

AUTO-ACEPTACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES*

SELF-ACCEPTANCE AS A RISK FACTOR OF ATTEMPTED SUICIDE IN ADOLESCENTS

Recibido: 23 de Octubre del 2012 | Aceptado: 06 de Abril del 2013

MARCELA BEATRIZ **GONZALEZ-FUENTES**₁; PATRICIA **ANDRADE PALOS**₂;
(UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, México D.F., México)

RESUMEN

El propósito fue evaluar si la auto-aceptación es un factor de riesgo del intento de suicidio en adolescentes. Participaron 665 estudiantes de 14 a 20 años ($M = 16.7$; $DE = 1.36$); 79 jóvenes (12%) reportaron intento de suicidio, 24 fueron varones ($M = 16.6$ años; $DE = 1.21$) y 55 mujeres ($M = 16.7$ años; $DE = 1.44$). Se trabajó con dos muestras equivalentes, una con jóvenes que reportaron intento suicida ($n = 79$) y otra sin intento de suicidio ($n = 69$). Instrumentos: Escala de Auto-aceptación, con cinco dimensiones (rechazo-personal, insatisfacción personal, rechazo-carácter, auto-aceptación de aspectos positivos y auto-aceptación de aspectos negativos) y cinco preguntas sobre intento de suicidio. Los resultados mostraron que los predictores de auto-aceptación para el intento suicida fueron diferentes dependiendo del sexo de los adolescentes, la regresión logística sugiere que en los hombres la aceptación de sus aspectos negativos es un factor protector, pero en el caso de las mujeres, las que reportaron rechazo a su persona tienen un mayor riesgo de repetir el intento suicida.

PALABRAS CLAVE: Auto-aceptación, intento de suicidio, adolescentes, factores de riesgo y protección.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate self-acceptance in adolescents as a risk factor in attempted suicide. From one sample of 665 students between 14 and 20 years old ($M = 16.7$; $SD = 1.36$), only 79 adolescents (12%) reported attempted suicide, of whom 24 were men ($M = 16.6$) and 55 women ($M = 16.7$; $SD = 1.44$). The study included two sample groups, one a group of young people who had reported suicide attempts ($n = 79$), the other group was composed of people who had not reported suicide attempts ($n = 69$). A self-acceptance questionnaire which evaluated five dimensions (personal rejection, personal dissatisfaction, character dissatisfaction, self-acceptance of positive aspects and self-acceptance of negative aspects) was administered, and subjects were asked five questions about suicide attempts. The results showed that self-acceptance predictors of suicide attempts were different between the sexes: logistic regression suggests that self-acceptance of negative aspects is a protective factor for men; women who reported personal-rejection have an increased risk of repeating suicide attempts.

KEY WORDS: Self-acceptance, attempted suicide, adolescents, risk and protective factors.

*Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT. Clave IN 302212.

1. Profesora Asociada de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología de la UNAM. México, D.F. E-mail: marcegonf@yahoo.com.mx

2. Profesora Titular de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología de la UNAM. México, D.F. E-mail: p.andradepalos@gmail.com

