

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria
Curso 2019-2020

Acontecimientos vitales estresantes e ideación suicida. El
papel del descuento por demora.

(Investigación empírica)

Sara Barrio Martínez

Oviedo, enero de 2020

Índice

Resumen	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Método.....	11
Participantes.....	11
Instrumentos.....	11
Procedimiento	13
Análisis de datos	13
Resultados.....	14
Discusión	18
Referencias	23
Anexo I.....	31

Resumen

Introducción: El suicidio es un grave problema de salud pública. Según datos de la OMS, cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo. La literatura científica sugiere que aspectos como los acontecimientos vitales o el descuento por demora son factores importantes en la ideación suicida. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de ideación suicida en una muestra de población general y estudiar su relación con el descuento por demora y los acontecimientos de vida estresantes.

Método: Se reclutó una muestra de 470 personas [67% mujeres, edad media (*DT*) = 28.92 (11.43) años] mediante la plataforma “*Google Forms*”. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron los siguientes: la Escala de Ideación suicida de Paykel (PSS), la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS), la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE-Q) y el *Monetary Choice Questionnaire* (MCQ).

Resultados: La prevalencia de ideación suicida en la muestra fue del 40.9%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los acontecimientos vitales estresantes y la ideación suicida ($p < .001$), y entre ésta y el descuento por demora ($p = .002$). **Conclusión:** Los acontecimientos vitales estresantes y el descuento por demora influyen significativamente en la ideación suicida. Las mujeres tienen mayores tasas de descuento por demora y un mayor riesgo suicida. Las personas fumadoras presentan mayor ideación y riesgo suicida, además de mayor puntuación en descuento por demora.

Palabras clave: ideación suicida, descuento por demora, acontecimientos vitales estresantes, suicidio, riesgo suicida.

Abstract

Introduction: Suicide is a serious public health issue. According to WHO statistics, 800.000 people around the world commit suicide every year. Scientific literature suggests that some aspects such as life events or delay discounting are important factors in suicidal ideation. The aim of this study was to assess the prevalence of suicidal ideation in a general population sample and to study its relationship with delay discounting and life-threatening events. **Methods:** A sample of 470 people [67% women, average age (*SD*) = 28.92 (11.43) years] was recruited through the “Google Forms” platform. The evaluation instruments used were: Paykel’s Suicide Scale (PSS), Plutchik’s Risk of Suicide (RS), Brugha’s List of Threatening Events Questionnaire (LTE-Q) and the Monetary Choice Questionnaire (MCQ). **Results:** The prevalence of suicidal ideation in the sample was 40.9%. A significant relationship was found between life-threatening events and suicidal ideation ($p < .001$), and between suicidal ideation and the delay discounting ($p = .002$). **Conclusion:** Life-threatening events and delay discounting significantly influence on suicidal ideation. Women show higher discount rates for delay and a higher suicide risk. Smokers show higher suicidal ideation and risk, as well as a higher delay discounting score.

Keywords: suicidal ideation, delay discounting, life-threatening events, suicide, suicide risk.

Introducción

El suicidio es un grave problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud afirma que cerca 800.000 personas se suicidan cada año alrededor del mundo. En el año 2016, fue la segunda causa de muerte en poblaciones de entre 15 y 29 años (OMS, 2019). De este modo, suma un porcentaje de entre el 1 y el 4% de las muertes ocurridas en todo el mundo (Zalsman et al., 2016). Además, se estima que alrededor de diez millones de personas intentan suicidarse al año (OMS, 2019). No obstante, la magnitud real del problema está infra-estimada debido a las limitaciones presentes a la hora de registrar los casos de suicidio consumado (Ayuso-Mateos et al., 2012).

La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como el “acto deliberado de quitarse la vida”. No obstante, este fenómeno es más amplio y complejo de lo que se refleja en esta definición y en él están implicados diversos factores (O'Connor y Nock, 2014). Actualmente, se considera que el fenómeno del suicidio se mueve a lo largo de un continuum, que va desde la ideación suicida, hasta la sucesión conductual creciente (amenazas, autolesiones, tentativas y suicidio consumado) (GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística muestran que, en España, se suicidan una media de nueve personas al día, sumando un total de 3539 personas durante el año 2018 (INE, 2018). A partir del año 2004, la tendencia en cuanto a conductas suicidas en España es estable o incluso descendente. No obstante, desde el año 2008 constituye la primera causa de muerte no natural en el país (INE, 2018).

Existen numerosos factores de riesgo que, a lo largo de diversas investigaciones, se han asociado a la conducta suicida. En la Tabla 1 se recoge la clasificación realizada por la OMS (2014).

Tabla 1. *Factores de riesgo asociados a la conducta suicida (OMS, 2014).*

Individuales	<ul style="list-style-type: none"> - Intento de suicidio previo - Presencia de trastorno mental - Consumo nocivo de alcohol - Pérdida de empleo o dificultades económicas - Desesperanza - Dolor crónico - Antecedentes familiares de suicidio - Factores genéticos o biológicos
Relacionales	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento y falta de apoyo social - Conflictos o pérdidas
Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Desastres naturales, guerras y conflictos - Discriminación - Estrés por desplazamientos y aculturación - Traumas o abusos
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de medios letales - Estigma asociado a la búsqueda de ayuda profesional - Medios de comunicación sensacionalistas sobre el suicidio
Sistemas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades o barreras de acceso a la atención sanitaria

O'Connor y Nock (2014) defienden la existencia de diversos factores psicológicos implicados en la conducta suicida, y los clasifica, en cuatro grupos: personalidad y diferencias individuales, factores cognitivos, aspectos sociales y acontecimientos vitales negativos. Concretamente, dentro del primer grupo incluyen un factor que desarrollaremos a continuación: la impulsividad.

Impulsividad

La impulsividad ha sido un constructo estudiado durante décadas. Muchos estudios han relacionado este fenómeno con procesos como la ideación, el intento y la muerte por suicidio (Macías, Fernanda, y Camargo, 2015; Silva et al., 2017). De esta manera, se trata de un factor a tener en cuenta a la hora de evaluar el riesgo de suicidio (O'Connor y Nock, 2014).

Cuando hablamos de impulsividad, estamos refiriéndonos a un constructo multidimensional ampliamente estudiado en la literatura científica y que consta de numerosas acepciones. Es el caso de Eysenck, que lo concibe como una característica de la personalidad (Eysenck y Eysenck, 1978). Otro ejemplo es el de Squillace et al., (2011), que defienden la existencia de tres mecanismos subyacentes que determinan la diversidad de comportamientos impulsivos: la elevada sensibilidad a las recompensas, la no planificación de los actos, y por último, las conductas compulsivas con el propósito de aliviar la tensión o el estrés.

De todas las posibles facetas que componen este constructo, una de las que ha suscitado más interés es el descuento por demora (Weidberg-López, García-Rodríguez, Ho-Yoon, García-Fernández, y Secades-Villa, 2013; Coffey, Gudleski, Saladin, y Brady, 2003).

