. Explica porque un cambio drástico en la situación económica hace que las personas sean más vulnerables. También hace referencia a la inestabilidad social y a la desintegración de los valores y referencias de la sociedad (Durkheim, 1897; Sadock, 2009).

Los factores psicológicos que explican el suicidio, según Freud representa una agresión dirigida hacia el mismo interior y ponía en duda el deseo reprimido de matar a alguien (Sadock, 2009).

Menninger, basándose en la teoría de Freud concibió el suicidio como un homicidio invertido, debido de la ira del paciente hacia otra persona y describió el instinto de muerte dirigido contra uno mismo y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir (Sadock, 2009).

En 1965, el psiquiatra británico Erwin Stengel, definió el suicidio como el acto fatal y el intento de suicidio como el acto no fatal de autoperjuicio. Ambos se realizan con una intención consciente de autodestrucción, la que puede ser vaga o ambigua (Rojas, 2013). El psicólogo Edwin S. Shneidman, conocido como el padre de la suicidología, definió el suicidio como “el acto consciente de aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (Rojas, 2013).

Debido a la gran cantidad de definiciones del fenómeno, en 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la siguiente definición de suicidio, “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su

resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio como “un acto

sin resultado fatal, mediante el cual, sin ayuda de otros una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (Suicida G. T., 2012).

Según la Organización mundial de la Salud el suicidio es un fenómeno complejo, resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales (OMS, 2006).

A continuación se exponen de manera breve las definiciones de la terminología utilizada en suicidabilidad:

- Ideación suicida, son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir, es decir, son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida. Cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo, a esto se le llama fantasía (González, 2000).
- Parasuicidio o conductas parasuicidas, es un término introducido por Kreitman (1977) para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte. Es decir, sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse (autolaceraciones, cortes en las muñecas, los autoenvenenamientos, autoquemaduras) (Izquierdo, 2010).
- Comunicación suicida, acto en el que se transmiten deseos, pensamientos o intencionalidad de terminar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Es considerado un punto intermedio entre la ideación y el acto suicida. Puede ser una comunicación verbal o no verbal, se incluyen la amenaza suicida y el plan (Suicida G. T., 2012).
- Amenaza suicida, es dar a entender con palabras sobre una acción suicida que se realizará (Izquierdo, 2010).

- Plan suicida, es la propuesta de un método con el que se piensa llevar a cabo una conducta suicida potencial (Suicida G. T., 2012).

Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinflingida en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad y la persona presenta algún grado, determinado o no de intención de acabar con la vida. La conducta puede no provocar lesiones o provocarlas de diferente gravedad e incluso producir la muerte (Suicida G. T., 2012).

- Gesto suicida/ autolesión, es dar a entender con actos y una evidencia implícita o explícita que la persona no tiene la intención de matarse; pero desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, por lo que lleva a cabo esta conducta potencialmente lesiva (Izquierdo, 2010).
- Intento de suicidio, engloba aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal. Se ha afirmado que el intento de suicidio es el predictor del suicidio, ya que entre un 10% y un 14 % de las personas que realizan un intento de suicidio, cometerán suicidio posteriormente. De ahí se deduce que cualquier persona que haya realizado un intento de suicidio tiene un riesgo de suicidio unas 100 veces mayor que la población general, durante el año siguiente al intento suicida previo (Izquierdo, 2010).
- Suicidio colectivo, es la conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidio, lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes. Representan una forma extrema de identificación con la otra persona. Los suicidios de grandes grupos de gente tienden a ocurrir en sectas y en situaciones con una gran carga emocional (Izquierdo, 2010).
- Suicidio contagioso, la Organización Mundial de la salud y Mansilla Izquierdo mencionan que éste ocurre cuando el suicidio de un persona cercana o famosa, produce un aumento de la conducta suicida a modo de contagio o efecto de

imitación, entendido como la exposición al suicidio o a conductas suicidas entre los miembros de la familia y el grupo de amigos; también puede darse el contagio mediático, a través de las noticias o reportajes de suicidios en los medios de

comunicación cuando dan una cobertura repetitiva y continua del suicidio, lo que tiende a inducir pensamientos suicidas, particularmente en los adolescentes (OMS, 2000; Izquierdo, 2010).

- Suicidio racional, ocurre en una persona que inmerso en una enfermedad crónica, incapacitante y con un deterioro progresivo, llega a la conclusión de que suicidarse es la solución a su sufrimiento (Izquierdo, 2010).

El suicidio representa un complejo pero prevenible problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, es una de las primeras tres causas de muerte, en los individuos de 15 a 44 años (OMS, 2012). Teniendo un profundo impacto en el individuo, la familia, la comunidad y la economía (Allan N. P., 2015). En la mayoría de los países el suicidio ocupa el segundo lugar después de los accidentes, como la causa principal de defunción entre los jóvenes de 15 a 29 años (OPS, 2014). Sin embargo, los datos que se obtienen solo se aproximan a la realidad porque solo se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio (González, 2000).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el 2012 ocurrieron 804,000 muertes por suicidio alrededor del mundo, lo que representa una tasa de 11.4 por 100,000 habitantes por año (OMS, 2012). Estudios epidemiológicos han encontrado que 13.5% de la población en etapa productiva alguna vez ha tenido ideación suicida y el 4.6% ha informado haber realizado en algún momento un intento suicida (Capron D. W., 2012).

En el año de 1970, en México hubo 554 defunciones por suicidio y en 1994 fueron 2,603; durante este periodo la tasa de suicidios pasó de 1.13 a 2.89 por 100,000 habitantes y en 2007 4,388 muertes por la misma causa con una tasa de 4.12 por año, registrándose un incremento del 275%, especialmente en la población de entre 15- 29 años (Borges, 2010).

En México entre los años 2000 y 2013 se encontró una tasa de mortalidad por suicidio de 34% para hombres y de 67% para las mujeres. Entre los hombres el grupo de edad con mayor impacto fue entre los 15 a 49 años y para las mujeres el impacto fue relativamente uniforme, con edades que abarcan desde los 15 a los 84 años (Dávila, 2016). En el año 2013 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) informó sobre 5,909

suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la 14^a causa de

muerte a nivel nacional. Los suicidios en el país presentan una tasa de cerca de 5 suicidios por cada 100,000 habitantes por año. Solo en el estado de Puebla se registraron 298 casos de muerte por suicidio (INEGI, 2013).

Estos datos han puesto en marcha estrategias globales y coordinadas a nivel mundial para la prevención del suicidio, en un esfuerzo para reducir las tasas de suicidio en todo el mundo, en la próxima década. Estas iniciativas hacen énfasis en la importancia de identificar factores de riesgo modificables y advertencia de señales de riesgo suicida. Se propone emplear técnicas con la finalidad de reforzar la prevención, hacer difusión, investigación y atención coordinada sobre los factores de riesgo suicida, la población en riesgo y vulnerable, informar a otros a cerca del suicidio, sobre su prevención y como ayudar a otros en caso de conocer a alguien con riesgo suicida, restringir accesos a medios utilizables para suicidarse, reducir el consumo de alcohol, apoyo e intervención a quienes han perdido a un familiar o ser querido a causa del suicidio así como a quienes han tenido un intento suicida previo, disminuir las barreras para obtener acceso a la atención de la salud mental, disminuir el estigma por medio de la información sobre el suicidio y su prevención con la finalidad de disminuir la persona se abstenga de pedir ayuda y eliminando las notificaciones inapropiadas y erróneas por parte de los medios de difusión y redes sociales (OPS 2014; Capron D. W., 2014).

A menudo se carece sobre datos reales sobre los casos de suicidio, o estos son incompletos a causa del estigma que lleva consigo, y a causa de sanciones penales o religiosas, por lo que se prefiere atribuir la muerte a una causa accidental más que a una intencionada (González, 2000).

Las tasas de suicidio subestiman los datos reales, debido a diferentes problemas para el registro de dichos fallecimientos, entre los que se incluyen, pero no se limitan a sesgos en la clasificación o nomenclatura, estigma y procesos del reporte (Hawton, 2009). Se estima que por cada suicidio consumado se producen entre 10- 40 intentos suicidas, por lo que es considerado el principal factor predictor para suicidio consumado (Haukka, 2008).

Beck en 1979 describió que la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarse especial atención en los deseos y planes para cometerlo, a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la

desesperanza

y a la incapacidad para pedir ayuda. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permita predecir el riesgo (Beck, 1979).

En una cohorte de 1,490 individuos en los Estados Unidos se encontró que el 5.4% de la muestra murieron por suicidio, de los cuales el 59.3% fallecieron en el primer intento, el 81.8% cometieron un segundo intento y consumaron suicidio en un periodo de 1 año (Bostwick, 2016).

En México, la investigación suicida ha encontrado que aproximadamente 59% de los estudiantes de secundaria y bachillerato presentan algún síntoma de ideación suicida, mientras que aproximadamente el 27% de los estudiantes universitarios también lo presentan y cerca del 4% han manifestado que alguna vez en la vida pensaron en suicidarse (Rosales J. C., 2011).

En la Universidad Tecnológica Fidel Velázquez del Estado de México, Rosales estudió una muestra de 337 estudiantes, 164 hombres y 153 mujeres, con el objetivo de determinar la fiabilidad y validez factorial de la escala de ideación suicida Roberts- CES- D (Escala de Depresión del centro de Estudios Epidemiológicos), encontrándose un promedio de ideación suicida para los hombres de 1.82 (13.4%) y para mujeres de 1.75 (13.1%) resultados similares para ambos sexos (Rosales J. C., 2011).

En una encuesta nacional del 2005 se informó que el 10% de los estudiantes de pre grado habían considerado seriamente el intento de suicidio (Asociación del Colegio Americano para la Salud, 2006). Y otra encuesta nacional realizada a los directores de la consejería universitaria en Estados Unidos, reportó que los trastornos mentales graves entre los estudiantes ha ido en aumento en un 86% (Eisenberg, 2007).

Un una cohorte de 7, 140,589 habitantes en Suecia se encontró que toda la psicopatología confiere riesgo suicida, especialmente la depresión mayor, con un incremento de 15 veces el riesgo para mujeres y 32 veces para hombres (Crump, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales representan casi la mitad de la carga total de enfermedades en adultos jóvenes en Estados Unidos. Datos del año 2013 estiman que un 25% de las personas padecerán alguna enfermedad mental a lo

largo de la vida y que estas suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de años vividos con discapacidad (OMS, 2012).

Aunque continuamente se le ha considerado como una expresión de conflictos mentales subyacentes y prolongados como la depresión, a veces el suicidio no se relaciona con patologías mentales declaradas (González, 2000).

En México, las variables asociadas a la ideación suicida que se han reportado son las siguientes:

- Haber vivido la infancia sin ambos padres
- Problemas familiares
- Consumo de café y medicamentos no prescritos
- Considerar que la vida había sido trastornada últimamente
- Problemas económicos
- Consumo de alcohol y drogas
- Percibir un futuro incierto o difícil
- Autoestima baja
- Estrés social

(Rosales J. C., 2011).

A 585 estudiantes (225 hombres y 358 mujeres) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, se les realizaron 2 cuestionarios, el Inventario de Riesgo Suicida (IRIS) y un cuestionario de identificación personal, obteniendo una prevalencia del 9.7% en hombres y 16.5% en mujeres del deseo de muerte (Córdova, 2011).

Con el objetivo de registrar la ideación suicida y su relación con variables psicológicas de identificación personal en la Universidad Tecnológica de Tlaxcala, a una muestra de 475 estudiantes (276 hombres y 199 mujeres), con una edad promedio de 19.7 años, se les aplicó un instrumento realizado por los integrantes del proyecto de investigación, llamado "Evaluación de la ideación suicida en jóvenes". Los resultados mostraron la presencia de ideación suicida en 7.2% de la muestra total, 6.9% en hombres y 5.4% en mujeres; identificándose como factores de riesgo un estado emocional negativo, una percepción a

futuro negativa y como variables de protección, la situación familiar negativa y el antecedente de suicidio (Rosales J. C., 2013).