El suicidio en la población adolescente se ha incrementado en los últimos años en diversos países (Brausch & Gutierrez, 2010; Brausch & Muehlenkamp, 2007; Christiansen & Frank, 2007; Cox, Murray & Clara, 2004; Dave & Rashad, 2009; Groholt & Ekeberg, 2009; Hidaka, et al., 2008; Kim, 2009; Nruham, Herrestad & Mehlum, 2010; Wild, Flisher & Lombard, 2004; Waldrop et al., 2007). Algunos de los factores de riesgo asociados con el intento suicida reportados en la literatura internacional son: a) la depresión (Brausch & Gutierrez, 2010; Dori & Overholser, 1999; Groholt & Ekeberg, 2009; Nruham, et al., 2010; Orbach, Lottem-Peleg & Kedem, 1995; Waldrop et al., 2007; Wild et al., 2004); b) una historia de consumo de drogas lícitas e ilícitas (Hacker, Suglia, Fried, Rappaport & Cabral, 2006; Hidaka et al., 2008; Waldrop et al., 2007), c) aspectos familiares como relaciones conflictivas con los padres (Brausch & Gutierrez, 2010; Nruham, et al., 2010), la adaptabilidad familiar y los antecedentes de ideación e intentos suicidas en familiares cercanos (Pavez, Santander, Carranza & Vera-Villarreal, 2009), d) algunas dimensiones psicológicas como: una baja auto-estima (Brausch & Gutierrez, 2010; Wild et al., 2004), la auto-crítica -visión negativa del self-, el neuroticismo y la desesperanza (Cox et al., 2004; Dori & Overholser, 1999), e) actitudes negativas hacia el cuerpo o insatisfacción con la imagen corporal -percepción de sobrepeso- (Brausch & Muehlenkamp, 2007; Kim, 2009, Orbach et al., 2006; Orbach et al., 1995; Wild et al., 2004), y f) eventos traumáticos como abuso sexual, violencia familiar y escolar, además de enfermedades de transmisión sexual y homo o bisexualidad (Hacker, et al., 2006; Hidaka, et al., 2008; Waldrop et al., 2007).

En algunos de estos estudios se han encontrado diferencias por sexo, la más consistente es una mayor proporción de mujeres con intento de suicidio que de hombres (Dori & Overholser, 1999; Hidaka, et al., 2008; Waldrop et al., 2007) y una

mayor vulnerabilidad al suicidio en las mujeres adolescentes que presentan alguna de estas características: a) depresión y una percepción de poco apoyo social (Nruham et al, 2010), b) que tengan entre 15 y 19 años edad (Hidaka, et al., 2008; Waldrop et al., 2007), y c) que manifiesten rechazo o insatisfacción con su cuerpo (Dave & Raschad, 2009; Kim, 2009). En la población masculina se han identificado los mismos factores que en las mujeres pero las asociaciones han sido más bajas o no significativas (Dave & Raschad, 2009; Dori & Overholser, 1999; Nruham et al., 2010).

En México, Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) revisaron la mortalidad por suicidio durante el periodo de 1970 a 2007, por medio de encuestas transversales, su propósito fue presentar una panorámica epidemiológica del suicidio consumado, de tendencia y actual; en ese periodo el suicidio aumentó paulatinamente pero de manera constante, acorde con la tendencia internacional. Específicamente en la población adolescente de 14 a 19 años se registró un incremento, en los varones representó el 10.64% del total de muertes y en las mujeres el 18.11%, lo que lo ubica como la tercera causa de muerte entre la población de 15 a 24 años. La etapa de vida de los jóvenes parece ser un indicador importante, ya que la prevalencia de intento de suicidio (alguna vez en la vida) disminuye con la edad, para los jóvenes de 12 a 17 años fue de 4.26%, pero para el grupo de edad de 18 a 29 años se redujo a 3.75%, y para el de 30 a 65 años fue de 2.1%.

González-Forteza, et al. (2002) identificaron la prevalencia del intento de suicidio en la Ciudad de México, sus resultados indicaron que en 1997 la prevalencia en estudiantes adolescentes fue de 8.3% (N=849), pero aumentó a 9.5% en el 2000 (N=1,009). El intento de suicidio se presentó con mayor frecuencia en la población femenina, en una proporción de más de tres mujeres por cada varón. Las

prevalencias fueron más altas en el nivel de bachillerato que en los otros niveles educativos, pero las edades reportadas en el único/último intento reportado mostraron que en gran parte de los casos, los intentos ocurrieron a finales de los estudios de educación primaria y/o en la secundaria. Aunque hay diferencias en las prevalencias, se encontró que el intento suicida presentó un mismo perfil de características respecto a: 1) la edad de ocurrencia del único/último intento de suicidio, que fue de 10 a 15 años; 2) la causa del intento suicida, en donde identificaron como principal motivo los problemas familiares y como segundo los sentimientos depresivos; y 3) el método empleado con mayor frecuencia por los jóvenes fue cortarse con algún objeto punzocortante.