Descuento por demora

El descuento por demora es un proceso natural que se relaciona con la pérdida de eficacia de un reforzador dado en función del tiempo transcurrido para su obtención (demora). Cuando el descuento por demora es excesivo, se producen tomas de decisiones impulsivas que pueden ser definidas operativamente tanto por la elección de reforzadores de menor magnitud disponibles de manera inmediata sobre reforzadores de mayor magnitud demorados en el tiempo (Hamilton et al., 2015), como por la elección de conductas asociadas a reforzadores positivos inmediatos pero negativos demorados (Stevens, Verdejo-García, Roeyers, Goudriaan, y Vanderplasschen, 2014). De esta manera, el descuento por demora es una de las facetas de impulsividad asociadas a intentos suicidas (Liu, Vassileva, Gonzalez, y Martin, 2012) que permite ofrecer un índice cuantitativo y no basado en la introspección. Distintos niveles de descuento por

demora se relacionan, por tanto, con diferentes problemas o psicopatologías como en la conducta suicida o el trastorno por uso de sustancias (Halcomb, Gould, y Grahame, 2013; Liu, Vassileva, Gonzalez y Martin, 2012).

Además de lo previamente citado, el descuento por demora también se ha visto relacionado con el trastorno bipolar (Amlung et al., 2019), la bulimia nerviosa, el juego patológico (Lempert, Steinglass, Pinto, Kable, y Simpson, 2019), la ansiedad social (Bickel, Jarmolowicz, Mueller, Koffarnus, y Gatchalian, 2012), así como la esquizofrenia, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno depresivo mayor (Amlung et al., 2019; Lempert, Steinglass, Pinto, Kable, y Simpson, 2019), el trastorno límite de la personalidad (Amlung et al., 2019; Bickel, Jarmolowicz, Mueller, Koffarnus, y Gatchalian, 2012; Lempert, Steinglass, Pinto, Kable, y Simpson, 2019); la obesidad (Amlung et al., 2019) y la agresividad (Mathias et al., 2011). Sin embargo, no solamente el descuento por demora está relacionado con trastornos cuando las tasas de este constructo son altas, sino que valores bajos pueden estar relacionados con el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo y con la anorexia de subtipo restrictivo (Dombrovski y Hallquist, 2017).

En definitiva, se ha comprobado que puede existir un mayor grado de impulsividad en aquellas personas que han intentado suicidarse (McHugh et al., 2019; Brezo, Paris, y Turecki, 2006; Gvion y Apter, 2011). Particularmente, existen diversos estudios que han vinculado la toma de decisiones impulsiva y otras facetas de impulsividad con la expresión de las conductas suicidas, concluyendo así que, niveles más altos de impulsividad constituirían un factor de riesgo para intentos suicidas más graves (Mathias et al., 2011).

De esta manera, el descuento por demora explicaría la conducta suicida de forma que los beneficios inmediatos del suicidio consumado superan a los eventos futuros (Liu, Vassileva, Gonzalez, y Martin, 2012). Esto se debe a que el descuento por demora interviene en cómo las personas comparan las consecuencias tanto a corto, como a largo plazo, apetitivas y aversivas, asignándolas un valor total de magnitud y un valor subjetivo en función de éste. Así, en los casos relativos al suicidio, un mayor descuento por demora produce que, a pesar de que los reforzadores a largo plazo tengan una mayor

magnitud, el valor subjetivo de estos sea menor, superando de esta manera los beneficios inmediatos a los demorados.

En relación a lo anterior, Liu et al., (2012) defienden la existencia de dos componentes cognitivos que intervienen en el descuento por demora: la sensibilidad a la recompensa y la percepción anticipatoria del tiempo. De este modo, existen varias investigaciones en donde se relaciona un mayor riesgo de suicidio en personas con déficits en el pensamiento dirigido hacia el futuro y en la percepción del tiempo (Krysinska, Heller, y De Leo, 2006), y con una mayor sensibilidad a las recompensas inmediatas (Van Heeringen, Bijttebier, y Godfrin, 2011). Aunque no son abundantes, son varios los estudios que han relacionado las tasas de descuento por demora con la historia de intentos suicidas (Liu, Vassileva, Gonzalez, y Martin, 2012; Klonsky y May, 2010). Específicamente, se ha visto que aquellas personas sin historial de intentos de suicidio tienen menores tasas de descuento por demora que los que han intentado suicidarse (Bridge et al., 2015). Existen estudios que investigan más profundamente sobre este factor de la impulsividad, llegando a concluir que aquellas personas con historial de intentos de suicidio clasificados como “poco letales”, tienen una mayor preferencia hacia recompensas inmediatas. Sin embargo, aquellos que cometen intentos “altamente letales” tienen una mayor probabilidad de retrasar las recompensas futuras. Así, los intentos suicidas más planificados están asociados al retraso de la gratificación (Dombrovski y Hallquist, 2017; Dombrovski et al., 2012; Vanyukov et al., 2016; Dombrovski, Szanto, Clark, Reynolds, y Siegle, 2013). Algo parecido sucede con el número de intentos de suicidio, dado que aquellas personas con una mayor cantidad de intentos obtenían puntuaciones más elevadas en medidas de descuento por demora (Bridge et al., 2015).

Acontecimientos vitales

Otro de los factores que se asocia con más frecuencia a la conducta suicida son los acontecimientos de vida que rodean al sujeto. Así, parece razonable pensar que las circunstancias de vida que rodean a la persona tengan un papel importante en el sufrimiento que hace que contemplen el suicidio como una pseudo-salida fatal para esas circunstancias. Según varios autores, tales acontecimientos vitales pueden ser un divorcio, conflictos familiares, aislamiento, violencia familiar, enfermedad parental,

muerte, abuso sexual, dificultades legales o pérdidas de ingresos (Dombrowski y Hallquist, 2017; O'Connor y Nock, 2014). Desde este punto de vista, el suicidio puede suponer una forma de alivio y control. De acuerdo con esto, la decisión de cometer suicidio se realizaría después de una consideración limitada y superficial de la situación de crisis que acontece, de las posibles consecuencias y de las soluciones alternativas (Dombrowski y Hallquist, 2017). En definitiva, los acontecimientos vitales negativos se asocian a un mayor riesgo de conducta suicida (O'Connor y Nock, 2014; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, y Morris, 2007; Foster, 2011; Paykel, Prusoff, y Myers, 1975). Hay autores que van más allá y afirman que se encuentran eventos de vida negativos en el 80% de los suicidios (Heikkinen, Aro, y Lönnqvist, 1994), y que, en casi todos los suicidios de adultos, han estado presente al menos un evento adverso (generalmente más) durante el último año de vida (Foster, 2011). Es más, un estudio realizado por Dougherty (2004) afirma que las personas con intentos de suicidio múltiples tenían unas tasas más elevadas de estrés que aquellas personas que solo tuvieron un único intento.