TEORIA INTERPERSONAL DEL SUICIDIO

La teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida desarrollada por Joiner en el año 2005, es un modelo nuevo e integral que explica el comportamiento suicida y sus implicaciones clínicas. Afirma que la autolesión suicida se asocia con tanto miedo y/o dolor, que pocas personas son capaces de actuar, incluso los que en realidad desean este acto, pues los humanos no están programados para la autodestrucción. Por el contrario, la evolución se ha ocupado de que la autopreservación sea una fuerza profunda, antigua y potente. En términos evolutivos, la autopreservación es el mandato más poderoso, excepto “ser fructífero y multiplicarse” (Joiner, 2008).

De acuerdo con la teoría, aquellos que son capaces de morir por suicidio son los que han pasado por suficiente dolor en el pasado, así como provocación de autodaño intencional, que los ha llevado a una habituación al dolor y miedo propios. Daño que puede superar el impulso de autopreservación. Es importante enfatizar, que aunque la autolesión previa es la experiencia de habituación más poderosa cuando se trata de reducir el miedo y el dolor sobre la lesión futura, no es la única experiencia de este tipo; en diversos grados, cualquier experiencia que cause dolor y/o miedo puede servir para esta habituación, por ejemplo, los accidentes, violencia y exposición a violencia, conductas temerarias, el estar en combate, el trabajo médico, entre otros (Joiner, 2008).

Cuando se trata de una muerte por suicidio, el cuerpo no va a cooperar, pues no está preparado para hacerlo y por lo tanto, el suicidio implica una lucha con motivos básicos de biología y psicología. Según la teoría, pelear esta batalla de manera repetida y en distintos dominios, inculca la capacidad de mirar hacia abajo en el instinto de preservación. Entonces aquellos que han tenido un intento previo de suicidio, el futuro intento será aún más serio (Joiner, 2008).

Afirma la teoría que la forma más peligrosa de deseo suicida, es causada por la presencia simultánea de dos construcciones interpersonales: la “pertenencia frustrada” también llamada “pertenencia fallida” y la “carga percibida”. Señalando que la capacidad de participar en un comportamiento suicida es independiente del deseo de participar en un comportamiento suicida, pues solo una minoría de los individuos presentará tanto el deseo como la capacidad de cometer suicidio. Algunas personas con el antecedente de

autolesiones, se han vuelto tan intrépidas y se han acostumbrado al dolor en la medida en

que tienen la capacidad de infligir autolesiones mortales, pero no desean hacerlo, y por lo tanto no lo hacen, volvemos pues a ver que solo aquellos que tienen la capacidad y el deseo están en riesgo (Joiner, 2008).

Las personas pueden desarrollar un aumento en la “carga percibida” cuando creen que la propia existencia es una carga para la familia, los amigos y la sociedad, se siente incapaces de llevar a cabo sus tareas diarias, obligaciones y deberes, interpretando que representan una carga para los demás. Esto conduce a desarrollar la idea de que “mi muerte valdrá más que mi vida para la familia, los amigos, etc.”. Siendo un predictor de la letalidad, de la ideación y del intento suicida actual. Esta percepción errónea y fatal, es uno de los objetivos principales a tratar en la psicoterapia enfocada al comportamiento suicida (Joiner, 2008).

De manera similar, las personas desarrollan un sentido de “pertenencia frustrada” o “pertenencia fallida”, cuando no satisfacen su necesidad de sentirse conectados con las demás personas. Interpretándolo como la experiencia de alienación social, el individuo siente que no es parte de la familia, de un círculo de amigos u otro círculo valioso. La falta o ausencia de pertenencia hace que disminuyan en el individuo los deseos de autopreservación y reproducción, dando resultados negativos en la salud mental y física. De todos los factores de riesgo para el desarrollo del comportamiento suicida, pasando por el nivel molecular hasta lo cultural, el aislamiento social es el apoyo más fuerte y uniforme que predice el comportamiento suicida. Pues el sentido de pertenencia aumenta cuando se tiene un apoyo social grande, por ejemplo, las mujeres con gran número de hijos se suicidan menos que las que tienen un menor número de hijos o ninguno (Joiner, 2008).

La teoría propone que el deseo suicida surge cuando las personas experimentan una sensación de mayor “carga percibida” y “pertenencia frustrada”. Cuando estos dos constructos se encuentran presentes al mismo tiempo, un individuo puede desarrollar el sentimiento e ideación de que su presencia ante los demás es intrascendente, que no se les cuida, llevándolo a la conclusión de que “ya no queda nada por lo que vivir”, y como consecuencia vendrá el deseo de morir (Joiner, 2008).

Finalmente las personas en riesgo, desarrollan una “capacidad adquirida” que se

conceptualiza como un menor miedo a la muerte combinado con una mayor tolerancia al

dolor físico. Cuando los tres constructos interpersonales antes descritos se encuentran presentes, el riesgo de intentos de suicidio letales o casi letales es mayor (Hudiburgh, 2017).

La sensibilidad a la ansiedad (SA), concepto que se describe más adelante de manera extensa, implica un “miedo al miedo”, temor a las sensaciones corporales de excitación ansiosa, a los pensamientos angustiosos y a sus posibles consecuencias. Tiene tres dimensiones o sub factores: el físico, el cognitivo y el social (Hudiburgh, 2017).

La sensibilidad a la ansiedad y sus dimensiones con la Teoría Interpersonal del Suicidio, se relacionan de la siguiente manera: los síntomas del trastorno de pánico, se han asociado con niveles elevados de SA, ideación e intento suicida. La sensación de muerte y el miedo a “volverse loco”, presentes en el trastorno de pánico, ponen de manifiesto la dimensión física y la dimensión cognitiva de la SA, ambas conducen a un riesgo elevado de suicidio. Vía que puede desarrollar una mayor “capacidad adquirida”, con la consecuente disminución de miedo a la muerte y una mayor tolerancia al dolor físico, para desarrollar comportamientos suicidas (Hudiburgh, 2017).

Van Orden y colaboradores sugirieron que dentro de la sensibilidad a la ansiedad, aquellos con elevadas preocupaciones cognitivas y bajas preocupaciones físicas, pueden tener un mayor riesgo de suicidio, pues las preocupaciones cognitivas se han asociado con aumento de la ideación suicida y bajas preocupaciones físicas pueden permitir una mayor tolerancia al dolor físico, necesaria para el desarrollo de la “capacidad adquirida”, constructo que pertenece a la Teoría Interpersonal del Suicidio (Van Orden, 2010).

En el año 2017 Hudiburgh, realizó un estudio con 308 pacientes, con el objetivo fue identificar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y cada sub factor (cognitivo, físico y social) y los constructos de la Teoría Interpersonal del Suicidio (percepción de carga, pertenencia frustrada y capacidad adquirida). Encontraron que niveles elevados de SA global y del sub factor físico se relacionan con una menor “capacidad adquirida”, elevadas preocupaciones cognitivas se relacionaron con una mayor “carga percibida” y niveles elevados del sub factor social se asociaron con una mayor “pertenencia frustrada”. La Teoría Interpersonal del Suicidio, propone que el deseo suicida surge cuando un individuo presenta una mayor “carga percibida” y una mayor “pertenencia frustrada” (Hudiburgh,

2017).

Capron, en el 2012 estudió la relación entre el comportamiento suicida y la sensibilidad a la ansiedad. Los sub factores cognitivo y físico fueron reportados como relevantes para el desarrollo de una “capacidad adquirida”; más específicamente sugirieron que aquellas personas con elevadas preocupaciones cognitivas pero bajas preocupaciones físicas pueden tener un mayor riesgo de suicidio. Esta condición puede permitir una mayor tolerancia al dolor físico, necesaria para el desarrollo de la “capacidad adquirida” y personas que presentan elevadas preocupaciones cognitivas también presentan una “mayor carga percibida”, que los conduce así desde la sensación de incapacidad de realizar sus deberes a la ideación suicida. Niveles elevados de preocupaciones sociales se asociaron con historia de previo intento suicida, pero no se relacionaron con ideación suicida en el momento del estudio (Capron D. W., 2012).

Elevadas preocupaciones sociales de la sensibilidad a la ansiedad, predicen una mayor “pertenencia frustrada”, sobre todo por la preocupación exagerada que presentan los individuos a las consecuencias sociales de los síntomas de ansiedad, dando como resultado que el afectado se aleje del entorno social y desarrolle la sensación de sentirse menos conectado (Hudiburgh, 2017).

La dimensión cognitiva de la sensibilidad a la ansiedad, es la que más se ha encontrado relacionada con las conductas suicidas y dentro de la Teoría Interpersonal del Suicidio, una mayor “carga percibida” es uno de los dos constructos que da lugar a un deseo de muerte, aunque esto no asegura una relación causal. Por ejemplo, si alguien presenta un elevado sentimiento de “carga percibida”, que coincida con elevadas preocupaciones cognitivas, para reducir el riesgo de suicidio sería necesaria una intervención que modifique las preocupaciones cognitivas y por consiguiente se modificaría la sensación subjetiva de ser una mayor carga para quienes le rodean, teniendo como resultado la disminución de la ideación o plan suicida. (Hudiburgh, 2017).

SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD (SA)

En 1985 Reiss y McNally describieron el “Modelo de Expectativa de la Ansiedad”, basado en el ese entonces nuevo concepto “miedo al miedo” de la sensibilidad a la ansiedad (Reiss, 1991).

La frase “Teoría de la expectativa de Reiss”, sostiene que la motivación humana para evitar algo temido, es una función de dos variables: la expectativa y la sensibilidad (Reiss, 1991).

La expectativa se refiere a lo que la persona piensa qué sucederá cuando se encuentre con el objeto o situación temida, por ejemplo “espero que el avión se estrelle”. La sensibilidad se refiere a las razones por las que una persona le teme a un evento anticipado, por ejemplo, “los ataques de pánico causan ataques cardiacos y muerte”. Reconociendo las diferencias individuales en las expectativas de los individuos al enfrentarse a una situación y objeto y las diferencias individuales en la sensibilidad de las personas a los eventos que resultan del miedo. Por ejemplo, algunas personas que anticipan la posibilidad de un accidente aéreo descartan las posibilidades de muerte o lesión, mencionando “que sea lo que Dios quiera”, sin embargo, la misma expectativa en otras personas puede causar una ansiedad sustancial a la muerte o el estar en un vuelo “accidentado” puede hacerlos sentir avergonzados (Reiss, 1991).

El miedo a un objeto o situación, es una función de los siguientes seis factores:

- Expectativa de peligro o la expectativa de la persona al peligro/ daño del entorno: tener la expectativa de sufrir algún peligro o daño del medio físico externo “es probable que el avión caiga”.
- Sensibilidad al daño: sensibilidad al daño físico y personal “no soporto la idea de sufrir”.
- Expectativa de ansiedad: hace referencia a la posibilidad de sufrir estrés o ansiedad “sé que volar es seguro, pero puedo sufrir un ataque de pánico o vomitar durante el vuelo”.
- Sensibilidad a la ansiedad: sensibilidad de la persona a experimentar síntomas de ansiedad “puedo sufrir un ataque al corazón si me da un ataque de pánico”.

- Expectativa a la evaluación social: tener la expectativa de reaccionar de manera que se evalúe a la persona de manera negativa “no seré capaz de dominar mi ansiedad al exponer”.
- Sensibilidad a la evaluación social: sensibilidad de la persona a la evaluación negativa “siento vergüenza cuando cometo algún error”.

(Reiss, 1991).

Cuando se planteó por primera vez la teoría, los investigadores consideraron el miedo a la ansiedad como una consecuencia secundaria de los ataques de pánico, la idea básica era que las personas que tienen ataques de pánico temen a la posibilidad de posteriores ataques, produciendo el fenómeno “miedo al miedo”. La teoría implica que la sensibilidad a la ansiedad puede preceder a los ataques de pánico y puede ser un factor de riesgo para trastornos no solo del espectro de ansiedad, también de trastorno por consumo de sustancias, depresión, entre otros (Reiss, 1991).