El intento suicida está considerado como un factor de alto riesgo porque aumenta la probabilidad de que los jóvenes lo repitan y lo consumen (Borges, et al., 2010; Christiansen & Frank, 2007; González-Forteza, et al., 2003; Hvid & Wang, 2009). En los estudios realizados en México para detectar factores de riesgo asociados con intento de suicidio en población adolescente, se reportan: a) los trastornos mentales, ansiedad e impulsividad en varones y trastornos del estado de ánimo en las mujeres, en particular depresión (Borges, et al., 2010; Cubillas, Román, Valdez & Galviz, 2012), b) malestar emocional, autoestima baja, mala relación con los padres y discusiones entre padres por problemas económicos (González-Forteza et al., 2003), y c) el ambiente familiar negativo (Andrade, Betancourt & Camacho, 2003).

Por otro lado, la auto-aceptación empezó a ser estudiada empíricamente por Ryff (1989a,b) desde hace más de dos décadas, al proponerla como una de las dimensiones de su Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico (BP); a nivel conceptual la definió como una característica central de la

salud mental, de la auto-actualización, del funcionamiento óptimo y de la madurez; a nivel operacional la describió como una actitud positiva hacia el self, en la que la persona se acepta a sí misma totalmente, asumiendo tanto sus características positivas como negativas, valorando todas sus experiencias pasadas. Ryff construyó y validó varias escalas para medir las dimensiones del Modelo Multidimensional de BP en adultos mayores pertenecientes a una clase social media alta de Estados Unidos (Ryff, 1989a,b; Ryff & Keyes, 1995); sin embargo y debido a las diferencias de edad, culturales, sociales y económicas de nuestra población meta, en este estudio se desarrolló un instrumento basado tanto en el modelo teórico de Ryff como en el significado que los adolescentes mexicanos le dieron a cada una de las dimensiones.

Otra aproximación al estudio de la auto-aceptación ha sido el trabajo de Ellis (1996), quien propuso el término de Auto-aceptación Incondicional de uno mismo (AI) que implica que uno se acepte a sí mismo plenamente, asumiendo sin requerimientos o limitaciones su existencia y su condición de ser vivo. Diversos investigadores (Chamberlain & Haaga, 2001a,b; Carson & Langer, 2006; Davies, 2006, 2008; Flett, Besser & Hewitt, 2003) han estudiado el constructo de AI desde esta perspectiva terapéutica. Chamberlain & Haaga (2001a) encontraron que la AI se correlacionó de manera inversa con síntomas de ansiedad, depresión y narcisismo y positivamente con satisfacción de vida y bienestar; pero también presentó una alta correlación con autoestima. Flett, et al. (2003) encontraron que la depresión estaba asociada negativamente con AI, por su parte, Davies (2008) proporcionó evidencia sobre la relación entre la AI y el pensamiento racional e irracional, encontró que las creencias irracionales se relacionaban de manera negativa con la AI y las creencias racionales de forma positiva.

En nuestro país no se encontraron estudios que examinaran la relación entre la auto-aceptación y el intento de suicidio, pero a nivel internacional se identificaron algunos trabajos que han documentado la correlación entre la percepción negativa del propio cuerpo y las tendencias suicidas de los adolescentes (Brausch & Gutierrez, 2010; Brausch & Muehlenkamp, 2007; Dave & Rashad, 2009; Kim, 2009; Orbach, et al., 1995; Orbach, et al., 2006; Wild, et al., 2004). Para Orbach, et al. (1995, 2006) la conducta suicida constituye un ataque físico al propio cuerpo, los suicidas muestran actitudes y sentimientos negativos hacia su cuerpo, lo que puede facilitar el suicidio en situaciones de estrés.