De este modo, tanto el descuento por demora, como los acontecimientos de vida estresantes, son factores que se asocian con la conducta suicida. No obstante, el descuento por demora también favorece la aparición de eventos negativos en la vida debido a una toma de decisiones impulsiva (Mathias et al., 2011). A su vez, puede disminuir también la capacidad para generar eventos positivos de calidad que necesiten cierta persistencia en el comportamiento (Van Heeringen, Bijttebier, y Godfrin, 2011) y que supongan consecuencias negativas a corto plazo. Todo esto provoca que se vean expuestos a un mayor número de situaciones estresantes que agraven su malestar, aumentando así el riesgo suicida (Dougherty et al., 2011). Del mismo modo, se ha comprobado cómo al exponerse ante estímulos aversivos aumenta la posibilidad de una toma de decisión impulsiva (Meshes, 2019). Un claro ejemplo sería la investigación llevada a cabo por Mellis (2019) en donde se comprobó que la información proporcionada relativa a situaciones de pérdida de empleo, con el consiguiente impacto negativo en la economía de la persona, llevo a los sujetos a escoger recompensas más pequeñas e inmediatas, frente a aquellas más grandes a largo plazo. De esta manera, se produce una retroalimentación: un mayor grado de impulsividad favorece la aparición

de eventos estresantes, y a su vez, estos eventos aumentan la probabilidad de una toma de decisiones impulsiva.

El objetivo de este trabajo consistió en evaluar la prevalencia de ideación suicida en una muestra de población general recogida a través de un cuestionario en internet. Del mismo modo, se estudió la relación existente entre la ideación suicida, el descuento por demora y los acontecimientos de vida.

Método

Participantes

Para realizar el presente estudio se reclutó, por medio de la plataforma informática de “*Google Forms*”, una muestra total de 470 personas, 155 hombres (33%) y 315 mujeres (67%). La edad media fue de 28,92 años ($DT = 11,43$), oscilando el rango de edad entre los 16 y los 77 años.

Instrumentos

Los participantes rellenaron un cuestionario (ver Anexo I) compuesto por seis preguntas que recogían información sobre variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios y ocupación), si eran fumadores habituales (en caso afirmativo, el número de cigarrillos por día que fumaban) y los ítems de los siguientes cuatro cuestionarios:

- *Escala de ideación suicida de Paykel (PSS)* (Paykel, Myers, Lindenthal, y Tanner, 2014). Se utilizó la adaptación española de Fonseca-Pedrero et al., (2018). Es una escala compuesta por 5 ítems con respuesta dicotómica (sí = 1; no = 0). Evalúa la gravedad de los pensamientos suicidas, diferenciando dos dimensiones: pensamientos de muerte e ideación suicida. Los ítems se encuentran ordenados de manera jerárquica (de menor a mayor gravedad del pensamiento suicida). De este modo, los puntos de corte serían los siguientes: sin ideación suicida (cero puntos), pensamientos de muerte (puntuación positiva en los ítems uno o dos) o ideación suicida (puntuación positiva en los ítems tres, cuatro y/o cinco). A mayor puntuación, mayor presencia de ideas suicidas. La fiabilidad del instrumento en esta muestra, medida a través de la consistencia interna es de Alfa de Cronbach (α) = 0.799.

- *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)* (Plutchik, Van-Praag, Conte, y Picard, 2011; versión española de Rubio et al., 1998). Es una escala que evalúa el riesgo suicida. Consta de 15 ítems de respuesta dicotómica (sí = 1; no = 0), obteniendo así una puntuación total de la suma de estos (el punto de corte en población española es de 6 puntos). Así pues, a mayor puntuación obtenida en este instrumento, mayor riesgo suicida. La consistencia interna de la escala en esta muestra es de $\alpha = 0.759$.

- *Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE-Q)* (Brugha y Cragg, 1990). Se utilizó la validación española de Motrico et al., (2013). Consiste en una escala de 12 ítems, cada uno de los cuales representa una categoría de acontecimientos vitales estresantes. Evalúa la existencia de este tipo de eventos durante un periodo temporal de 6 meses. Se trata de una escala con respuesta dicotómica (sí = 1 punto; no = 0 puntos). De esta manera, a mayor puntuación recogida por la escala, mayor existencia de acontecimientos negativos en la vida del sujeto. La fiabilidad de esta prueba en la muestra analizada es de $\alpha = 0.632$.

- *Monetary Choice Questionnaire (MCQ)* (Kirby y Marakovic, 1996). La evaluación del descuento por demora se ha realizado a través del cuestionario de elección monetaria (MCQ), la tarea más ampliamente validada al respecto. El cuestionario consta de 21 ítems de elección entre un reforzador inmediato de menor magnitud y un reforzador demorado de tres niveles de magnitud: pequeño, mediano y grande. La corrección de la tarea se ha realizado mediante la hoja de datos propuesta por Kaplan et al., (2016). Esta hoja permite obtener no sólo la tasa de descuento por demora general sino también la tasa de descuento en función de la magnitud de los reforzadores demorados. Para todos los cálculos se ha seguido la ecuación hiperbólica de Mazur (1987):

$$V = A/(1+kD)$$

La ecuación describe cómo disminuye el valor (V) de un reforzador de magnitud A en función de la demora (D) para su recepción (Mazur, 1987). Dado que la distribución de los valores k presentaban asimetría, se realizaron los análisis utilizando la transformación logarítmica de los mismos ($\log k$). La consistencia interna de la prueba es de $\alpha = 0.942$.

Procedimiento

Tras la elaboración del cuestionario final, que incluye los cuatro instrumentos anteriormente descritos y las preguntas sobre información sociodemográfica, éste se administró a la población general a través del método de “bola de nieve”, por medio de la plataforma informática de “*Google Forms*”. Esta plataforma permite recoger las respuestas de cada participante asignando un código numérico, asegurando de esta manera el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. Los cuestionarios estuvieron disponibles desde el 14 de octubre al 1 de noviembre de 2019.

Análisis de datos

En primer lugar, se llevó a cabo una descripción de la muestra teniendo en cuenta los datos sociodemográficos recogidos. Los estadísticos que se han utilizado con las variables cualitativas han sido las frecuencias y los porcentajes, mientras que con las variables cuantitativas se ha hecho uso de la media y la desviación típica. Del mismo modo, también se han llevado a cabo análisis de las frecuencias de las puntuaciones en los diferentes test administrados al total de la muestra.

Se utilizó la prueba *Kolmogorov-Smirnov*, dado que la muestra total de participantes en este estudio es superior a 50, con la corrección de la significación de Lilliefors para el estudio de la distribución de los datos en las diferentes variables.

Dado que en el caso de la escala *MCQ*, dado que se ha llevado a cabo la transformación logarítmica de los resultados y esto asegura el comportamiento normal de las variables, se utilizó la prueba “t” de *student* para muestras independientes, con el propósito de estudiar las diferencias en el descuento por demora en función del sexo y de la condición de ser fumador o no. Con el objetivo de calcular el tamaño del efecto, se realizó el estadístico *d de Cohen* (Cohen, 1988).