La sensibilidad a la ansiedad es una diferencia individual bien establecida que refleja una tendencia a temer a las sensaciones corporales asociadas con la excitación ansiosa (Schmidt N. B., 2017).

Se han descrito tres componentes internos de la sensibilidad a la ansiedad, también llamados sub factores o dimensiones. El sub factor físico, caracterizado por miedo a los síntomas físicos de excitación ansiosa (palpitaciones, opresión torácica, entre otros) y la creencia de que estas sensaciones pueden traer consecuencias graves, como un inminente ataque cardíaco o un derrame cerebral. En el sub factor social el individuo presenta temor a que estos síntomas sean observados (por ejemplo, la sudoración) teniendo como consecuencia una evaluación negativa por otras personas. Por último, el sub factor cognitivo, es una interpretación errónea de las sensaciones relacionadas con la ansiedad, surgiendo la creencia de que estas sensaciones pueden traer resultados psicológicos catastróficos (por ejemplo, volverse loco, perder el control sobre los procesos mentales y sobre sí mismo) (Schmidt N. B., 2017).

La sensibilidad a la ansiedad, ha demostrado ser el único rasgo de ansiedad con afectividad negativa (Schmidt N. B., 2017), que predispone no solo a trastornos ansiosos, sino también a trastorno depresivo mayor (Capron D. W., 2012). El DSM- 5 ha reconocido

a la SA como un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología ansiosa (Schmidt N. B., 2017),

incluyendo el trastorno de pánico y del estado del ánimo (Capron D. W., 2012), también para el uso de sustancias y trastornos de la alimentación (Schmidt N. B., 2014).

La emergencia de los pensamientos catastróficos por la elevada sensibilidad a la ansiedad predisponen a la activación de ideación suicida; que combinada con una alta respuesta autonómica al estrés pueden llevar a las personas de la ideación al acto suicida (Capron D. W., 2012). Sin embargo, la relación específica entre SA y suicidio puede ser remarcada por considerar el papel que desempeña la SA en respuesta al estrés; ya que la SA incrementa la respuesta al estrés y a los síntomas de ansiedad (Schmidt N. B., 2017).

Algunos autores recientemente han propuesto un modelo de ampliación de la depresión-angustia y sensibilidad a la ansiedad, que proporciona un mecanismo más específico para el desarrollo de suicidabilidad. En este modelo de ampliación, la ideación suicida se considera un síntoma de depresión correspondiente a la gravedad de la misma (Capron D. W., 2014). Así como la SA aumenta la respuesta de angustia por sensaciones físicas incómodas, el modelo de ampliación plantea que las preocupaciones cognitivas de la SA aumentan la angustia provocada por las sensaciones incómodas experimentadas en el contexto de disforia emergente o existente, falta de concentración, insomnio, anhedonia, hipervigilancia a síntomas depresivos y reacciones catastróficas hacia tales síntomas, dando como resultado una mayor angustia. La ideación suicida surge entonces, cuando la angustia causada por la depresión amplificada alcanza niveles severos (Capron D. W., 2014). Individuos con alta SA pueden llegar a idealizar la certeza y la percepción de un sentimiento de paz después de la muerte, usando el suicidio como una forma de combatir estos temores (Capron D. W., 2012).

Un estudio prospectivo holandés que dio seguimiento durante 3 años a 4,796 sujetos con diagnóstico de trastornos del espectro ansioso, con la finalidad de evaluar si los trastornos de ansiedad se relacionaban con ideación e intento suicida, encontró que un trastorno de ansiedad incrementa el riesgo de ideación suicida entre 2.29 y 2.82 veces, incrementando el riesgo para intento suicida 2.48 veces (Sareen, 2005).

Un seguimiento a 1,920 individuos durante 13 años en Baltimore, Estados Unidos encontró que la presencia de uno o más trastornos de ansiedad está asociado a intento suicida previo (Bolton, 2008).

La mala interpretación de las señales de amenaza, conocida como sesgos cognitivos (CBM- I), han demostrado ser la causa de los actos e interpretaciones negativas en las personas con alta sensibilidad a la ansiedad. Haciendo modificaciones en estos sesgos y manipulando directamente las distorsiones, se pueden tener resultados prometedores en el tratamiento y reducción de los síntomas (Salemink, 2009). Por lo tanto, la SA es una variable modificable, que potencialmente predice una vía psicopatológica para varios trastornos del Eje I, no solo trastornos del espectro ansioso (Schmidt N. B., 2014).

Desde hace algunos años, Schmidt y Capron, en la Universidad de Florida, han evaluado con varios ensayos la efectividad de diversas intervenciones “cortas” de corte cognitivo, para la disminución del componente físico de la sensibilidad a la ansiedad como protector para el desarrollo de psicopatología general y también para el riesgo suicida. ASAT (1994) y ASERT (2012), CAST (2014), han reportado alentadores resultados en la reducción de la SA como factor de riesgo para psicopatología general y suicidabilidad (Schmidt N. B., 2014).

Algunas intervenciones existentes han demostrado que la sensibilidad a la ansiedad puede ser un objetivo para intervenciones breves, baratas, de bajo estigma. Las intervenciones anteriores se han realizado como taller de un día, además de terapia de grupo para fumadores, intervenciones de ejercicio físico e intervenciones centradas en la psicoeducación asistida por un ordenador (Keouhg, 2012). Intervenciones con estas cualidades podrían reducir la alta carga de los trastornos de ansiedad al llegar a aquellos que no están recibiendo un tratamiento eficaz (Schmidt N. B., 2017).

Además de la terapia cognitivo conductual se recomienda y se han visto resultados con intervenciones breves, que ofrecen la práctica de ejercicios de exposición sintomática y psicoeducación, con una mejoría que se mantiene hasta 2 años después de una intervención corta (Schmidt N. B., 2017).

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Para el presente estudio se realizó una búsqueda sistemática en PubMed utilizando las palabras clave “college”, “suicidality”, “anxiety sensitivity” encontrando 1 resultado con texto completo, después utilizando “anxiety sensitivity” y “suicidality” encontrando 19 resultados con texto completo útiles por la relación entre sensibilidad a la ansiedad y suicidio, aunque no son realizados en estudiantes universitarios se consideran de utilidad.

| Autores | Objetivo (s) | Sujetos | Escala(s) | Resultados |
|---------------------|---|---|---|--|
| (Allan N. P., 2014) | -Encontrar la relación entre las dimensiones de la SA y psicopatología (trastornos del ánimo, ansiedad e ideación suicida). | 256 pacientes, 56% mujeres de 18-87 años, con tratamiento en la clínica de ansiedad y comportamiento (ABHC) de la Universidad de Florida. | SCID- I ASI- 3 DBI- II DSI- SS OCI- R PSWQ | -La sub escala cognitiva de SA se asoció a: TAG (OR 1.81), TDM (OR 1.69), TEPT (96%), ideación suicida (OR 1.22) . -La sub escala física se asoció a: TOC, TAG, trastorno de pánico (OR 1.95) y fobia específica (OR 3.41). -La sub escala social se asoció a: TAG, Fobia social (OR 6.30), TOC y TDM. |

| | | | | |
|----------------------------|---|--|--|---|
| <p>(Allan N. P., 2015)</p> | <p>-Investigar la relación entre niveles altos de preocupaciones cognitivas de SA, ideación suicida e intento suicida previo.</p> | <p>267 individuos ambulatorios, con tratamiento psicológico en una clínica de ansiedad, de 18- 88 años, 51.1% mujeres.</p> | <p>SCDI- I ASI- 3 DBI- II DSI- SS Historia previa de intento suicida</p> | <p>-Elevados niveles de SA global ($\beta=.22$, $p= <0.05$) y la dimensión cognitiva ($\beta=.26$, $p= <0.05$) se asociaron a ideación suicida ($\chi^2=244.14$, IC 0.01- 0.04).</p> <p>-Niveles altos de SA global se asociaron con intento suicida previo en un 30%.</p> <p>-Se encontró una relación positiva entre intento previo de suicidio y</p> |
|----------------------------|---|--|--|---|

| | | | | |
|----------------|---|---|--|---|
| | | | | <p>SA global ($\beta=.31$, $p= <0.05$) y depresión ($\beta=.35$, $p= <0.01$) ($\chi^2=244.14$, IC 0.01- 0.04).</p> |
| (Bilgiç, 2017) | -Investigar el impacto de la SA y sus dimensiones en la ideación suicida activa e intentos previos en adolescentes con TDM. | 101 adolescentes (12- 18 años) con TDM (25 hombres, 76 mujeres), que asistían a la Clínica Psiquiátrica del Niño y Adolescente de la Fac de Medicina de Meram, Turquía. | K-SADS-PL CDI SPS- SIS and SPS-H CASI | <p>-La SA en el sub factor cognitivo se encontró asociado a ideación suicida, mediado por la gravedad de la depresión:</p> <p>Síntomas depresivos y preocupaciones cognitivas de la SA ($\beta =0.422$, $p= <0.001$).</p> <p>Síntomas depresivos y Escala de Probabilidad Suicida (sub escala de ideación suicida SPS-SIS) ($\beta =0.416$, $p= >0.001$).</p> <p>Síntomas depresivos y la sub escala de desesperanza (SPS-H) ($\beta= 0.581$, $p= <0.001$).</p> <p>-Con una relación positiva entre las sub escalas desesperanza e ideación suicida ($\beta= 0.392$, $p= <0.001$) en personas con intento suicida previo, partiendo desde las preocupaciones cognitivas.</p> <p>-Por si sola la sub escala de ideación suicida ($\beta = 0.420$, $p= <0.001$) en personas con intento suicida previo tuvo una relación positiva, partiendo desde las preocupaciones cognitivas.</p> |

| | | | | |
|---------------|---|------------------------------------|------------|---|
| (Baker, 2016) | -Investigar una posible asociación entre la SA y la | 51 adultos con duelo complicado de | ICG ASI | -La SA global no se asoció con el deseo de morir ($p > .10$). |
|---------------|---|------------------------------------|------------|---|

| | | | | |
|-----------------------|--|--|---|--|
| | <p>ideación suicida en personas con duelo complicado.</p> <p>-Comprobar si existe una asociación fuerte entre la SA cognitiva y el deseo de morir.</p> | <p>al menos 6 meses, del Instituto Nacional de Salud Mental. Media de edad = 54 años, 78% mujeres.</p> | <p>Escala de Suicidio de Columbia</p> | <p>-La dimensión social de la SA se relacionó con el deseo de morir en personas con duelo ($p = .03$, $OR = 1.31$).</p> |
| <p>(Brandt, 2017)</p> | <p>-Probar si el consumo de tabaco moderaría el papel entre la SA y: comportamiento perjudicial de alcohol, impulsividad sexual y suicidio en personas con VIH/SIDA.</p> | <p>94 sujetos (18-65 años) con VIH/SIDA, 64.5% hombres. Media de edad 48.3 años.</p> | <p>MINI TLFB PANAS ASI- 3 AUDIT SCS BSS</p> | <p>-Se encontró una interacción entre el consumo de tabaco en el último mes y una elevada SA ($t = 2.15$, $p = .035$).</p> <p>-La SA se asoció con consumo peligroso de alcohol en personas que consumieron tabaco el último mes ($\beta = .71$, $p = .041$), quienes no reportaron fumar en el último mes no tuvieron una asociación ($\beta = -.38$, $p = .39$).</p> <p>-La SA se asoció con conductas sexuales impulsivas en personas que fumaron en el último mes ($\beta = 4.52$, $p < .001$) vs no fumaron los últimos 30 días ($\beta = .67$, $p = .55$).</p> <p>-Se asoció positivamente la SA y suicidio en personas con consumo activo de tabaco en el último mes ($\beta = 2.6$, $p = .01$) vs no fumaron en el último mes ($\beta = -.13$, $p = .91$).</p> |

| | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|
| (Boffa, 2018) | Reproducir el hallazgo de la relación entre los síntomas de TEPT, SA y tendencias suicidas. | 204 bomberos expuestos a trauma y con un riesgo suicida distinto de 0. Entre 18- 60 años. | LEC- 5 PCL- 5 ASI- 3 CES- D SBQ- R | <p>-Las preocupaciones cognitivas son un mediador de riesgo suicida (SBQ-R) en personas con TEPT (PCL-5 y sub escalas):</p> <p>Relación entre síntomas globales de TEPT y riesgo suicida ($\beta= 0.01$, $p= 0.03$).</p> <p>Pensamientos intrusivos y riesgo de suicida ($\beta= 0.008$, $p= 0.01$).</p> <p>Evitación y riesgo suicida ($\beta= 0.01$, $p= 0.02$).</p> <p>Hipervigilancia relacionada con riesgo de suicidio ($\beta= 0.01$, $p= 0.01$).</p> <p>Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y riesgo suicida ($\beta= 0.01$, $p= 0.001$).</p> <p>-La situación a la inversa también es probada.</p> <p>-El resto de los sub factores de la SA se asociaron de manera directa con los síntomas de TEPT pero no con el riesgo de suicidio.</p> |
| (Capron D. W., 2015) | -Determinar si niveles altos de SA en la sub escala cognitiva son un predictor de ideación suicida en un estudio prospectivo a 2 años de seguimiento. | 524 adolescentes de octavo grado, 44.4% mujeres. | ASI -The Baltimore How Feel Scale -Ideación suicida del año | -La dimensión cognitiva de la SA, se asoció con ideación suicida en población adolescente a los dos años de seguimiento en quienes presentaban también síntomas depresivos ($p< .001$, OR= 1.22). |

| | | | | |
|----------------------|--|---|---|---|
| | | | pasado con la pregunta: "alguna vez pensé seriamente en la muerte (si o no) | |
| (Capron D. W., 2014) | -Probar si una intervención dirigida a disminuir la SA en fumadores predeciría una menor suicidabilidad. | 169 adultos de 18- 68 años, fumadores, completaron 4 semanas sin fumar, se dividieron en 2 grupos. -G1: TC para dejar de fumar. -G2: TC + componente de SA. | ASI- 3 IDAS Niveles de monóxido de carbono | -Los participantes que recibieron la intervención para SA tuvieron menor tendencia suicida (M= 6.20, t= 2.49, p= .01) incluso tomando en cuenta los diagnósticos de: trastorno por uso de sustancias, depresión y ansiedad actuales, y tabaquismo activo, comparado con el grupo control (M= 6.52, t= 2.12, p=.03). -Los niveles de SA global disminuyen con la intervención , de modo que también disminuyen las tendencias suicidas (t= 3.24, p= .001). |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|---|---|
| <p>(Capron D. W., 2013)</p> | <p>-Examinar si el sub factor cognitivo de la SA se asocia con ideación suicida.</p> <p>-Probar si los síntomas depresivos y el sub factor cognitivo de la SA se</p> | <p>192 sujetos, que recibían atención en una clínica psicológica universitaria, de 18- 65 años, 54.6% mujeres.</p> | <p>SCDI- I ASI- 3 DBI- II DSI- SS DTS</p> | <p>-Un alto nivel de preocupaciones cognitivas se asoció a ideación suicida (t= 2.06, p= .04).</p> <p>-Los síntomas depresivos moderan la relación entre las preocupaciones cognitivas de la SA y la ideación suicida (t= 2.65,</p> |
|-----------------------------|--|--|---|---|

| | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|
| | asocian a ideación suicida. | | | p= .01), pero no predice la historia de intento suicida previo. |
| (Capron D. W., 2013) | -Replicar y ampliar estudios previos sobre los sub factores de la SA y su relación con suicidabilidad en una muestra de adultos rusos. | 390 adultos, residentes de Moscú. | ASI PANAS BBS AUDIT | -La ideación suicida se reportó en 13% de los participantes y 2.1% reportaron un intento previo. -La interacción entre las sub escalas física y cognitiva de la SA fueron predictivas para suicidabilidad (t= -5.53, p <0.001), el sub factor cognitivo por sí solo se encontró también significativo (t= 5.12, p <0.001). La interacción también se encontró significativa para historia previa de intento suicida (OR= 0.94, p= 0.015). -Niveles bajos de preocupaciones físicas con elevadas preocupaciones cognitivas hacían más probable la presencia de suicidabilidad (OR= 1.64, p= 0.021). |
| (Capron D. W., 2012) | -Determinar si la SA se asocia con aumento del intento suicida en pacientes con TEPT. -Determinar si las sub escalas de la SA física y cognitiva interactúan para predecir el riesgo de | Se estudiaron dos grupos: -G1: 128 adultos con criterios de TEPT, entre 18- 65 años, 70.3% sexo femenino, de la clínica de la | G1: SCID- I y II ASI Historia de comporta miento suicida PANAS G2: ASI | G1: -El 36.7% reportaron un intento suicida previo con niveles elevados en la sub escala cognitiva de SA (OR= 1.23, p= .037) y baja puntuación en la sub escala física. G2: -La ideación suicida en T1, fue |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | predicador de ideación suicida en |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|-----------------------------|--|---|---|--|
| | <p>suicidio en pacientes con TEPT.</p> | <p>Universidad de Florida.</p> <p>-G2: 1,081 cadetes de primer grado de USAFA, este grupo se estudió en 2 tiempos, T1: primeras 5 semanas de entrenamiento y T2: 5 semanas después del entrenamiento.</p> | <p>BDI BAI</p> | <p>T2 presente en 7.3% de la muestra (OR= 11.14, p< .001).</p> <p>-La sub escala cognitiva de la SA elevada en T1, fue predictor de elevación en T2 (OR= 1.66, p=.004).</p> <p>-En T2, bajos niveles en la sub escala física y elevados niveles en la sub escala cognitiva se relacionan con ideación suicida (OR= 2.57, p< .001).</p> |
| <p>(Capron D. W., 2012)</p> | <p>-Determinar si la SA se asocia a ideación e intento suicida.</p> <p>-Determinar si los sub factores de la SA desempeñan un papel en la ideación suicida o historia de intento suicida previo.</p> | <p>586 hombres y 760 mujeres, 32 no especificados, (n= 1,378), de 18- 65 años, de la Clínica de Servicios Terapéuticos de la Universidad de Florida y subrogados.</p> | <p>ASI DSI- SS Intento suicida previo</p> | <p>-Altos niveles de preocupaciones cognitivas se relacionaron con ideación suicida aun controlando variables como depresión, ansiedad y los sub factores de la SA, (t= 3.08, p= .002).</p> <p>-Las sub escalas social (OR= 1.07, p= .043) y cognitiva (OR= 1.06, p= .033) se encontraron como predictoras de intento suicida previo ($\chi^2= 54.91$).</p> |

| | | | | |
|----------------------|---|---|-------------------------|---|
| (Capron D. W., 2012) | -Evaluar el efecto de la SA y los sub factores relacionados con | 164 personas, entre 19- 73 años, 17.1% sexo femenino, | PANAS ASI- 3 IDAS | -La SA se relacionó positivamente con suicidabilidad , teniendo un mayor peso la sub escala cognitiva (t= 3.37, p= 0.001). |
|----------------------|---|---|-------------------------|---|

| | | | | |
|----------------------|--|--|---|--|
| | suicidabilidad en adultos con VIH. | de la clínica de Vermont, NY. | | |
| (Capron D. W., 2012) | <p>-Examinar el efecto de la SA y sub factores en una población de fumadores regulares más allá del afecto negativo, depresión, ansiedad (E1).</p> <p>-Examinar el efecto de la SA y sub factores en fumadores fuertes (>20 cig/día), que buscan tx, más allá de afecto negativo, consumo de alcohol y otras sustancias (E2).</p> | <p>E1: 343 personas de 18- 65 años, que fumaran a diario en el último año, mínimo 8 cig/d, con motivación para el abandono.</p> <p>E2: 78 adultos de 19- 66 años, que buscaban tratamiento para abuso/ dependencia a sustancias.</p> | <p>E1: SCDI- I ASI- 3 IDAS PANAS</p> <p>E2: TOP ASI PANAS AUDIT</p> | <p>E1: -El afecto negativo (t= 6.02, p< .001), elevada SA en el sub factor cognitivo (t= 2.08, p< .05) y social (t= -2.47, p< .05) fueron predictores de suicidabilidad.</p> <p>E2: -La SA en las dimensiones cognitiva (t= 2.71, p< .01), física (t= -2.18, p< .05) y el abuso de sustancias (t= 2.65, p= .010) fueron predictores significativos de suicidabilidad.</p> <p>-En ambos estudios la sub escala cognitiva fue la única dimensión de la SA que pronosticó un aumento de la conducta suicida en fumadores.</p> |

| | | | | |
|-------------------|---|--|---|--|
| (Hudiburgh, 2017) | Identificar la relación entre los sub factores de la SA y los constructos de la Teoría Interpersonal del Suicidio (“percepción de carga”, “pertenencia frustrada” y “capacidad adquirida”). | 308 pacientes inscritos en MTurk (51.6% mujeres), de manera anónima. | ASI- 3 INQ ACSS DASS- 21 SIAS | <p>-Niveles elevados en el sub factor físico de la SA se asociaron con una menor “capacidad adquirida” de suicidio ($t = -3.64, p < .001$).</p> <p>-Niveles elevados de preocupaciones cognitivas se asociaron con mayor “carga percibida” ($t = 2.06, p < .05$).</p> <p>-Niveles elevados del sub factor social se asociaron con</p> |
|-------------------|---|--|---|--|

| | | | | |
|-----------------|--|--|--|---|
| | | | | <p>“pertenencia frustrada” elevada (t= 3.25, p< .001).</p> <p>-Niveles elevados de SA global y SA físico se asociaron con una menor capacidad adquirida de suicidio.</p> |
| (Lamis, 2013) | -Examinar la relación entre el conflicto con los padres, síntomas depresivos, SA y rumiación suicida. | 533 estudiantes de licenciatura 72.2% mujeres, de 18- 26 años, de la Universidad del Sureste de Estados Unidos. | PEQ DBI- II ASI SAEI- 28 | <p>-El conflicto con los padres se correlacionó con síntomas de depresión (b= 0.04, p< 0.001) y SA (b= 0.11, p< 0.03).</p> <p>-La rumiación suicida se relacionó con el conflicto con los padres (ab= .33, IC 95% (.25-.49), p< .001), mediada por los síntomas depresivos (ab= .06, IC 95% (.01- .12), p= .04) más que con la SA (ab= .03).</p> |
| (Oglesby, 2015) | -Reproducir y ampliar investigaciones previas. -Determinar si la dimensión cognitiva de la SA discrimina entre aquellos con alto y bajo riesgo de suicidio. | 106 individuos de la comunidad, con una edad mayor o igual a 18 años, que hablan inglés y reportaron elevadas puntuaciones | SCDI- I ASI- 3 INQ ISI PANAS SBQ- R | <p>-Hay 3.67 más probabilidades de pertenecer al grupo de riesgo suicida si se tienen altos niveles de preocupaciones cognitivas (OR= 3.67, p= .0005).</p> <p>-La dimensión cognitiva de la SA predice un elevado riesgo suicida (OR= 1.10, p= 0.016) después de controlar variables como insomnio, afecto negativo y el sentimiento de no pertenencia.</p> |

| | | | | |
|----------------|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| | | de SA. | | |
| (Raines, 2015) | -Evaluar si una intervención cognitiva | 54 pacientes con TOC grave, de 18- | SCDI- I ASI- 3 OCI- R | -La intervención disminuyó la puntuación de ASI-3 en la dimensión cognitiva de inmediato |