El rechazo y la insatisfacción con relación a las características de la persona constituyen la parte negativa (opuesto) de la auto-aceptación, desde el punto de vista de las perspectivas psicológicas que han definido y estudiado este constructo (Ryff, 1989a,b; Ellis, 1996). En esta investigación el constructo de auto-aceptación se definió considerando tanto la aceptación que una persona hace de sus características positivas y negativas, como el rechazo y la insatisfacción con su persona. El propósito fue evaluar si la auto-aceptación es un factor de riesgo del intento de suicidio en adolescentes.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue intencional y estuvo integrada por 665 estudiantes de escuelas públicas de Educación Media Superior de la zona metropolitana de la Ciudad de México, el rango de edad fue de 14 a 20 años ($M = 16.7$; $DE = 1.36$), el 50% eran mujeres y el otro 50% varones. Del total de la muestra, 79 jóvenes (12%) reportaron intento de suicidio, 24 fueron varones ($M = 16.5$; $DE = 1.21$) y 55 ($M = 16.5$; $DE = 1.44$) mujeres (16.5%). Con el propósito de tener muestras equivalentes, de los 586 jóvenes del grupo que no reportaron intento de suicidio, se

eligió de manera aleatoria una sub-muestra de aproximadamente un 12% de los casos. Se conformaron dos grupos, uno de comparación con jóvenes que nunca habían intentado suicidarse ($n = 69$), formado por 28 varones y 41 mujeres y el otro con intento de suicidio ($n = 79$), constituido por 24 varones y 55 mujeres, la sub-muestra quedó conformada por un total de 148 adolescentes.

Instrumentos

Escala de auto-aceptación. Con base en los supuestos teóricos de Ryff (1998a,b) acerca de la auto-aceptación y a un estudio previo, en donde se identificó el significado que los adolescentes mexicanos le dan a este constructo, se diseñó una escala para medir auto-aceptación, conformada por 18 reactivos. La dimensionalidad del constructo se determinó con un análisis factorial con rotación varimax, que arrojó cinco factores con valores eigen superiores a uno. El criterio para considerar un reactivo en un factor fue que presentara una carga factorial superior a 0.40 y que tuviera un mínimo de tres ítems. Los factores identificados fueron: 1) rechazo-personal (4 reactivos, e.g., quisiera ser otra persona; $\alpha = 0.67$), 2) insatisfacción personal (4 reactivos, e.g., quisiera tener un cuerpo diferente; $\alpha = 0.60$), 3) rechazo-carácter (3 reactivos, e.g., odio mi carácter; $\alpha = 0.72$), 4) auto-aceptación de aspectos positivos (3 reactivos, e.g., tengo muchas cualidades; $\alpha = 0.51$) y 5) auto-aceptación aspectos negativos (4 reactivos, e.g., tengo limitaciones pero también cualidades; $\alpha = 0.49$). La escala fue auto-aplicable, tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Cuestionario de Intento de suicidio. Este instrumento fue auto-aplicable y estuvo integrado por cinco preguntas diseñadas por González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998): 1) ¿Alguna vez a propósito te has hecho

daño con el fin de quitarte la vida? (Las opciones de respuesta fueron si/no, 2) ¿Qué edad tenías cuando ocurrió la única/última vez que lo hiciste? (Respuesta abierta), 3) ¿Qué te motivó a hacerlo? (Respuesta abierta, 4) ¿Cómo lo hiciste? (Respuesta abierta) y 5) ¿Tuviste que ser hospitalizado? (Las opciones de respuesta fueron si/no). La información recabada con este cuestionario es de tipo descriptivo, lo que permite la comparación entre grupos. Las preguntas que lo conforman se han empleado en diversas investigaciones con el propósito de investigar las tendencias de estos comportamientos (González-Forteza et al., 2002; González-Forteza, Ramos, Caballero & Wagner, 2003; Palacios, Andrade & Betancourt, 2006; Rivera, 2000; Rivera & Andrade, 2008).