Del mismo modo, se utilizó la prueba “U” de *Mann-Whitney* para muestras independientes para el estudio de diferencias en las variables de interés en función del sexo y la condición de ser fumador o no. El tamaño del efecto se calculó mediante la *r de Rosenthal* (Rosenthal, 1991). A través de la prueba *Chi-cuadrado* se estudió también la asociación entre variables cualitativas, particularmente sexo y la presencia o no de

ideas suicidas mediante la puntuación de la escala *PSS*. De este modo, el tamaño del efecto se obtuvo a través del estadístico *V de Cramer*, debido a que, en este caso, existen tres valores analizados en la escala *PSS*. Respecto a las variables cuantitativas, se realizó la correlación de *Spearman* para el estudio de relaciones entre las variables de interés, diferenciando por status de fumador y por género cuando fue necesario. A su vez, se analizaron las diferencias en el descuento por demora entre personas con distinto grado de ideación suicida mediante análisis de varianza (ANOVA). Dado que, la prueba de *Levene* fue significativa ($p < .05$), se utilizó el estadístico de *Welch* y las pruebas post-hoc de *Games-Howell*. El tamaño del efecto se calculó mediante la *eta cuadrado*.

En todos los análisis estadísticos utilizados el intervalo de confianza de referencia fue de 95. El programa empleado para realizar los análisis fue SPSS (IBM) (v. 22.0.0.0, SPSS Inc, Chicago).

Resultados

La Tabla 2 recoge los datos de las características de la muestra. La mayor parte de los participantes (54.9%) tuvieron dos o menos acontecimientos estresantes en los últimos seis meses, siendo lo más frecuente dos (20.2%). A pesar de que el rango de eventos vitales estresantes fue de 0-10, sólo un 4.6% informaron de 7 o más sucesos estresantes en este periodo de tiempo. El 78.1% (vs 21.9%) de la muestra no presentó riesgo suicida de acuerdo con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (*RS*). Por otro lado, las puntuaciones que se obtuvieron en la Escala de ideación suicida de Paykel (*PSS*), revelaron que el 48.1% de la muestra no presentó ideación suicida. No obstante, el 11.1% tuvo pensamientos relativos a la muerte y el 40.9% presentó ideación suicida en algún momento de su vida. Las pruebas de normalidad indicaron que ninguna de las tres variables (acontecimientos vitales estresantes, riesgo suicida e ideación suicida) se distribuyeron de manera normal (todos los valores $p < .001$), se utilizaron pruebas no paramétricas para alcanzar los objetivos relativos a estas variables.

Tabla 2. *Descripción de la muestra.*

Medidas	Porcentaje (%)
Edad ^a	28.92 ± 11.43
Sexo	
Masculino	33
Femenino	67
Nivel educativo	
Primaria	0.4
Secundaria	3.6
Bachillerato	9.8
Formación profesional	15.5
Grado	52.8
Postgrado	17.9
Fumador	
Sí	19.6
No	80.4

Nota. ^a = Media ± Desviación típica

Diferencias en impulsividad en función del estatus de fumador y del sexo

A pesar de que los fumadores no difirieron significativamente de los no fumadores el número de sucesos estresantes ($U = 15197$, $Z = -1.901$, $p = .057$, $r = -.088$), sí se observaron diferencias significativas en el descuento por demora ($t(468) = -2.839$, $p = 0.012$, $d = -.3264$), ideación suicida ($\chi^2(2) = 6.092$, $p = .048$, $V = .114$), y riesgo suicida ($U = 13405.5$, $Z = -3.438$, $p = .001$, $r = -.016$). En concreto, las personas fumadoras puntúan diferente en términos de descuento por demora ($M = -1.999$, $DT = 0.668$), y riesgo ($Md = 4$, $RIQ = 2-6$) e ideación suicida ($Md = 1$, $RIQ = 0-3$), frente a los no fumadores ($M = -2.211$, $DT = 0.637$), ($Md = 3$, $RIQ = 1-5$), ($Md = 0$, $RIQ = 0-2$) respectivamente.

Del mismo modo, se realizaron análisis en estas mismas variables en función del sexo. A pesar de que en las escalas *LTE-Q* ($U = 23368.5$, $Z = -0.764$, $p = .445$, $r = -.035$), y *PSS* ($\chi^2(2) = 1.267$, $p = .531$, $V = .052$), no existieron diferencias significativas

entre las puntuaciones pertenecientes a mujeres y a hombres, sí se apreció, en los casos de las escalas *RS* ($U = 21391$, $Z = -2.201$, $p = .028$, $r = -.102$) y *MCQ* ($t(468) = 1.386$, $p = .167$, $d = .138$), esta diferencia significativa. Se concluye así que, las mujeres puntúan diferente en cuanto a riesgo suicida ($Md = 3$, $RIQ = 1-5$) y descuento por demora ($M = 2.198$, $DT = 0.641$), en comparación con los hombres ($Md = 2$, $RIQ = 1-4$), ($M = 2.110$, $DT = 0.659$).

En las Tabla 3 y en la Tabla 4, se aprecian – respectivamente - las correlaciones entre las puntuaciones de las diferentes pruebas en función del estatus de fumador (Tabla 3), y del sexo de la muestra (Tabla 4).

Tabla 3. *Correlación Spearman en función del estatus de fumador.*

	LTE-Q	K pequeña	K mediana	K grande	K media	RS	PSS
LTE-Q	1	-.051	-.038	-.073	-.049	.165	.161
K pequeña	.093	1	.868**	.865**	.956**	-.068	.016
K mediana	.102*	.879**	1	.871**	.948**	.030	.121
K grande	.106*	.874**	.913**	1	.949**	.076	.119
K media	.104*	.956**	.962**	.961**	1	.009	.082
RS	.237**	.217**	.210**	.235**	.233**	1	.716**
PSS	.212**	.146**	.138**	.130*	.142**	.722**	1

Nota. En la parte superior de la tabla se recogen las correlaciones del grupo de las personas que consumen tabaco. En la parte inferior las del grupo que no consume tabaco. *K*: tasa de descuento por demora; *LTE-Q*: Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha. *RS*: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. *PSS*: Escala de Ideación Suicida de Paykel.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

En el caso de las personas que no consumen tabaco, los acontecimientos vitales estresantes se relacionaron con el descuento por demora ($p = .043$), el riesgo suicida (p

< .001) y las ideas de suicidio ($p < .001$). Del mismo modo, el descuento por demora se vio asociado tanto al riesgo ($p < .001$), como a la ideación suicida ($p = .006$). En el caso del grupo de las personas que consumen tabaco la correlación existente entre ambas escalas de suicidio es más débil ($p < .001$, $r = .716$), que en el caso de los no fumadores ($p < .001$, $r = .722$).