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--|
| | <p>computarizada (CAST) disminuye las preocupaciones cognitivas de la SA inmediatamente después de realizarla y si mediaría los cambios en las tendencias suicidas a 1 mes de seguimiento en pacientes con TOC grave.</p> | <p>68 años, 65.6% mujeres. Se dividieron en 2 grupos: -G1: intervención CAST (n= 36). -G2: intervención de información en salud (n= 26).</p> | <p>SBQ- R</p> | <p>(t= -2.81, p= 0.007) (representó el 13% de la varianza de los cambios). -Siendo más importante la mediación de las preocupaciones cognitivas en la disminución del riesgo de suicidio (β= 0.18, p= .04) al mes de seguimiento.</p> |
| <p>(Schmidt N. B., 2017)</p> | <p>-Probar si intervenciones breves por computadora (TCC + EI= CAST), reducen los síntomas de ansiedad e ideación suicida. -Probar si las intervenciones reducen los síntomas de SA global y cognitiva basal, post intervención y al seguimiento a 1 y 4 meses.</p> | <p>-G1: 37 casos CAST + CBM- I. -G2: 37 controles falsa maniobra de información en salud + simulación CBM- I. Sujetos de la comunidad con SA e ideación suicida que recibieran o no tratamiento.</p> | <p>SCID- 5- RV ASI- 3 BAI BDI- II DSI- SS</p> | <p>-Las intervenciones breves reducen de manera significativa la SA: SA total, G1: disminución de 17.06 puntos (45.82%, p< .001) post intervención, G2: disminución de 3.62 puntos (9.89%, p< .05) post intervención. SA física, G1: 4.43 puntos (50.78%, p< .001), G2: 1.84 puntos (18.73%, p< .01). SA cognitiva, G1: 6.66 puntos (49.58%, p< .001), G2: 0.92 puntos (6.77%, (p >.05). SA social, G1: 6.03 puntos (40.04%, p< .001), G2: 0.87 puntos (6.52%, p> .05). Reducción que se mantuvo al seguimiento a 1 y 4 meses.</p> |

| | | | | |
|----------------|--|--|--|---|
| | | | | <p>-Las intervenciones breves reducen el riesgo suicida mediado por la SA:</p> <p>Suicidabilidad mediada por ASI-3 global (mes 1 disminución de 0.36 y mes 4 disminución de 0.42 puntos).</p> <p>Suicidabilidad mediado por SA cognitiva (mes 1 0.30 y mes 4 0.44).</p> <p>Suicidabilidad mediado por SA social (0.29 puntos 1 mes).</p> <p>Suicidabilidad mediado por SA física (0.28 puntos mes 4).</p> <p>-Conclusión: la SA es un mediador importante del riesgo suicida y la terapia computarizada resulta efectiva.</p> |
| (Tucker, 2016) | -Investigar la relación entre las conductas mal adaptativas del TLP y la experiencia de SA e ideación suicida. | 131 estudiantes universitarios del medio oeste (78.4% mujeres), entre 18- 53 años. | ASI- 3 HDSQ- SS FFBI MSI- BDP | <p>-Conductas mal adaptativas se relacionaron de manera positiva con elevadas preocupaciones cognitivas ($r= 0.21, p= <0.05$), sobre todo la desregulación emocional ($r= 0.54, p< 0.001$).</p> <p>-Conductas mal adaptativas se relacionaron de manera positiva con ideación suicida ($r= .18, p= <0.05$), sobre todo fragilidad ($t= 5.51, p< 0.001$) y desregulación afectiva ($t= 3.50, p .001$).</p> |

LEC- 5: Life Events Cecklist Version- 5.

PCL- 5: PTSD Checklist for DSM- 5.

ASI- 3: Anxiety Sensitivity Index- 3.

CES- D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.

SBQ- R: Suicidal Behaviors Questionnaire- Revised.

INQ: Interpersonal Need Questionnaire.

ACSS: Acquired Capability for Suicide Scale.

DASS- 21: Depression, Anxiety and Stress Scale.

SIAS: Social Interaction Anxiety Scale.

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

EI: Exposición Interoceptiva.

CBM- I: Internet- Based Cognitive Bias Modification.

SCID- 5- RV: Structured Clinical Interview for DSM- 5 Research Version.

BAI: Beck Anxiety Inventory.

BDI- II: Beck Depression Inventory II.

DSI- SS: Depressive Symptom Inventory Suicidality Subscale.

MINI: International Neuropsychiatric Interview.

TFLB: The Timeline Follow- Back Interview.

PANAS: Positive and Negative Affect Schedule.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

SCS: Sexual Compulsivity Scale.

BSS: Beck Scale for Suicide Ideation.

K- SADNS- PL: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present and Lifetime.

CDI: Children's Depression Inventory.

SPS- SIS and SPS- H: Suicidal Ideation and the Hopelessness Subscales of the Suicide Probability Scale.

CASI: Childhood Anxiety Sensitivity Index.

ICG: Inventory of Complicated Grief.

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

HDSQ- SS: Hopelessness Depression Symptom Questionnaire – Suicidality Subscale.

FFBI: Five-Factor Borderline Inventory.

MSI- BDP: McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder.

SCDI- I: Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis I Disorders.

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo.

CAST: Cognitive Anxiety Sensitivity Treatment.

OCI- R: Obsessive Compulsive Inventory- Revised.

INQ: Interpersonal Needs Questionnaire.

ISI: Insomnia Severity Index.

ASI: Anxiety Sensitivity Index.

PSWQ: Penn State Worry Questionnaire.

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

IDAS: Inventory of Depression and Anxiety Symptoms.

DTS: Distress Tolerance Scale.

PEQ: Parent Experiences Questionnaire.

SAEI- 28: Suicide Anger Expression Inventory- 28.

TC: Terapia Conductual.

USAFA: United States Air Force Academy.

BDI: Beck Depression Inventory.

TOP: Treatment Outcome Package.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio y las conductas asociadas son una condición prevenible, por lo que es importante el reconocimiento de condiciones asociadas a las conductas suicidas. La sensibilidad a la ansiedad, es un factor que predispone a la aparición de suicidabilidad posterior, por lo que su conocimiento y detección oportuna son una manera de prevenir un desenlace fatal posterior.

Este trabajo se realiza en estudiantes universitarios jóvenes, por considerarse un periodo que los hace vulnerables y frágiles emocionalmente, siendo frecuente en esta etapa la aparición de trastornos del espectro ansioso que puede conducirlos a conductas suicidas.

HIPÓTESIS

Niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad están relacionados de manera positiva con suicidabilidad.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre sensibilidad a la ansiedad y suicidabilidad en una población universitaria mexicana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir la sensibilidad a la ansiedad en una población universitaria mexicana.

Describir la frecuencia de suicidabilidad en una población universitaria mexicana.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio

- Por la participación del investigador: **observacional**.
- Por el objetivo del estudio: **descriptivo**.
- Por la temporalidad de la medición: **transversal**.
- Por el tipo de población: **homodémico**.

Sujetos

Hombres y mujeres estudiantes de medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), quienes fueron reunidos para el sorteo de selección de plazas de servicio social.

Variables

| Variable | Definición operacional | Escala | Instrumento de medición |
|-----------------------------------|--|-------------|-------------------------|
| Sexo | Características biológicas que definen al individuo como hombre o mujer. | Dicotómica | Con la pregunta ¿Sexo? |
| Edad | Años cumplidos hasta el día de la aplicación del cuestionario. | Dimensional | Con la pregunta ¿Edad? |
| Sensibilidad a la Ansiedad | Miedo a los síntomas de ansiedad, debido a la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones poseen consecuencias peligrosas o dañinas. | Ordinal | ASI-3 |
| Suicidabilidad | Continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento. | Ordinal | SBQ-R |

- **Variable dependiente:** suicidabilidad.
- **Variable independiente:** sensibilidad a la ansiedad.

Los instrumentos empleados fueron, ASI- 3 (Índice de Sensibilidad a la Ansiedad- 3) y el SBQ- R (Cuestionario Revisado de Conductas Suicidas), también se recabaron datos demográficos como sexo y edad.

Instrumentos

ASI-3: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad- 3

En 1986, Reiss, validó el instrumento ASI, encontrando resultados variables entre una estructura de un único factor y otros estudios encontraron influencias de cada sub factor o dimensión en una medida unidimensional. En un intento de solucionar este problema en 1998, Taylor y Cox utilizaron la versión ASI-R, una forma ampliada y revisada de 36 ítems, que no pudo validarse en todos los países (Sandín, 2005; Taylor, 2007; Taylor, 1998).

Una línea de evidencia reciente sugiere una estructura jerárquica de tres factores de primer orden y un orden superior, desarrollándose una nueva escala breve de sensibilidad a la ansiedad llamada ASI-3. Evalúa mediante 18 ítems y de forma equilibrada, cada una de las tres dimensiones más reproducidas en los estudios (cognitiva, física y social; 6 ítems para cada dimensión). Hay una validación de la escala realizada en el año 2007 por Taylor y colaboradores, con un coeficiente alfa de Cronbach's para México en la ASI-3 total de .74 a .84 (aceptable .70 y bueno mayor o igual a .80). Para cada una de las dimensiones fue de .83 para las preocupaciones físicas, .82 para preocupaciones cognitivas y .73 para las preocupaciones sociales (Sandín, 2005; Taylor, 2007).

El participante debe contestar indicando el grado en que suele experimentar cada uno de los enunciados en una escala tipo Likert, pudiendo variar entre "Nada o casi nada" (0), "Un poco" (1), "Bastante" (2), "Mucho" (3) y "Muchísimo" (4). Los ítems hacen referencia a las reacciones de miedo/ansiedad ante la experiencia de síntomas de tipo físico (por ejemplo, "cuando siento opresión en el pecho me asusta no poder respirar bien"), síntomas de descontrol cognitivo (por ejemplo, "cuando me resulta difícil pensar con claridad me preocupa que me esté ocurriendo algo grave"), y síntomas observables socialmente (por ejemplo, "tengo miedo a sonrojarme delante de la gente") (Sandín, 2005; Taylor, 2007).

Los ítems 2, 5, 10, 14, 16 y 18 valoran la sub escala de preocupaciones cognitivas. La sub escala social está definida por los ítems 1, 6, 9, 11, 13 y 17. La sub escala física se evalúa con los ítems 3, 4, 7, 8, 12 y 15 (Sandín, 2005; Taylor, 2007).

Los individuos con puntuaciones altas en la sub escala social son más propensos al temor de desarrollar sensaciones relacionadas a la ansiedad, debido a la vergüenza de

presenlar

sintomatología, a su vez este miedo o vergüenza puede hacer que se retire de situaciones sociales y llevarlo a experimentar la sensación de “no pertenencia o pérdida de control de sí mismo”; este deterioro en el funcionamiento social ha sido identificado como un precursor inminente de suicidabilidad; las preocupaciones sociales se asocian con historia de intento suicida previo, secundario al aislamiento social (Capron D. W., 2012), en menor medida se han visto asociados con esta dimensión los trastornos otros trastornos de ansiedad y trastorno depresivo (Schmidt N. B., 2017). Se ha encontrado una asociación menos consistente entre las preocupaciones físicas de la sensibilidad a la ansiedad y suicidabilidad; las preocupaciones físicas parecen moderar la relación entre las preocupaciones cognitivas y la historia de intento suicida previo, jugando como factor protector para suicidabilidad (Capron D. W., 2012). La sub escala de preocupaciones cognitivas parece ser particularmente relevante para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático, depresión y suicidio; algunos estudios han demostrado que las preocupaciones cognitivas se asocian fuertemente a ideación suicida, sobre todo en pacientes que presentan trastorno de pánico (Capron D. W., 2012).