Procedimiento

Se solicitó la autorización de los directivos y profesores para aplicar los cuestionarios a los estudiantes, previa información sobre los objetivos del estudio y los contenidos de los instrumentos. A los jóvenes se les informó el propósito del estudio, el contenido de los cuestionarios, la forma de contestarlos y el tiempo aproximado para hacerlo; se hizo énfasis en que la información que proporcionaran sería confidencial, ya que su participación era voluntaria y anónima. Se les aclararon todas sus dudas, además de notificarles sobre su derecho para retirarse si decidían no participar en el estudio, sin que esto los afectara. Los cuestionarios fueron auto-aplicables y se administraron directamente en los salones de clase.

Análisis

Las respuestas de los jóvenes a los cuestionarios fueron codificadas y procesadas con el paquete SPSS versión 19. Se realizaron los siguientes procedimientos estadísticos: análisis descriptivos para identificar las tendencias de las conductas relacionadas con intento de suicidio, prueba *t* para muestras

independientes para explorar la diferencia de medias y análisis de regresión logística (Aguayo & Lora, 2007).

RESULTADOS

La edad promedio de los varones que informaron que habían intentado suicidarse ($n= 24$) fue de 16.6 años ($DE=1.21$) y de 16.7 ($DE=1.44$) para las mujeres ($n= 55$). Con respecto a la edad que tenían la única/última vez que se hicieron daño, para los hombres fue de 14.4 años ($DE= 1.37$), y para las mujeres de 13.9 años ($DE= 2.29$). El método empleado con más frecuencia fue la cortadura (55% de los varones, 61.6% de las mujeres), seguido de la ingesta de pastillas o veneno (15% de los varones y 29.6% de las mujeres). De entre las razones que dieron para intentar suicidarse, se identificó para ambos grupos la depresión, que comprendía la soledad, la tristeza, el sentir que no servían para nada y que no se querían (30% de los hombres y 36.8% de las mujeres); la otra razón que dieron fue los problemas familiares (17.4% de los varones y 36.8% de las mujeres). El 18% reportó que fue hospitalizado (8 % fueron hombres y 22% mujeres).

Para determinar si había diferencias estadísticamente significativas en los factores de auto-aceptación, entre hombres y mujeres que reportaron que han intentado suicidarse y los que no lo han hecho, se empleó una *t* de Student, se encontraron diferencias por sexo entre los jóvenes que han intentado suicidarse y los que no lo han hecho (ver tabla 1). En los varones se observaron diferencias significativas en la auto-aceptación de aspectos negativos, lo que sugiere que los varones que no han intentado suicidarse aceptan sus aspectos negativos. En las mujeres se encontraron diferencias significativas en las siguientes dimensiones: rechazo personal, insatisfacción personal y rechazo de carácter, lo que parece indicar que las que no han intentado suicidarse presentan menos rechazo e insatisfacción con su persona y carácter, que las que reportaron intento de suicidio.

TABLA 1.

Diferencias en el nivel de auto-aceptación en hombres y mujeres adolescentes que han y no han intentado suicidarse.

Dimensión	Mujeres				Hombres			
	Sin intento	Con intento n= 55	t	gl	Sin intento	Con intento n= 24	t	gl
Rechazo-personal	1.48	2.03	-3.40***	90	1.52	1.66	-.897	50
Insatisfacción-personal	2.23	2.70	-3.20**	91	2.26	2.40	-.867	44
Rechazo-carácter	2.04	2.53	-2.82**	84	1.74	1.92	-.926	49
Aceptación Aspectos positivos	3.55	3.27	2.49	92	3.56	3.40	1.33	46
Aceptación Aspectos negativos	3.58	3.13	1.38	90	3.63	3.24	2.85**	46

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

Para identificar si había una influencia de los factores de auto-aceptación y la probabilidad de aparición del intento de suicidio, se realizó un análisis de regresión logística. En la tabla 2 se presentan los resultados, como se puede observar los varones que aceptan sus aspectos

negativos tienen menos riesgo de intentar suicidarse (.159 veces), en comparación con aquéllos que lo han intentado, y las mujeres adolescentes que manifiestan un rechazo a su persona tienen un riesgo de 2.908 veces mayor de tener intentos de suicidio.