Tabla 4. *Correlación Spearman en función del sexo.*

	LTE-Q	K pequeña	K mediana	K grande	K media	RS	PSS
LTE-Q	1	.046	.069	.071	.060	.260**	.283**
K pequeña	.078	1	.906**	.912**	.965**	.134	.128
K mediana	.086	.862**	1	.927**	.972**	.144	.135
K grande	.088	.852**	.891**	1	.968**	.200*	.173*
K media	.085	.952**	.953**	.953**	1	.164*	.147
RS	.232**	.194**	.216**	.236**	.227**	1	.742**
PSS	.175**	.138**	.155**	.132*	.145*	.716**	1

Nota. En la parte superior de la tabla se recogen las correlaciones del grupo del género masculino. En la parte inferior las del grupo de género femenino. *K*: tasa de descuento por demora. *LTE-Q*: Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha. *RS*: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. *PSS*: Escala de Ideación Suicida de Paykel.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Del mismo modo, en el caso del sexo masculino la correlación existente entre los acontecimientos vitales y ambas escalas de suicidio [*LTE-Q* y *RS* ($p = .001$, $r = .260$), *LTE-Q* y *PSS* ($p < .001$, $r = .283$)] fue más fuerte que en el caso del género femenino [*LTE-Q* y *RS* ($p < .001$, $r = .232$), *LTE-Q* y *PSS* ($p = .002$, $r = .175$)]. Sin embargo, la puntuación que se obtuvo en la relación entre el descuento por demora y el riesgo suicida fue más elevada en mujeres ($p < .001$, $r = .227$) que en hombres ($p = .041$, $r =$

.164). Además, en el caso del sexo femenino, se observó una asociación significativa entre el descuento por demora y la ideación suicida ($p = .010$, $r = .145$), hecho que no se apreció en el caso de la población masculina.

Diferencia de medias entre el riesgo suicida y el descuento por demora

Se analizó la relación entre el descuento por demora y el riesgo suicida y, pese a existir diferencias estadísticamente significativas, estas diferencias no fueron relevantes ($U = 15552$, $Z = -2.753$, $p = 0.006$, $r = -0.001$).

Análisis de la varianza de las variables descuento por demora e ideación suicida

Por último, se analizaron las diferencias en descuento por demora entre los distintos tipos de ideación suicida. Se obtuvieron diferencias significativas ($F(2) = 4.541$, $p = .013$, $\eta^2 = .019$) entre los grupos de “sin ideación suicida” e “ideación suicida”. En concreto, se observaron mayores tasas de descuento por demora en el grupo de ideación suicida ($M = 2.087$, $DT = .593$), en comparación con las personas que no presentan ideas de suicidio ($M = 2.262$, $DT = .663$).

Discusión

El objetivo general de este trabajo fue estudiar la prevalencia existente en la población general de las ideas suicidas, además de investigar cómo influyen diferentes variables en este proceso (descuento por demora y acontecimientos de vida estresantes). A pesar de la gran relevancia de este fenómeno en la conducta suicida, la realidad es que los estudios al respecto son escasos.

En este estudio se ha podido observar una prevalencia considerablemente superior, en comparación con otros estudios, de la presencia de ideación suicida en población general, alcanzando un 40.9%. Esto contrasta con los datos proporcionados por el proyecto ESEMeD, que sitúa la presencia de ideas suicidas en la población española en un 4.4% (Gabilondo et al., 2007). Otros estudios, siguen la misma línea, obteniendo una prevalencia de 3.67% (Huerta-Ramírez, 2017), e incluso de 2.3% (Casey et al., 2008). Esta variabilidad es debida a las diferentes características de las muestras y de la

metodología utilizada, lo que dificulta el conocimiento sobre la verdadera prevalencia de la ideación suicida en la población general.

Mediante los análisis realizados, se confirmó la existencia de relaciones entre los acontecimientos vitales estresantes, presentes en el contexto de los sujetos, y el riesgo de llevar a cabo una conducta suicida. Estos resultados concuerdan con estudios previos, donde también se observa la influencia de los eventos estresantes en el riesgo de llevar a cabo un acto suicida (O'Connor y Nock, 2014; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, y Morris, 2007; Foster, 2011; Paykel, Prusoff, Myers, 1975 (Heikkinen, Aro, y Lönnqvist, 1994). Del mismo modo y como numerosas investigaciones han concluido (Vianchá-Pinzón, Bahamón-Muñetón, y Alarcón-Alarcón, 2013; Siabato, Fernanda, y Salamanca-Camargo, 2015; Gutierrez, Osman, Kopper, Barrios, y Bagge, 2000; Calvo, Sánchez, y Tejada, 2003).

Al igual que en estudios previos (Halcomb, Gould, y Grahame, 2013; Liu, Vassileva, Gonzalez, y Martin, 2012; Klonsky y May, 2010; Bridge et al., 2015), se encontró una relación positiva entre las tasas de descuento por demora y la conducta suicida. Así, de acuerdo con Mathias (2011), se observó la influencia existente del descuento por demora en el riesgo de cometer un acto suicida. Específicamente, se apreció que los sujetos que puntúan más alto en descuento por demora tenían un mayor riesgo de realizar suicidio. Así lo ratifican en su estudio Van heeringen et al., (2011). Siguiendo esta misma línea, otras investigaciones asocian una mayor puntuación de descuento por demora a la presencia de un número superior de intentos de suicidio previo (Liu, Vassileva, Gonzalez, y Martin, 2012; Klonsky y May, 2010 (Bridge et al., 2015), así como a una mayor letalidad de los intentos e incluso a la menor planificación de éstos (Dombrovski y Hallquist, 2017; Dombrovski et al., 2012; Dombrovski, Szanto, Clark, Reynolds, y Siegle, 2013), lo que estaría relacionado con un mayor riesgo y gravedad de los intentos de suicidio. A su vez, y profundizando más sobre este aspecto, en los análisis realizados en este estudio, se apreció cómo la asociación entre estos dos fenómenos (riesgo suicida y descuento por demora) se fortalecía a medida que la magnitud del reforzador demorado era más elevada. Esto contradice estudios previos que defiende que existe mayor riesgo de suicidio en las personas con una mayor sensibilidad a las recompensas inmediatas (Van Heeringen, Bijttebier, y Godfrin, 2011).

No obstante, aunque en la literatura científica no se ha desarrollado en profundidad la relación específica del descuento por demora y la ideación suicida, sí que se ha estudiado la relación entre este fenómeno y la impulsividad, asumiendo una relación importante entre ambos aspectos (Macías, Fernanda, y Camargo, 2015; Silva et al., 2017; O'Connor y Nock, 2014). En particular, en este estudio se profundizó sobre este tipo de relación, y se observó que en el caso de las personas que presentan ideas suicidas, las tasas de descuento por demora son más elevadas.

En cuanto a los acontecimientos vitales estresantes y el descuento por demora, no se obtuvo relación entre ambos aspectos. Esto contradice varios estudios previos que defienden que esta faceta de la impulsividad favorece la aparición de eventos negativos por medio de la toma de decisiones impulsivas (Mathias et al., 2011; Van Heeringen, Bijttebier, y Godfrin, 2011; Meshes, 2019).