SBQ-R: Cuestionario Revisado de Conductas Suicidas

En 1981 Linehan, desarrolló un auto reporte de 34 ítems, SBQ (Cuestionario de Conductas Suicidas) para evaluar la frecuencia y la severidad de los comportamientos suicidas y la historia de intentos previos. Junto con sus colegas, también desarrollaron una versión de 4 ítems y una versión de 14 ítems. En estudios previos se ha utilizado la versión de un solo ítem (SBQ-1), para valorar la historia de intentos previos (¿Alguna vez has pensado o intentado suicidarte?) (Linehan, 1981).

La escala como se conoce actualmente fue validada en 2001 por Osman y colaboradores, versión en idioma inglés. El ítem 1 evalúa la historia de un intento previo con la pregunta que ya se mencionó. El ítem 2 valora la frecuencia de la ideación suicida en el último intento, con la pregunta ¿Qué tan seguido has pensado sobre suicidarte en el último año?. El ítem 3 habla sobre el comunicar a alguien la ideación o plan suicida y el deseo de hacerlo, con la pregunta ¿Alguna vez le has dicho a alguien que cometerías suicidio, o que lo pudieras hacer?. El ítem 4 trata de la posibilidad de consumir suicidio en algún momento, respondiendo a la pregunta ¿Qué tan probable es que intentes suicidarte algún día? (Osman, 2001).

Tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 96% en adolescentes no hospitalizados por intento suicida y en adolescentes hospitalizados tiene una sensibilidad de 87% y especificidad de 93%. En adultos que han estado hospitalizados por un intento suicida tiene una sensibilidad de 80% y especificidad de 91%. En estudiantes universitarios tiene una sensibilidad de 93% y una especificidad de 95% (Osman, 2001).

La consistencia interna (alpha) en adolescentes psiquiátricos es de .88 y en adolescentes no hospitalizados es de .87, ambas consideradas como moderadamente altas. En adultos psiquiátricos es de .87 también moderadamente alta, en población universitaria la consistencia interna se considera adecuada con un alpha de .76. Con un punto de corte por arriba de 7 puntos en total se considera hay riesgo suicida en adolescentes no hospitalizados y por arriba de 8 puntos en adultos (Osman, 2001).

Con el ítem 1 (SBQ-1), que evalúa la historia de un intento suicida previo, se asigna a los individuos en grupos dicotómicos. A quienes indican nunca han intentado suicidarse se les califica con 1 punto y quienes solo han tenido un breve pensamiento reciben 2 puntos; individuos que en el pasado han tenido algún plan para suicidarse se califican con 3 puntos y a quienes han tenido un intento suicida se les da 4 puntos. Se considera que los individuos pertenecen al grupo "sin riesgo suicida" o grupo "0" cuando obtienen menos de 2 puntos y son considerados "con riesgo suicida" o grupo "1" cuando reportan una puntuación mayor a 2. Con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 96% (Osman, 2001).

Procedimiento

Se invitó a los estudiantes reunidos para el proceso de selección de plazas para el servicio social a participar de manera anónima en el estudio, por lo que no fue necesario firmar consentimiento informado. Verbalmente se explicaron los objetivos del estudio, haciendo énfasis en el anonimato y en el manejo estrictamente confidencial de los datos. Se entregó a cada participante una hoja con los instrumentos a responder, empleando su bolígrafo personal.

Se determinó la relación que existe entre niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad y

suicidabilidad, tomando en cuenta a los sujetos que den un resultado en la escala ASI-3 por

arriba de 7 puntos, correlacionando con suicidabilidad evaluada por el SBQ-R arriba de 2 puntos (dicotómico).

Se llevó a cabo la recolección y se elaboró una base de datos en Excel, con las respuestas de los instrumentos ASI-3 y SBQ- R. para su análisis estadístico se utilizó el software STATA en su versión 14.

Para los datos descriptivos se utilizaron prevalencias y medias. Se utilizó además test de t y Ji cuadrada para la correlación de las variables.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los sujetos estudiados

En el estudio participaron 280 estudiantes de medicina, de los cuales 60.36% (n= 169) fueron mujeres y 39.64% (n= 111) hombres. La media de edad es de 24.7 años (Cuadro 1 y 2).

Cuadro1. Características sociodemográficas

| Variable | |
|---------------------|-------------|
| Sexo | f (%) |
| Mujer | 169 (60.36) |
| Hombre | 111 (39.34) |
| Edad | |
| Promedio | 24.7 |
| Desviación estándar | 1.34 |
| Min-Max | 23-31 |
| | |

Cuadro 2. Edad y sexo

| Hombres (n=111) | | | | Mujeres (n=169) | | | | t | p |
|-----------------|------|------|-----------------|-----------------|------|------|-----------------|------|------|
| Medias | EE | DE | IC 95% | Medias | EE | DE | IC 95% | | |
| 24.79 | 0.12 | 1.34 | 24.54- 25.04 | 24.63 | 0.10 | 1.34 | 24.43- 24.84 | 0.93 | 0.34 |
| | | | | | | | | | |

Resultados de la Escala ASI-3

El puntaje máximo reportado en la escala fue de 72 puntos, con una media de 11.88 puntos (anexo 1).

La media por sexo en relación al resultado total de la escala ASI-3 tiene una diferencia aproximada de 0.68 puntos (EE 1.44), no considerándose significativo (Cuadro 3).

Al analizar las sub factores y compararlos por sexo, se encuentra que la media en el sub factor social es casi nula, 0.006 puntos (EE 0.09); la sub escala cognitiva, tiene una diferencia media casi inexistente de 0.02 puntos (EE 0.08); en la sub escala física se encontró una diferencia de 0.08 (EE 0.08). Ninguna de las sub escalas en su diferencia media por sexo se consideró significativa (Cuadro 3).

Cuadro 3. Comparación de ASI-3 total y sub escalas por sexo

| | Hombres (n=108) | | | | Mujeres (n=159) | | | | t | p |
|--------------------|-----------------|------|-------|-----------------|-----------------|------|-------|----------------|------|------|
| | Medias | EE | DE | IC 95% | Medias | EE | DE | IC 95% | | |
| ASI-3 Total | 12.42 | 1.17 | 12.19 | 10.10- 14.75 | 11.74 | 0.88 | 11.17 | 9.99- 13.49 | 0.47 | 0.63 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|---------------|------|------|------|---------------|------|------|
| Sub escala social | 0.97 | 0.07 | 0.79 | 0.08- 1.12 | 0.97 | 0.06 | 0.79 | 0.84- 1.09 | 0.06 | 0.94 |
| Sub escala cogniti va | 0.54 | 0.07 | 0.74 | 0.40- 0.68 | 0.51 | 0.05 | 0.69 | 0.40- 0.62 | 0.32 | 0.74 |
| Sub escala física | 0.54 | 0.06 | 0.73 | 0.40- 0.68 | 0.45 | 0.04 | 0.60 | 0.36- 0.55 | 1.04 | 0.29 |

Resultados escala SBQ-R

El coeficiente alpha es 0.76 lo que muestra que la consistencia interna del SBQ-R es aceptable.

En resultado total de la escala se obtuvo un puntaje máximo de 15 (0.36%) con una puntuación mínima de 3 (62.18%) (Anexo 2).

De los 280 estudiantes que participaron, en el ítem 1, 190 (68.84%) indicó que nunca habían pensado en morir o suicidarse y solo 6 personas (2.17%) indicaron que alguna vez habían intentado suicidarse y realmente querían morir. En el ítem 2, la mayor parte de los participantes respondió que en el último año nunca habían pensado en suicidarse, con un total de 228 personas (82.01%). En el ítem 3, 231 (82.01%) respondieron que “no”, haciendo referencia a que nunca le habían informado a alguien que cometerían suicidio y 229 personas (82.67%) marcaron la opción que “nunca” es probable que lleguen a suicidarse (Anexo 3).

Cuando se dicotomizó a los sujetos en grupos sin riesgo suicida o con riesgo suicida, se observó que el 14.55% de los participantes presentaban riesgo suicida, 24 mujeres y 16 hombres, la diferencia entre sexos no se consideró significativa (Cuadro 4).

Cuadro 4. Frecuencia de riesgo suicida por sexo

| | Sin riesgo suicida (f%) | Con riesgo suicida (f%) |
|--------|----------------------------|----------------------------|
| Hombre | 92 (85.19%) | 16 (14.81%) |
| Mujer | 143 (85.63%) | 24 (14.37%) |
| Total | 235 (85.45%) | 40 (14.55%) |

Asociación entre las escalas ASI-3, sub escalas y SBQ-R

La diferencia media entre los grupos sin riesgo suicida o con riesgo suicida resulta estadísticamente significativa para la asociación de las escalas ASI-3 total y SBQ-R dicotómico (diff. -10.59, EE 1.93) (Cuadro 5).

Al realizar el análisis de las dimensiones que conforman la Sensibilidad a la Ansiedad, utilizando la escala ASI-3, asociada a la escala SBQ-R, se encontró que todos los sub factores son estadísticamente significativos para el desarrollo de riesgo suicida, con una diferencia media de -0.71 (EE 0.13) para el sub factor social, de -0.57 puntos (EE 0.11) para el sub factor cognitivo y de -0.41 (EE 0.10) para el sub factor social (Cuadro 5).

Cuadro 5. Comparación de ASI-3 total, sub factores de acuerdo a la presencia o no de riesgo suicida

| | Sin riesgo suicida (n=235) | | | | Con riesgo suicida (n=40) | | | | t | p |
|--------------------|----------------------------|------|-------|----------------|---------------------------|------|-------|-----------------|-------|------|
| | Medias | EE | DE | IC 95% | Medias | EE | DE | IC 95% | | |
| ASI-3 Total | 10.38 | 0.69 | 10.49 | 9.00- 11.76 | 20.97 | 2.18 | 13.26 | 16.54- 25.39 | -5.46 | 0.00 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|---------------|------|------|------|---------------|-------|------|
| Sub escala social | 0.86 | 0.04 | 0.73 | 0.77- 0.96 | 1.58 | 0.14 | 0.90 | 1.27- 1.88 | -5.31 | 0.00 |
| Sub escala cogniti va | 0.43 | 0.04 | 0.63 | 0.35- 0.51 | 1.01 | 0.14 | 0.90 | 0.72- 1.30 | -4.98 | 0.00 |
| Sub escala física | 0.42 | 0.04 | 0.60 | 0.34- 0.50 | 0.83 | 0.11 | 0.74 | 0.60- 1.07 | -3.83 | 0.00 |

DISCUSIÓN

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de determinar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad (SA) y suicidabilidad, para ello se utilizaron las escalas ASI-3 que evalúa SA y sus tres sub escalas físico, cognitivo y social; se utilizó la escala SBQ-R para evaluar riesgo suicida.

En lo que respecta a la escala ASI-3 es un cuestionario de auto informe, útil para valorar la presencia de sensibilidad a la ansiedad y ver el predominio de las sub escalas en el sujeto, que lo condiciona a presentar SA. Actualmente se considera a la sensibilidad a la ansiedad como un factor de riesgo para psicopatología ansiosa, depresiva, consumo de sustancias y suicidio. En el presente estudio al analizar por separado las sub escalas que componen a la SA no se encontró diferencia significativa al análisis por sexo. Al hacer un análisis total se encuentra que los puntajes más altos reportados son para la sub escala de preocupaciones sociales, pero no es considerado como significativo al compararlo con el resto de la sub escalas o la puntuación global.