TABLA 2.

Dimensiones de Auto-aceptación como factor de riesgo para intento suicida.

sexo		B	E.T.	gl	Sig.	RM*	IC** 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
H	a,b AceptAspecNegativos	-1.836	.665	1	.006	.159	.043	.587
	Constante	6.065	2.309	1	.009	430.524		
M	a,b Constante	-1.588	.635	1	.012	.204		
	RechazoPersonal	1.067	.357	1	.003	2.908	1.445	5.851

Nota: a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: AceptAspecNegativos.

b. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: RechazoPers. H: Hombres; M: Mujeres

*RM: Razón de momios.

** IC=Intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman algunos de los hallazgos obtenidos en investigaciones previas sobre el aumento gradual en la prevalencia del intento suicida en adolescentes mexicanos (Borges, et al., 2010). En particular se observó un incremento del 2.5% en el intento suicida, respecto a lo reportado por González-Forteza, et al. (2002). También y de acuerdo con lo reportado en estudios a nivel internacional se encontraron diferencias por sexo (Dori & Overholser, 1999; Hidaka, et al., 2008), confirmando que este comportamiento se presenta en mayor proporción en las mujeres.

Con relación a la edad de la única/última vez que intentaron hacerse daño, los resultados coinciden con los de González-Forteza, et al. (2002), ya que muchos de los intentos reportados se realizaron cuando los jóvenes estaban en el último año de primaria (12 años) y durante los años de estudio de la secundaria, aunque en esta investigación también se reportaron intentos suicidas entre los 15 y 16 años.

Otra coincidencia con el estudio de González-Forteza et al. (2002) es el reporte de los métodos empleados por los jóvenes para atentar contra su vida, en primer lugar están las heridas con objetos punzocortantes y en menor medida la ingesta de pastillas o venenos. Con relación a la magnitud del daño que se infringieron, un porcentaje bajo pero importante reportó que tuvo que ser hospitalizado.

Respecto al motivo que tuvieron para el intento suicida, se encontraron semejanzas pero también algunas diferencias con el trabajo de González-Forteza, et al. (2002), ya que en su estudio encontraron que el principal motivo reportado por los hombres y mujeres evaluados en el 2000, se centraba en la esfera interpersonal, específicamente en los problemas familiares, donde el 31.1% ($n=207$) fueron varones y 40.7% ($n=802$)

mujeres. En segundo lugar se reportaron problemas en la esfera emocional, particularmente señalaron la soledad/tristeza/depresión, el porcentaje de hombres fue de 11.7% y el 9.6% fueron mujeres. En esta investigación también aparecen como principales motivos estos mismos problemas pero los porcentajes de respuesta, en los hombres son diferentes, ya que el 30.4% reportó como principal motivo la soledad/tristeza/depresión, seguido por los problemas familiares (17.4%). En las mujeres la frecuencia reportada fue la misma en ambos motivos: soledad/tristeza/depresión (36.8%) y problemas familiares (36.8%). Estos resultados son interesantes pero deberán ser corroborados en estudios posteriores ya que, en ambas investigaciones la información se obtuvo del auto-reporte de los jóvenes. Si bien en población adolescente tanto la depresión (Borges, et al., 2010; Brausch & Gutierrez, 2010; Dori & Overholser, 1999; Nrugham et al, 2010; Orbach, et al., 1995; Wild, et al., 2004) como los problemas familiares (Andrade, et al., 2003) han sido señalados como factores de riesgo en la conducta suicida, para hacer un diagnóstico apropiado es necesario emplear instrumentos válidos y confiables que corroboren el auto-reporte.