Es evidente que la presencia de ideación suicida incrementa el riesgo de realizar cualquier tipo de conducta suicida (GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Esto concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, en el que se confirmó la gran influencia que tienen los fenómenos de riesgo e ideación suicida entre sí. Del mismo modo, y dada la evidencia en la literatura sobre las diferencias en las variables analizadas en función del sexo y del estatus de consumo de tabaco, se analizaron las diferencias en estos grupos. Así pues, se concluyó que, al igual que en estudios anteriores, las personas fumadoras tienen mayor tasa de descuento por demora (Baker, Johnson, y Bickel, 2003; Coffey S. F., Gudleski, Saladin, y Brady, 2003; Heil, Johnson, Higgins, y Bickel, 2006; Kirby y Herrnstein, 1995). Del mismo modo, también se observó en esta población una presencia más elevada de ideas suicidas. Esto se ve corroborado por Innamorati (2011), que afirma que las personas que consumen tabaco ya en edad escolar tienen un mayor riesgo de presentar este tipo de ideas.

En relación con las diferencias en función del sexo, los hombres cometen más suicidios consumados que las mujeres (3:1) (GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012), mientras que éstas tienen un mayor número de intentos (Vega-Piñero, Blasco-Fontecilla, Baca-García, y Díaz-Sastre, 2002). Específicamente, Qin et al., (2000), desarrollaron un estudio en población clínica hospitalizada por un trastorno mental y observaron un mayor riesgo de suicidio en mujeres que en hombres.

Esto concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, en donde se establecieron diferencias significativas en cuanto al riesgo suicida, existiendo mayor riesgo en población femenina.

Del mismo modo, estudios anteriores demostraron que, con una pequeña aunque significativa diferencia, las mujeres presentaban menores tasas de descuento por demora que los hombres (Silverman, 2003; Koot, Van de Bos, Adriani, y Laviola, 2009). Este dato refuta los resultados obtenidos en este trabajo, en el cual se observó una menor puntuación en el descuento por demora por parte de la población masculina.

En cuanto a la información recogida con respecto a la relación del sexo y de las ideas suicidas, se han encontrado datos contradictorios. Existen estudios, llevados a cabo con una muestra de sujetos adolescentes, que encontraron mayor frecuencia de este tipo de ideas en las mujeres (Stephenson, Pena-Shaff, y Quirk, 2006; Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner, y Jans, 1992). No obstante, al igual que en este trabajo, en muchos otros estudios no se han visto evidenciadas tales diferencias (Kirchner, Ferrer, Forns, y Zanini, 2011; Ceballos-Ospino et al., 2015; Wellman y Wellman, 1988).

En cuanto a las limitaciones del estudio, la primera de ellas radica en el hecho de que se ha obtenido la puntuación de la totalidad de los instrumentos de evaluación utilizados, sin haber tenido la oportunidad de registrar datos cualitativos o corregir posibles sesgos de interpretación. Además, no se ha incluido ninguna escala de discapacidad social en las medidas, lo que puede haber influido en las pruebas autoaplicadas. Del mismo modo, el reclutamiento de la muestra no ha sido supervisado por ningún profesional que se asegure de la veracidad de los datos, por lo que estos pueden estar sesgados. Por otro lado, no se ha explorado la presencia actual o previa de trastornos mentales, lo que puede repercutir en las puntuaciones obtenidas. Del mismo modo, y dado que la muestra se ha obtenido a través del método “bola de nieve”, los aspectos sociodemográficos también están sesgados, dado que la mayor parte de la muestra se encuentra en una franja de 20 a 35 años, y son mujeres con un elevado grado de formación académica. Finalmente, y aunque la fiabilidad de las escalas utilizadas es elevada, el uso de test autoaplicados por internet para determinar la presencia de ideas de suicidio no es ideal, dado que no explora con profundidad y detenimiento este tipo de aspectos como se podría llevar a cabo en una entrevista clínica.

Consideramos que este estudio ha contribuido modestamente al conocimiento de la relación entre la ideación suicida y el descuento por demora, los acontecimientos vitales estresantes y el riesgo suicida.

En futuras líneas de investigación se considera necesario profundizar en la relación entre la impulsividad, el descuento por demora y la conducta suicida, estableciendo diseños de investigación controlados que permitieran obtener conclusiones potentes de carácter aplicado, como el uso de herramientas para la gestión de la impulsividad y las estrategias de afrontamiento de las personas para manejar las ideas de suicidio.

Referencias

- Amlung, M., Marsden, E., Holshausen, K., Morris, V., Patel, H., Vedelago, L., . . . McCabe, R. (Agosto de 2019). Delay Discounting as a Transdiagnostic Process in Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 1-11.
- Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., . . . Saiz-Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
- Baker, F., Johnson, M. W., y Bickel, W. K. (2003). Delay Discounting in Current and Never-Before Cigarette Smokers: Similarities and Differences Across Commodity, Sign and Magnitude. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 382-392.
- Bedoya-Cardona, E. Y., y Montaña-Villalba, L. E. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201.
- Bickel, W., Jarmolowicz, D., Mueller, T., Koffarnus, M., y Gatchalian, K. (Junio de 2012). Excessive discounting of delayed reinforcers as a trans-disease process contributing to addiction and other disease-related vulnerabilities: Emerging evidence. *Pharmacology y Therapeutics*, 134(3), 287-297.
- Brezo, J., Paris, J., y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180-206.
- Bridge, J., Reynolds, B., McBee-Strayer, S., Sheftall, A., Ackerman, J., Stevens, J., . . . Brent, D. (2015). Impulsive Aggression, Delay Discounting, and Adolescent Suicide Attempts: Effects of Current Psychotropic Medication Use and Family History of Suicidal Behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 114-123.
- Brugha, y Cragg. (1990). Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha. 82, 1, 77-81.

- Cáceda, R., Durand, D., Cortes, E., Prendes- Álvarez, S., Moskovciak, T., Harvey, P., y Nemerofe, C. (2014). Impulsive Choice and Psychological Pain in Acutely Suicidal Depressed Patients. *American Psychosomatic Society*, 76, 445-451.
- Calvo, J. M., Sánchez, R., y Tejada, P. A. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de salud pública*, 5(2), 123-143.
- Casey, P., Dunn, G., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Dowrick, C., y Ayuso-Mateos, J. L. (2008). The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 299-304.
- Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suecún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., y Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15-22.
- Coffey, S. F., Gudleski, G. D., Saladin, M. E., y Brady, K. T. (2003). Impulsivity and rapid discounting of delayed hypothetical rewards in cocaine-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11(1), 18-25.
- Coffey, S. F., Gudleski, G. D., Saladin, M. E., y Brady, K. T. (2003). Impulsivity and Rapid Discounting of Delayed Hypothetical Rewards in Cocaine-Dependent Individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11(1), 18-25.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Vol. 2). Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates .
- Dombrovski, A., y Hallquist, M. (Enero de 2017). The decision neuroscience perspective on suicidal behavior: evidence and hypotheses. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 7-14.
- Dombrovski, A., Siegle, G., Szanto, K., Clark, L., Phil, D., Reynolds, C., y Aizenstein, H. (Junio de 2012). The temptation of suicide: striatal gray matter, discounting of delayed rewards, and suicide attempts in late-life depression. *Psychological Medicine*, 42(6), 1203-1215.