La escala SBQ-R que evalúa conductas suicidas, la presencia de pensamientos, intentos previos y la intencionalidad de estos intentos, comunicación a otros sobre la idea o plan suicida, ideación suicida actual y pasada y gravedad de estas conductas a lo largo de la vida; en su versión corta y dicotómica, utilizando solo el ítem 1 se puede ubicar a los sujetos con presencia o no de riesgo suicida. En este estudio, la escala la respondieron un total de 275 sujetos, 108 hombres (39.27%) y 167 mujeres (60.73%). De los 275 sujetos, 40 se ubicaron como sujetos con riesgo suicida, 24 mujeres y 16 hombres, representando el 14.55% del total. No se encontró diferencia significativa en los porcentajes entre ambos sexos; sin embargo, es importante recordar que los intentos de suicidio son hasta cuatro veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, pero el sexo masculino es quien tiene las tasas más altas de suicidio consumado, hasta cuatro veces superior que el sexo femenino. Esto está relacionado con que el sexo masculino elige métodos más letales para morir, entre los que se encuentran el uso de arma de fuego, el ahorcamiento y precipitación desde lugares elevados. Por su parte las mujeres, tienen intentos de suicidio de más baja letalidad comparado con el sexo masculino, entre los que sobresalen sobredosis de medicamentos (principalmente sustancias psicoactivas) y envenenamiento (Sadock, 2009).

Al realizar la asociación de los instrumentos utilizados en el presente estudio y la diferencia de las puntuaciones medias de pacientes sin riesgo suicida vs pacientes con riesgo suicida, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la escala de sensibilidad a la ansiedad ASI-3 y sus sub escalas con la escala SBQ-R. Pues personas con riesgo suicida presentaron puntuaciones medias más elevadas que las personas que no estaban clasificadas con riesgo suicida. Con una puntuación media más alta para las preocupaciones sociales que para las preocupaciones cognitivas, social o el resultado global, las puntuaciones más bajas fueron para el sub factor físico; pero aun así, se considera significativa la asociación de la SA y sus dimensiones con riesgo de ideación y/o conductas suicidas. Se encontró también una asociación siempre significativa entre la puntuación total de la escala ASI-3 y cada sub escala con el riesgo de suicidio. Existiendo una discrepancia con publicaciones previas, donde solo una de las dimensiones o máximo dos se encuentran asociadas a suicidabilidad.

En la mayoría de las publicaciones la puntuación global y la sub escala cognitiva son las que mayormente se han asociado a ideación suicida o intentos previos de suicidio; reportándose hasta un aumento de 3.67 veces la probabilidad de riesgo suicida en quienes tienen elevadas puntuaciones en la sub escala cognitiva (Oglesby, 2015). Incluso, elevadas preocupaciones cognitivas de la sensibilidad a la ansiedad, se han asociado a los dos años de seguimiento con el mantenimiento de la ideación suicida en personas que no recibieron un tratamiento o intervención adecuada (Capron D. W., 2015). Haciendo un acercamiento a los resultados aquí encontrados, respecto al ligero predominio de la sub escala social, pero no considerándose más significativa que el resto de las sub escalas o de la puntuación total, en una publicación del 2016, elevadas puntuaciones en la sub escala social se relacionaron con el deseo de morir en personas con duelo (Baker, 2016). De acuerdo a la Teoría Interpersonal del Suicidio, personas que tienen niveles más elevados en el sub factor social de SA, se asocian con una mayor “pertenencia frustrada” o no se sienten en contacto con el medio que los rodea, como consecuencia comenzarán a manifestar aislamiento social y esto conducirlos a ideación suicida. Sin embargo, esta Teoría sigue poniendo como parte muy importante para el desarrollo de suicidabilidad a la sub escala cognitiva con niveles bajos en la sub escala física, que harán que el individuo desarrolle mayor tolerancia al dolor físico y una mayor “capacidad adquirida” con ausencia de miedo a la muerte (Hudiburgh, 2017). Debido a estos resultados, se han puesto en marcha intervenciones por computadora en su mayoría anónima, que buscan disminuir la

SA y con ello las conductas

suicidas; llegando a disminuir hasta un 13% la ideación suicida de manera inmediata (Raines, 2015) pudiéndose mantener el bajo riesgo por un periodo que va de 1 mes hasta 4 meses (Schmidt N. B., 2017).

Un intento previo de suicidio, es el mejor predictor de que la persona presenta un riesgo elevado de suicidio en el futuro, siendo el riesgo máximo durante los 3 meses posteriores al último intento. Por lo que es importante identificar a la población en riesgo para su prevención. Los sujetos de este estudio son una población en riesgo para el desarrollo de psicopatología incluidos trastornos del espectro ansioso y suicidio, además de que reportaron niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad; principalmente por la edad que los hace vulnerables emocionalmente, a lo que se le pueden sumar otros factores como el estrés escolar, el estar fuera de casa y de la convivencia con la familia; desconociendo si además cumplan con algunos de los otros factores que se consideran de alto riesgo para suicidio (sexo masculino, relaciones interpersonales y familiares conflictivas, desempleo, enfermedades crónicas, hipocondría, depresión, psicosis, consumo de sustancias, aislamiento social, poco logros personales, entre otros). Algunos países, entre los que se incluyen España, Chile y Estados Unidos, desde el 2001 han desarrollado estrategias para la prevención del suicidio, por mencionar algunas de estas estrategias se encuentran: crear consciencia de que el suicidio se puede prevenir y que es un importante problema de salud pública, realizar a profundidad un estudio de los casos de intento de suicidio y suicidio consumado, desarrollar y promover prácticas clínicas entre los profesionales de la salud que sean eficaces, incorporación de programas preventivos y de detección en establecimientos educacionales, implementar un sistema de ayuda para situaciones de crisis, reducir el estigma asociado a los enfermos mentales, entre otras (Rojas, 2013).

CONCLUSIÓN

La ideación y conductas suicidas tiende a presentarse en un 14.55% de los estudiantes universitarios del presente estudio, acompañándose con elevados niveles de sensibilidad a la ansiedad y sus dimensiones, sin encontrar una diferencia o riesgo mayor al compararlo por sexos. Aunque con un ligero predominio en la dimensión social, la SA una vez más nos demuestra que es un factor de riesgo para suicidabilidad, tomando en cuenta una puntuación global o de manera aislada cada sub factor. Se ha reportado que elevados niveles de SA además de conducir a suicidabilidad, pueden llevar al desarrollo de psicopatología, como otros trastornos de ansiedad, consumo de sustancias, trastornos de la alimentación y del estado de ánimo, por lo que sería importante discriminar en la muestra estudiada si el predominio de la sub escala social es causada únicamente por SA o por algún trastorno comorbido, que incremente la SA y con ello el riesgo de suicidabilidad. En estudios previos, la dimensión social se ha relacionado con historia de intento suicida, sería de interés investigar si en la población mexicana se siguen replicando estos resultados. Lo encontrado en este estudio pone de manifiesto la necesidad que existe en nuestro país de poner en práctica las estrategias empleadas en otros países, como educar al personal médico y del área de la salud, a los docentes y población general sobre la distinción de los factores de riesgo y personas vulnerables al desarrollo de psicopatología, para una detección temprana, oportuna y el empleo de un tratamiento adecuado. Al sensibilizar e informar, se ayuda a evitar que la inconformidad del individuo interrumpa su deseo de vivir, pero sobre todo, se ayuda a disminuir el estigma asociado a las enfermedades mentales.

ANEXOS

Anexo 1. Frecuencia de los resultados de la Escala ASI-3

| | Nada o casi nada | Un Poco | Algunas veces | Muchas veces | Casi Siempre |
|---|------------------|------------|---------------|--------------|--------------|
| 1. Es importante para mí no parecer nervioso(a) (n= 279) (f%) | 41 (14.70) | 98 (35.13) | 46 (16.49) | 67 (24.01) | 27 (9.68) |
| 2. Cuando yo no puedo mantener mi mente en una tarea, me preocupa que me podría estar volviendo loco (n=280) (f%) | 176 (62.86) | 61 (21.79) | 21 (7.50) | 15 (5.36) | 7 (2.50) |
| 3. Me asusto cuando mi corazón late rápidamente (n=279) (f%) | 166 (59.50) | 82 (29.39) | 17 (6.09) | 11 (3.94) | 3 (1.08) |
| 4. Cuando mi estómago está molesto, me preocupa que podría estar gravemente enfermo(a) | 188 (67.14) | 62 (22.14) | 17 (6.07) | 8 (2.86) | 5 (1.79) |

| | | | | | |
|--|----------------|----------------|---------------|-------------|--------------|
| (n=289) (f%= | | | | | |
| 5. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente en una tarea (n= 280) (f%) | 124 (44.29) | 104 (37.14) | 21 (7.50) | 22 (7.86) | 9 (3.21) |
| 6. Cuando tiemblo en presencia de otros, temo de lo que la gente podría pensar de mí (n=280) (f%) | 163 (58.21) | 68 (24.29) | 26 (9.29) | 15 (5.36) | 8 (2.86) |
| 7. Cuando mi pecho se siente apretado, me da miedo que no podré respirar bien (n=280) (f%) | 179 (63.93) | 59 (21.07) | 23 (8.21) | 11 (3.93) | 8 (2.86) |
| 8. Cuando siento dolor en mi pecho, me preocupa que voy a tener un ataque al corazón (n=278) (f%) | 202 (72.66) | 50 (17.99) | 14 (5.04) | 7 (2.52) | 5 (1.80) |
| 9. Me preocupa que | 126 (45.32) | 92 (33.09) | 37 (13.31) | 15 (5.40) | 8 (2.88) |

| | | | | | |
|---|-----------------|----------------|---------------|------------|--------------|
| otras personas notarán mi ansiedad (n= 278) (f%) | | | | | |
| 10. Cuando me siento confundido(a) me preocupa que yo tenga una enfermedad mental (n=280) (f%) | 203 (72.50) | 48 (17.14) | 10 (3.57) | 11 (3.93) | 8 (2.86) |
| 11. Me da miedo cuando tengo rubor delante de la gente (n=278) (f%) | 143 (51.44) | 74 (26.62) | 30 (10.79) | 19 (6.83) | 12 (4.32) |
| 12. Cuando me doy cuenta que mi corazón salta de un golpe, me preocupa que hay algo seriamente mal conmigo (n=279) (f%) | 183 (65.59) | 59 (21.15) | 18 (6.45) | 17 (6.09) | 2 (0.72) |
| 13. Cuando empiezo a sudar situaciones | 142 (50.90) | 88 (31.54) | 25 (8.96) | 14 (5.02) | 10 (3.58) |

| | | | | | |
|--|----------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| sociales, temo que la gente pensará negativamente de mí (n=279) (f%) | | | | | |
| 14. Cuando mis pensamientos están acelerados, me preocupa que me podría estar volviendo loco(a) (n=280) (f%) | 228 (81.43) | 29 (10.36) | 10 (3.57) | 8 (2.86) | 5 (1.79) |
| 15. Cuando se me aprieta la garganta, me preocupa que me pude ahogar y morir (n=280) (f%) | 224 (80.00) | 41 (14.64) | 8 (2.86) | 5 (1.79) | 2 (0.71) |
| 16. Cuando tengo problemas para pensar claramente, me preocupa que hay algo mal conmigo (n=279) (f%) | 196 (70.25) | 55 (19.71) | 17 (6.09) | 8 (2.87) | 3 (1.08) |

| | | | | | |
|---|----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 17. Creo que sería horrible para mí desmayarme en público (n=278) (f%) | 155 (55.76) | 65 (23.38) | 26 (9.35) | 19 (6.83) | 13 (4.68) |
| 18. Cuando mi mente queda en blanco, me preocupa que algo está terriblemente mal conmigo (n=280) (f%) | 217 (77.50) | 39 (13.93) | 11 (3.93) | 7 (2.50) | 6 (2.14) |

Anexo 2. Frecuencia del puntaje total de la escala SBQ-R (n=275)

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total SBQ-R | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| f (%) | 171 (62.18) | 25 (9.09) | 26 (9.45) | 13 (4.73) | 14 (5.09) | 7 (2.55) | 8 (2.91) | 3 (1.09) | 2 (0.73) | 2 (0.73) | 1 (0.36) | 1 (0.36) | 1 (0.36) |