Los resultados obtenidos sobre el papel de la auto-aceptación como factor asociado para intento de suicidio son interesantes porque muestran que los predictores de auto-aceptación para el intento suicida fueron diferentes dependiendo del sexo de los adolescentes. En el caso de los hombres que no han intentado suicidarse, aceptar sus aspectos negativos (“me acepto con mis limitaciones, acepto mis defectos, tengo limitaciones pero también cualidades y me quiero con todos mis defectos”) resulta ser un factor protector para evitar el intento suicida. Este hallazgo aporta evidencia empírica sobre lo planteado por Ryff (1989a,b) y Ellis (1996) respecto a la importancia de aceptar las características

negativas de uno mismo para el funcionamiento positivo de las personas.

En las mujeres los resultados de la regresión logística señalan que el rechazo personal (“tengo muy pocas cualidades, odio mi manera de ser, quisiera ser otra persona y me gustaría ser diferente”) tiene un impacto significativo en el intento de suicidio, lo que indica que las adolescentes que lo reportaron tendrían un riesgo mayor de reincidir. Estos resultados abren una nueva línea de investigación, ya que los académicos que han estudiado la relación de la conducta suicida (intento o ideación) con el rechazo (Orbach et al., 1995; 2006) o la insatisfacción en mujeres adolescentes (Dave & Rashad, 2009), lo han hecho enfocado la definición de estos constructo hacia el propio cuerpo de los jóvenes. La diferencia con esos trabajos es que en este estudio el factor de rechazo personal va más allá de lo corporal, el constructo es más amplio y comprensivo, pues implica el rechazo total a la persona, manifestando el deseo de “ser otra persona” y de “odiar la forma de ser”. No se encontró evidencia empírica respecto a que este tipo de rechazo haya sido investigado con mujeres adolescentes, por lo que es necesario realizar más investigación para corroborar los resultados obtenidos en este trabajo.

Esta investigación presenta algunas limitaciones, el intento suicida fue evaluado con la técnica de auto-reporte, con cinco preguntas que se retomaron del trabajo de González-Forteza, et al. (1998), lo que deberá tomarse en cuenta al comparar los resultados con estudios en los que se hayan empleado otras formas de medición como entrevistas clínicas (Hidaka, et al., 2008), informes médicos de hospitales (Orbach, et al., 2006) y escalas (Brauch & Gutierrez, 2010; Orbach, et al., 2006).

Otra limitante se refiere a la muestra empleada, ya que estuvo conformada únicamente por estudiantes de Educación Media Superior de la Ciudad de México, es

necesario investigar estos constructos con otras poblaciones de jóvenes que vivan en diversas regiones de nuestro país y cuyas condiciones de vida sean diferentes como por ejemplo: asalariados, sin ocupación laboral ni escolar; pero también con pacientes con y sin intento suicida que tengan un diagnóstico de conductas problemáticas y/o de trastornos psiquiátricos.

REFERENCIAS

- Aguayo, C.M. y Lora, M.E (2007). Cómo hacer una regresión logística binaria “paso a paso” (II): análisis multivariante, *Docuweb fabis* n° 070200013. Recuperado en: <http://www.fabis.org>
- Andrade. P., Betancourt, D. y Camacho, M. (2003). Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIX, 1, 55-64.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52, 4, 292-304.
- Brausch, A., & Gutierrez, P. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 39, 233-242. doi: 10.1007/s10964-009-9482-0.
- Brausch, A., & Muehlenkamp, J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4, 207-212. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.02.001.
- Carson, S., & Langer, E. (2006). Mindfulness and self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24, 1, 29-43.
- Chamberlain, J., & Haaga, D. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19, 3, 163-176.