- Dombrovski, A., Szanto, K., Clark, L., Reynolds, C., y Siegle, G. (7 de Agosto de 2013). Reward Signals, Attempted Suicide, and Impulsivity in Late-Life Depression. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1-11.
- Dougherty, D., Mathias, C., Marsh-Richard, D., Prevetie, K., Dawes, M., Hatzis, E., . . . Nouvion, S. (22 de Marzo de 2011). Impulsivity and Clinical Symptoms among Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury with or without Attempted Suicide. *Psychiatry Research*, 169(1), 22-38.
- Eysenck, S., y Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43(3), 1247-1255.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. Á., . . . Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85.
- Foster, T. (2011). Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 1-15.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., . . . Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., y Bagge, C. L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 403-413.

- Gvion, Y., y Apter, A. (2011). Aggression, Impulsivity, and Suicide Behavior: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93-112.
- Halcomb, M., Gould, T., y Grahame, N. (2013). Lithium, but not Valproate, Reduces Impulsive Choice in the Delay-Discounting Task in Mice. *Neuropsychopharmacology*, 38(1), 1937-1944.
- Hamilton, K., Mitchell, M., Wing, V., Balodis, I., Bickel, W., Fillmore, M., y Lane, S. (Abril de 2015). Choice Impulsivity: Definitions, Measurement Issues, and Clinical Implications. *Personality Disorders*, 6(2), 182-198.
- Hawton, K., y Van-Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet Psychiatry*, 373, 1372-1381.
- Heikkinen, M., Aro, H., y Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(377), 65-72.
- Heil, S. H., Johnson, M. W., Higgins, S. T., y Bickel, W. K. (2006). Delay discounting in currently using and currently abstinent cocaine-dependent outpatients and non-drug-using matched controls. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1290-1294.
- Hirsch, J., Wolford, K., LaLonde, S., Brunk, L., y Morris, A. P. (2007). Dispositional Optimism as a Moderator of the Relationship Between Negative Life Events and Suicide Ideation and Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 31(4), 533-546.
- Huerta-Ramírez, R. (2017). Conducta suicida en población general adulta española. *Informaciones psiquiátricas*(227), 25-42.
- Innamorati, M., De Leo, D., Rihmer, Z., Seafini, G., Brugnoli, R., Lester, D., . . . Girardi, P. (2011). Tobacco Smoking and Suicidal Ideation in School-Aged Children 12-15 Years Old: Impact of Cultural Differences. *Journal of Addictive Diseases*, 30(4), 359-367.
- Instituto Nacional de Estadística. (22 de Diciembre de 2019). Defunciones según la causa de muerte. Madrid.
- Kaplan, B. A., Lemley, S. M., Reed, D. D., y Jarmolowicz, D. P. (2016). Monetary Choice Questionnaire. 39(2), 293-304.

- Kirby, K. N., y Herrnstein, R. J. (1995). Preference reversals due to myopic discounting of delayed rewards. *Psychological science*, 6(2), 83-89.
- Kirby, K. N., y Marakovic, N. N. (1996). Delay-discounting probabilistic rewards: rates decrease as amounts increase. *Psychonomic Bulletin and Review*, 3(1), 100-104.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., y Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235.
- Klonsky, D., y May, A. (Diciembre de 2010). Rethinking Impulsivity in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 612-619.
- Koot, S., Van de Bos, R., Adriani, W., y Laviola, G. (2009). Gender differences in delay-discounting under mild food restriction. *Behavioural Brain Research*, 200(1), 134-143.
- Kryszynska, K., Heller, T., y De Leo, D. (Enero de 2006). Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 1, 95-101.
- Lempert, K., Steinglass, J., Pinto, A., Kable, J., y Simpson, H. B. (Enero de 2019). Can delay discounting deliver on the promise of RDoC? *49(2)*, 190-199.
- Liu, R., Vassileva, J., Gonzalez, R., y Martin, E. (2012). A Comparison of Delay Discounting Among Substance Users With and Without Suicide Attempt History. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(4), 980-985.
- Macías, S., Fernanda, E., y Camargo, S. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia*, 9(1), 71-81.
- Mathias, C., Dougherty, D., James, L., Richard, D., Dawes, M., Acheson, A., y Hill-Kapturczak, N. (Junio de 2011). Intolerance to Delayed Reward in Girls with Multiple Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(3), 277-286.
- McHugh, C., Chun-Lee, R. S., Hermens, D., Corderoy, A., Large, M., y Hickie, I. (Abril de 2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young

- people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 116, 51-60.
- Mellis, A. M., Snider, S. E., y Bickel, W. K. (2019). Self-generated and experimenter-provided negative income shock narratives increase delay discounting. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 26(2), 113-118.
- Meshes, E. (29 de Marzo de 2019). Choice Responding Under Combined Positive and Negative Reinforcement Conditions (Tesis doctoral). Faculty of the Chicago School of Professional Psychology, Chicago.
- Motrico, E., Moreno-Küstner, B., de Dios, L., Torres-González, F., King, M., Nazareth, I., y Bellón, Á. J. (2013). Psychometric properties of the List of Threatening Experiences (LTE) and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 931-940.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 105, 192-198.
- O'Connor, R. C., y Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Recuperado de:
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1244794/retrieve>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
- Paykel, E., Prusoff, B., y Myers, J. (1975). Suicide Attempts and Recent Life Events. A Controlled Comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32(3), 327-333.
- Paykel, Myers, Lindenthal, y Tanner. (2014). Escala de ideación suicida de Paykel. *I*, 1ª, 36.

- Plutchik, R., Van-Praag, H. M., Conte, H. R., y Picard, S. (2011). Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. *1, 1ª*, 36.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergard-Nielsen, N., Eriksson, T., y Bo Mortensen, P. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Journal of psychiatry*, *177*(6), 546-550.
- Rich, A., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R. L., y Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *22*(3), 364-373.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-Analytic Procedures for Social Research* (Vol. 6). Londres: Sage Publications Inc.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J., y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, *61*, 143-152.
- Siabato, M., Fernanda, E., y Salamanca-Camargo, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia*, *9*(1), 71-81.
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *22*(1), 33-42.
- Silverman, I. W. (2003). Gender Differences in Delay of Gratification: A Meta-Analysis. *Sex Roles*, *49*(9), 451-463.
- Song, W., Li, H., Guo, T., Jiang, S., y Wang, X. (2018). Effect of Affective Reward on Cognitive Event-related Potentials and its Relationship with Psychological Pain and Suicide Risk among Patients with Major Depressive Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49* (5), 1290-1306.
- Squillace, M., Picón-Janeiro, J., y Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Neuropsicología Latinoamericana*, *3*(1), 8-18.