Anexo 3. Frecuencia por ítem de la escala SBQ-R

| | | | | | | |
|-----------------|---|----------------|------------|------------|----------|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ¿Alguna vez has | | 190 (68.84) | 52 (18.84) | 28 (10.14) | 6 (2.17) | |

| | | | | | | |
|---|----------------|----------------|------------|-----------|-----------|----------|
| pensado o intentado suicidarte? (n=276) (f%) | | | | | | |
| ¿Qué tan seguido has pensado sobre suicidarte en el último año? (n=278) (f%) | | 228 (82.01) | 32 (11.51) | 12 (4.32) | 4 (1.44) | 2 (0.72) |
| ¿Alguna vez le has dicho a alguien que cometerías suicidio, o que lo pudieras hacer? (n=278) (f%) | | 237 (85.25) | 35 (12.59) | 6 (2.16) | | |
| ¿Qué tan probable es que intentes suicidarte algún día? | 229 (82.67) | 13 (4.69) | 7 (2.53) | 11 (3.97) | 17 (6.14) | |

| | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|
| (n=277) | | | | | | |
| (f%) | | | | | | |

REFERENCIAS

- Allan, N. P., Capron, D. W., Raines, A. M. and Schmidt, N. B., (2014). Unique relations among anxiety sensitivity factors and anxiety, depression, and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 266-275. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.004>
- Allan, N. P., Norr, A. M., Boffa, J. W., Durmaz, D., Raines, A. M. and Schmidt N. B., (2015). Examining the unique relations between anxiety sensitivity factors and suicidal ideation and past suicide attempts. *Psychiatry Research*, 1-7.
- Baker, A. W., Goetter, E. M., Bui, E., Shah, R., Charney, M. E., Mauro, C., Shear, M. K. and Simon, N. M., (2016). The Influence of Anxiety Sensitivity on a Wish to Die in Complicated Grief. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 314-316. doi:10.1097/NMD.0000000000000465
- Beck A. T., Kovacs, M., and Weissman, A., (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343- 352.
- Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, (2009). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica*, (10a. ed., Vol. 1). (D. R. al., Trad.) Baltimore: Lippincot Williams & Wilkins. Recuperado el 2008
- Bilgiç, A. Y., Yilmaz, S. and Hergüner, S., (2017). The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. *Psychiatria Danubina*, 29(4), 473-479. Obtenido de <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.473>
- Boffa, J. W., Stanley, I. H., Smith, L. J., Mathes, B. M., Tran, J. K., Buser, S. J., Schmidt, N. B. and Vujanovic, A. A., (2018). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Suicide Risk in Male Firefighters. The Mediating Role of Anxiety Sensitivity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(3), 179-186. doi:10.1097/NMD.0000000000000779
- Bolton, J. M., Cox, B. J., Afifi, T. O., Enns, M. W., Bienvenu, O. J. and Sareen, J., (2008). Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow- up study. *Depression and Anxiety*, 25, 477-481. doi:10.1002/da.20314
- Borges, G. O., Orozco, R., Benjet, C. y Medina- Mora, M. E., (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública México*, 52, 292-304.
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J.R. and McKean, A.J., (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *American Journal of Psychiatry*, 1-7.
- Brandt, C. P., Bakhshaie, J., Jardin, C., Lemaire, C., Kauffman, B. Y., Sharp, C. and Zvolensky M. J., (2017). The Moderating Effect of Smoking Status on the Relation Between Anxiety Sensitivity and Hazardous Alcohol Use, Sexual VIH/ AIDS.

International Journal of Behavioral Medicine, 24(1), 92-100. doi:10.1007/s12529-016-9568-5

- Capron D. W., Allan, N. P., Ialongo, N. S., Leen- Feldner, E. and Schmidt, N. B., (2015). The depression distress amplification model in adolescents: A longitudinal examination of anxiety sensitivity cognitive concerns, depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 41, 17-24. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.001>
- Capron, D. W., Cogle, J. R., Ribeiro, J. D., Joiner, T. E. and Schmidt, N. B., (2012). An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 174-180. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.10.009
- Capron, D. W., Blumenthal, H., Medley, A. N., Lewis, S., Feldner, M. T., Zvolensky, M. J. and Schmidt, N. B., (2012). Anxiety Sensitivity Cognitive Concerns Predict Suicidality among Smokers. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 239-246. doi:10.1016/j.jad.2012.01.048
- Capron, D. W., Fitch, K., Medley, A., Blagg, C., Mallott, M., and Joiner, T., (2012). Role of anxiety sensitivity subfactors in suicidal ideation and suicide attempt history. *Depression and Anxiety*, 39, 195-201. doi:10.1002/da.20871
- Capron, D. W., Gonzalez, A., Parent, J., Zvolensky, M. J. and Schmidt, N. B., (2012). Suicidality and Anxiety Sensitivity in Adults with HIV. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 26(5), 298-303. doi:10.1089/apc.2011.0429
- Capron, D. W., Kotov, R. and Schmidt, N. B., (2013). A cross-cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. *Psychiatry Research*, 205, 74-78. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.006>
- Capron, D. W., Norr, A. M., Macatee, R. J. and Schmidt N. B., (2013). Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity Cognitive Concerns: Testing the Incremental Contributions of Affect Dysregulation Constructs on Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *Association for Behavioral and Cognitive Therapies*, 349-358.
- Capron, D. W., Norr, A. M., Zvolensky, M. J. and Schmidt, N. B., (2014). Prospective Evaluation of the Effect of an Anxiety Sensitivity Intervention on Suicidality among Smokers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(1), 72-82. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2013.777466>
- Córdova, M. E., Eguiluz, L. L. y Rosales, J. C., (2011). Pensamientos suicidas en estudiantes universitarios del estado de Tlaxcala (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 155-164.
- Crump, C. S., Sundquist, K., Sundquist, J. and Winkleby, M. A., (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44, 279-289. doi:10.1017/S0033291713000810

- Dávila, C. A. y Pardo, A. M., (2016). Mortalidad por suicidios en Colombia y México: tendencias e impacto entre 2000 y 2013. *Biomédica*, 36, 415-422. doi:<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.3224>
- Durkheim, É., (1897). *El Suicidio, un estudio de sociología* (Primera ed.). (S. C. Martínez, Trad.) Titivillus.
- Eisenberg, D. G., Gollust, S. E., Golberstein, E., and Hefner, J. L., (2007). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality Among University Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4). doi:10.1037/0002-9432.77.4.534
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2013).
- González, S. D., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. y González, J. J., (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. 21-30.
- Haukka, J. S., Suominen, K., Partonen, T. and Lönnqvist, J., (2008). Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996–2003. *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1155-1163. doi:10.1093/aje/kwn017
- Hawton, K. and Van Heeringen, K., (2009). Suicide. *Lancet*, 273, 1372- 1281.
- Hudiburgh, S. E., Shaw, A. M., Arditte, K. A. and Timpano, K. R., (2017). Anxiety Sensitivity Differentially Predicts Factors of Interpersonal–Psychological Suicide Risk: A Consideration of Specificity. *The American Association of Suicidology*, 1-14.
- Izquierdo, Fernando Mansilla, (2010). *Suicidio y Prevención* (Primera ed.). InterSalud.
- Joiner, T. E. and Van Orden, K. A., (2008). The Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 80-89.
- Keouhg, M. E. and Schmidt, N. B., (2012). Refinement of a Brief Anxiety Sensitivity Reduction Intervention. *Journal Consult Clinical Psychology*, 80(5), 766-772. doi:10.1037/a0027961
- Lamis, D. A. and Jahn, D. R., (2013). Parent–Child Conflict and Suicide Rumination in College Students: The Mediating Roles of Depressive Symptoms and Anxiety Sensivity. *Journal of American College Health*, 61(2), 106-113. doi:10.1080/07448481.2012.754758
- Linehan, M. M. and Addis, M. E., (1981). The Suicidal Behaviors Questionnaire . *Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle* .
- Oglesby, M. C., Capron, D. W., Raines, A. M. and Schmidt N. B., (2015). Anxiety sensitivity cognitive concerns predict suicide risk. *Psychiatry Research*, 226, 252-256. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.057>
- OMS, Prevención del suicidio, un instrumento para profesionales de los medios de

comunicación. SUPRE, Organización Mundial de la Salud, (2000). 6-12.

- OMS, Organización Mundial de la Salud, (2002).
- OMS, Prevención del suicidio, (2006). 1-6.
- OMS, Organización Mundial de la Salud, (2012).
- OMS, Prevención del suicidio, un imperativo global. OPS, Organización Panamericana de la Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud, (2014). 1-4.
- OPS, Organización Panamericana de la Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud, (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- OMS, Comportamiento suicida en Europa, la situación de los 90's, (1986).
- Osman, A. B., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A. and Barrios, F. X., (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire- Revised (SBQ-R): Validation With Clinical And Nonclinical Samples. *Assessment*, 8(4), 443-454. Obtenido de asm.sagepub.com
- Raines, A. M., Short, N. A., Allan, N. P., Oglesby, M. E. and Schmidt, N. B., (2015). Examination of a Brief Anxiety Sensitivity Cognitive Concerns Intervention on Suicidality among Individuals with Obsessive-compulsive Symptoms. *Contemporary Clinical Trials*, 1-22. doi:10.1016/j.cct.2015.09.006
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety ad panic. *Clinical Psychology Review*, 1, 141-153.
- Rojas, M. I., Pemjan, A., Caprile, M. A., Gómez, A., Opazo, R., Valderrama, S. y Rodríguez, J., (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio-Orientaciones para su implementación*. Chile.
- Rosales, J. C. y Córdova, M., (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9-30.
- Rosales, J. C., Córdova, M. y Escobar, M. P., (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*, 20-32.
- Rueda- Jaimes, G. E., G. E., Rangel, A. M., Castro, V. A. y Camacho, P. A., (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 683-692.
- Salemink, E. V., Van den Hout, M. and Kindt, M., (2009). Effects of positive interpretive bias modification in highly anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 676-683. doi:10.1016/j.janxdis.2009.02.006
- Sandín, B. V., Valiente, R. M., Charcot, P. y Santed, M. A., (2005). Propiedades

psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17(3), 478.483.

- Sareen, J. C., Cox, B. J., Afifi, T. J., De Graaf, R., Gordon J., Asmundson, G., Ten Have, M. and Stein, M. B., (2005). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 1249-1257. Obtenido de <http://archpsyc.jamanetwork.com>
- Schmidt, N. B., Capron, D. W., Raines, A. M. and Allan, N. P., (2014). Randomized Clinical Trial Evaluating the Efficacy of a Brief Intervention Targeting Anxiety Sensitivity Cognitive Concerns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1023-1033. doi:10.1037/a0036651
- Schmidt, N. B., Norr, A. M., Allan, N. P., Raines, A. M. and Capron, D. W., (2017). Randomized Clinical Trial Targeting Anxiety Sensitivity for Patients With Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1-16. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000195>
- Suicida, G. T. Grupo de Trabajo de la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.*, (2012). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02, Galicia.
- Taylor, S. C., Cox, B. J., Heimberg, R. G. and Ledley D. R., Holaway, R. M., Eng, W., Arrindell, W. A., Zvolensky, M. J., Deacon, B., Abramowitz, J. S., Sandin, B., Coles, M., Daly, E. S., Bouvard, M. and Cardenas S. M., (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index—3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. doi:10.1037/1040-3590.19.2.176
- Taylor, S. y Cox, B. J., (1998). An expanded Anxiety Sensitivity Index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 263-483.
- Tucker, R. P., Lengel, G. J., Smith, C. E., Capron, D. W., Mullins-Sweatt, S. N. and Wingate L. R., (2016). Maladaptive Five Factor Model Personality Traits Associated with Borderline Personality Disorder Indirectly Affect Susceptibility to Suicide Ideation Through Increased Anxiety Sensitivity Cognitive Concerns. *Psychiatry Research*, 1-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.051>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A. and Joiner T. E., (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*, 2, 575-600. doi:10.1037/a0018697