- Christiansen, E., & Frank, B. (2007) Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide; a register-based survival analysis. *Australian and new Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 257-265.
- Cox, B., Enns, M., & Clara, I. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the national comorbidity survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 3, 209-319.
- Cubillas, M., Román, R., Valdez, E. y Galaviz, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35, 1, 45-50.
- Dave, D. & Rashad, I. (2009). Overweight status, self-perception, and suicidal behavior among adolescents. *Social Science & Medicine*, 68, 1685-1691. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.02.015
- Davies, M. (2006). Irrational Beliefs and Unconditional self-acceptance. I. Correlational evidence linking two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24, 113-124.
- Davies, M. (2008). Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. II. Experimental evidence for causal link between two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 26, 2, 89-101.
- Dori, G., & Overholser, J. (1999). Depression, hopelessness, and self-esteem: accounting for suicidality in adolescents psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 4, 309-318.
- Ellis, A. (1996). *Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Paidós.
- Flett, G., Besser, A., & Hewitt, P. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 2, 119-138.
- González-Forteza, C., Mariño, M.C, Rojas, E. Mondragón, L. y Medina-Mora, M.E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 2, 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos *Psicothema*, 15, 4, 524-532.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora M.E., Fleiz C., Bermúdez P. & Amador, N. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 6, 1-12.
- Groholt, B. & Ekeberg, Ø. (2009). Prognosis after adolescent suicide attempt: Mental health, psychiatric treatment, and suicide attempts in nine-year follow-up study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39, 2, 125-136.
- Hacker, K., Suglia, S., Fried, L., Rappaport, N., & Cabral, H. (2006). Developmental differences in risk factors for suicide attempts between ninth and eleventh grades. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 2, 154-161.
- Hidaka, Y., Operario, D., Takenaka, M., Omori, S., Ichikawa, S., & Shirasaka, T. (2008). Attempted suicide and associated risk factors among youth in urban japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 752-757. doi: 10.1007/s00127-008-0352-y
- Hvid, M., & Wang, A. (2009). Preventing repetition of attempted suicide-I. Feasibility (acceptability, adherence and effectiveness) of a Baerum-model like aftercare. *Nord J Psychiatry*, 63, 148-153. Oslo. ISSN 0803-9488. doi:10.1080/08039480802423022
- Kim, D. (2009). Body image dissatisfaction as an important contributor to suicidal ideation in Korean adolescents: Gender difference and mediation for parent and

- peer relationships. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 197-303. doi: 10.1016/j.psychores.2008.08.005.
- Nrugham, L., Herrestad, H., & Mehlum, L. (2010). Suicidality among Norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nord Journal of Psychiatry*, 64, 5, 317-326. doi:10.3109/08039481001628364.
- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Sheffer, A., Meged, S., Har-Even, D., & Stein, D. (2006). Negative bodily self in suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 2, 136-151.
- Orbach, I., Lottem-Peleg, M., & Kedem, P. (1995). Attitudes toward the body in suicidal, depressed, and normal adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25, 2, 211-221.
- Palacios, J., Andrade, P. y Betancourt, D. (2006). Diferencias en los estilos parentales y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *La Psicología Social en México*. XI, 775-781.
- Pavez, P., Santander, N. Carranza, J. y Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137, 2, 226-233. doi:10.4067/S0034-988772009000200006
- Rivera, M.E. (2000) Percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida en adolescentes. *La psicología social en México*, VIII, 555-559.
- Rivera, M.E y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, 2, 23-40.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*. 1989, 12, 1, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Waldrop, A., Hanson, R., Resnick, H., Kilpatrick, D., Naugle, A., & Saunders, B. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. *Journal of traumatic Stress*, 20, 5, 869-879.
- Wild, L., Flicher, A., & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of adolescence*, 27, 611-624. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.03.001.