- Stephenson, H., Pena-Shaff, J., y Quirk, P. (2006). Predictors of college student suicidal ideation: Gender differences. *College student journal*, 40(1), 10-117.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Roeyers, H., Goudriaan, A., y Vanderplasschen, W. (2014). Delay Discounting, Treatment Motivation and Treatment Retention Among Substance-Dependent Individuals Attending an Inpatient Detoxification Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 49, 58-64.
- Van Heeringen, K., Bijttebier, S., y Godfrin, K. (Enero de 2011). Suicidal brains: A review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 35(3), 688-698.
- Vanyukov, P., Szanto, K., Hallquist, M., Siegle, G., Reynolds, C., Forman, S., . . . Dombrovski, A. (Enero de 2016). Paralimbic and lateral prefrontal encoding of reward value during intertemporal choice in attempted suicide. *Psychological Medicine*, 46(2), 381-391.
- Vega-Piñero, M., Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., y Díaz-Sastre, C. (2002). El suicidio. *Salud Global Salud Mental*, 4, 2-15.
- Vianchá-Pinzón, M. A., Bahamón-Muñetón, M. J., y Alarcón-Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológicas*, 8(1), 112-123.
- Weidberg-López, S., García-Rodríguez, O., Ho-Yoon, J., García-Fernández, G., y Secades-Villa, R. (2013). Evaluación de la impulsividad en sujetos dependientes de sustancias. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 23-35.
- Wellman, R. J., y Wellman, M. M. (1988). Correlates of suicide ideation in a college population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(2), 90-95.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wassermann, D., Van-Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Hegerl, U. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

Anexo I

Estrés, decisiones y salud mental.

Me llamo Sara y soy estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria en la Universidad de Oviedo. Estamos realizando el Trabajo Fin de Máster y necesitamos tu participación voluntaria (solo serán 3 minutos). El objetivo de este cuestionario es evaluar cómo nuestras decisiones pueden afectar a nuestra salud mental. Por eso, a lo largo del cuestionario, se realizarán unas preguntas sobre diferentes temas. No existen respuestas correctas ni incorrectas. Se trata de tu experiencia y por eso te agradeceríamos la máxima sinceridad. La información recogida es anónima.

¡Muchas gracias por tu participación!

*Obligatorio

Sexo *

Masculino

Femenino

Edad *

Tu respuesta

Nivel educativo *

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Formación profesional

Grado

Postgrado

Ocupación *

Tu respuesta

¿Eres fumador? *

Sí

No

En caso de serlo, ¿cuántos cigarrillos sueles fumar al día?

Tu respuesta

Estrés, decisiones y salud mental.

*Obligatorio

Durante los últimos 6 meses...

¿Ha sufrido usted una enfermedad, lesión o agresión grave? *

- Sí
 No

¿Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave? *

- Sí
 No

¿Ha muerto uno de sus padres, hijos o su pareja/cónyuge? *

- Sí
 No

¿Ha muerto un amigo cercano a la familia, algún otro familiar (tíos, primos, abuelos)? *

- Sí
 No

¿Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio? *

- Sí
 No

¿Le han despedido de su trabajo? *

- Sí
 No

¿Ha tenido una crisis económica grave? *

- Sí
 No

¿Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal? *

- Sí
 No

¿Le han robado o ha perdido algún objeto de valor? *

- Sí
 No

¿Ha roto una relación estable? *

- Sí
 No

¿Ha tenido un problema grave con algún amigo cercano, vecino o familiar? *

- Sí
 No

¿Se ha quedado sin empleo o ha buscado empleo durante más de un mes sin éxito? *

- Sí
 No

¿Le han despedido de su trabajo? *

- Sí
 No

¿Ha tenido una crisis económica grave? *

- Sí
 No

¿Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal? *

- Sí
 No

Estrés, decisiones y salud mental.

*Obligatorio

Para cada una de las siguientes 21 opciones, indica qué recompensa preferirías:

0. ¿Qué preferirías? *

- 87€ hoy
- 87€ en 45 días

1. ¿Qué preferirías? *

- 26€ hoy
- 74€ en 14 días

2. ¿Qué preferirías? *

- 35€ hoy
- 48€ en 25 días

3. ¿Qué preferirías? *

- 59€ hoy
- 74€ en 35 días

4. ¿Qué preferirías? *

- 30€ hoy
- 31€ en 43 días

5. ¿Qué preferirías? *

- 13€ hoy
- 31€ en 10 días

6. ¿Qué preferirías? *

- 28€ hoy
- 48€ en 20 días

7. ¿Qué preferirías? *

- 72€ hoy
- 74€ en 35 días

8. ¿Qué preferirías? *

- 18€ hoy
- 26€ en 75 días

9. ¿Qué preferirías? *

- 42€ hoy
- 48€ en 45 días

10. ¿Qué preferirías? *

- 35€ hoy
- 57€ en 70 días

11. ¿Qué preferirías? *

11. ¿Qué preferirías? *

- 22€ hoy
- 31€ en 25 días

12. ¿Qué preferirías? *

- 57€ hoy
- 66€ en 50 días

13. ¿Qué preferirías? *

- 21€ hoy
- 48€ en 10 días

14. ¿Qué preferirías? *

- 26€ hoy
- 31€ en 20 días

15. ¿Qué preferirías? *

- 46€ hoy
- 48€ en 55 días

16. ¿Qué preferirías? *

- 41€ hoy
- 52€ en 50 días

17. ¿Qué preferirías? *

- 35€ hoy
- 61€ en 20 días

18. ¿Qué preferirías? *

- 44€ hoy
- 70€ en 70 días

19. ¿Qué preferirías? *

- 39€ hoy
- 61€ en 35 días

20. ¿Qué preferirías? *

- 24€ hoy
- 26€ en 35 días

21. ¿Qué preferirías? *

- 14€ hoy
- 26€ en 35 días

Estrés, decisiones y salud mental.

*Obligatorio

Sección sin título

¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir? *

- Sí
 No

¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? *

- Sí
 No

¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo? *

- Sí
 No

¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? *

- Sí
 No

¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? *

- Sí
 No

¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado que habría sido capaz de matar a alguien? *

- Sí
 No

¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? *

- Sí
 No

¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? *

- Sí
 No

¿Ha sentido que la vida no merece la pena? *

- Sí
 No

¿Ha deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse. *

- Sí
 No

¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? *

- Sí
 No

¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? *

- Sí
 No

¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? *

- Sí
 No

¿Está deprimido ahora? *

- Sí
 No

¿Está usted separado, divorciado o viudo? *

- Sí
 No

¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? *

- Sí
 No

¿Ha pensado en quitarse la vida aunque realmente no lo fuera hacer? *

- Sí
 No

¿Ha llegado al punto en el que considerara realmente quitarse vida o hiciese planes sobre cómo lo haría? *

- Sí
 No

¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? *

- Sí
 No

¡Muchas gracias por tu participación!