

Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18

José Antonio Ruiz Hernández, Juana M.^a Navarro-Ruiz, Ginesa Torrente Hernández y Ángel Rodríguez González
Universidad de Murcia

Con el fin de obtener un instrumento breve y manejable para la evaluación de las actitudes hacia el suicidio, desarrollamos un nuevo cuestionario: el cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS). El banco inicial de 60 ítems, construidos y revisados siguiendo criterios precisos, se administró a una muestra de 219 sujetos. Los análisis realizados concluyeron seleccionando 18 ítems con una estructura interna de cuatro factores. Tanto el cuestionario resultante como los factores identificados presentan buena consistencia interna (entre 0,73 y 0,87). Los resultados obtenidos indican que las dimensiones del CCCS podrían estar estrechamente relacionadas con la propensión al comportamiento suicida. Finalmente, se sugieren estrategias para un ulterior desarrollo psicométrico del instrumento.

Construction of an attitudinal beliefs questionnaire towards suicidal behaviour. A new questionnaire has been developed in order to have a brief and manageable instrument for the assessment of attitudes towards suicide. The original pool of 60 items, constructed and reviewed using accurate standards, was filled out by 219 subjects. The analyses concluded with the selection of 18 items with an internal structure of four factors. Both the questionnaire and all 4 factors show a high internal consistency (between 0,73 and 0,87). The results indicate that the four dimensions found with this instrument might be closely related with the propensity to suicidal behaviour. Finally, strategies for a further psychometric development of the instrument are suggested.

Este trabajo describe el proceso utilizado para la construcción de un cuestionario destinado a evaluar las actitudes hacia el comportamiento suicida. Diversos estudios de los años noventa informaban de que las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes se habían triplicado desde mediados del siglo XX (Diekstra, 1993; Kandel, Raveis y Davies, 1991; Sheras, 1992). Aunque desde entonces las cifras se han mantenido con ciertas oscilaciones, lo cierto es que actualmente constituye la segunda o tercera causa de muerte en este colectivo en la mayor parte de los países industrializados (Hagedorn y Omar, 2002; Kachur, Potter, Powell y Rosenberg, 1995). De particular relevancia es el caso de las tentativas de suicidio, ya que las tasas más altas se encuentran entre los 15 y 25 años. En Europa, la mayor parte de las tentativas de suicidio se dan en adolescentes y jóvenes adultos (Diekstra, 1993; Platt et al., 1992).

Una posible explicación tiene que ver con la vulnerabilidad derivada de las numerosas fuentes de estrés asociadas a los notables cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que conlleva esta etapa de la vida. Aunque tal vulnerabilidad puede considerarse «normal», la delimitación de los factores capaces de determinar una especial predisposición a las conductas suicidas ha sido uno de

los objetivos de investigación que han alcanzado mayor relieve en los últimos años. Son muchos los trabajos que han ido aportando información sobre el papel de determinadas variables, habiéndose señalado condiciones tan dispares como la pérdida temprana de uno de los progenitores, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral, problemas económicos, entre otros (Gutiérrez, Thakkar y Kuczen, 2000; Howard, Lennings y Copeland, 2003; Kienhorst, de Wilde, Diekstra y Wolters, 1992; Pottinger, Milbourn y Leiba, 2003; Rudd, 1990; Ruiz, Riquelme y Buendía, 2000; Runeson y Asberg, 2003; Wichstrom, 2000; González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003). Asimismo, diversos trabajos han demostrado que la actitud favorable hacia el suicidio correlaciona positivamente tanto con la ideación como con la tentativa suicida, considerándola como un factor con alto poder predictivo del comportamiento suicida en los adolescentes y jóvenes (Ruiz, Riquelme y Buendía, 2001; Stein, Witztum, Brom, DeNour y Elizur, 1992).

En los países europeos occidentales hay una mayor aceptación del suicidio entre los adolescentes y jóvenes, sobre todo en varones, que en países europeos orientales y asiáticos, quizá debido a diferencias entre culturas individualistas vs. colectivistas (Eskin, 1995; Etzersdorfer, Vijayakumar, Schony, Grausgruber y Sonneck, 1998; Jenner y Niesing, 2000). Generalmente, se acepta la idea de darse muerte bajo ciertas circunstancias (Bille-Brahe, 2000), ya que se contempla desde un punto de vista «racional» (Duberstein et al., 1995; Kocmur y Dernovsek, 2003) y se considera algo per-

misible (Bachman et al., 1996; Lee et al., 1996); sin embargo, la actitud hacia el suicidio es mayoritariamente negativa (Kocmur y Dernovsek, 2003), viéndose como un acto cobarde, impulsivo y relacionado con la enfermedad mental.

Para examinar las actitudes relativas al comportamiento suicida se han construido varios cuestionarios como el SOQ, el SUIATT o el SEDAS. El SOQ (*Suicide Opinion Questionnaire*, Domingo, Moore, Westlake y Gibson, 1982) consta de 100 ítems, distribuidos en 15 factores. Este cuestionario ha recibido numerosas y serias críticas (Diekstra y Kerkhof, 1989; Jenner y Niesing, 2000). Por ejemplo, se ha objetado que en su elaboración se ignoraron las teorías sobre actitudes, que los ítems son muy heterogéneos en su estructura y formulación, que la construcción de sus 15 factores fue inadecuada (sólo 61 ítems presentaron una carga factorial superior a 0,30 en uno o más factores, y un considerable número de los factores eran débiles ya que explicaban menos del 5% de la varianza total). Rogers y DeShon (1992) revisaron el SOQ diseñando una versión reducida de 52 ítems y 5 factores. En un trabajo posterior, estos mismos autores, al poner a prueba esta versión reducida y mejorada con tres nuevos ítems, comprobaron la inestabilidad de los factores, ya que sólo uno de los cinco factores presentaba buena consistencia interna. Por ello, concluyeron que para desarrollar el SOQ es necesario rediseñar, eliminar y proponer nuevos ítems para obtener propiedades psicométricas adecuadas (Rogers y DeShon, 1995).

Una propuesta posterior que trató de superar los problemas del SOQ es el SUIATT (*Suicide Attitudes Questionnaire*, Diekstra y Kerkhof, 1985, 1989). Este cuestionario consta de 84 preguntas relacionadas con actitudes hacia el suicidio y el intento de suicidio. Tiene 19 subescalas con respuesta de 1 a 5 puntos (desde «completamente de acuerdo» a «en completo desacuerdo»). Las preguntas se refieren a 3 actores: el propio sujeto, una persona en general, y un ser querido próximo al sujeto. La evaluación sondea los componentes afectivo, cognitivo y conductual. A pesar de utilizar una metodología adecuada y rigurosa, los propios autores indican como limitación que su aplicación requiere demasiado tiempo y es complicada su utilización con propósitos clínicos; igualmente, se ha objetado que las subescalas son difíciles de diferenciar entre sí (Etzersdorfer et al., 1998).

Con el propósito de superar las limitaciones de las anteriores escalas, Jenner y colaboradores elaboraron el SEDAS (*Semantic Differential Scale Attitudes towards Suicidal Behaviour*, Jenner y Niesing, 2000; Jenner y Rombouts, 1995). Se trata de una escala basada en el diferencial semántico que estudia la dirección e intensidad de las actitudes hacia el comportamiento suicida. Está formada por 15 ítems que describen, mediante pares de antónimos, sentimientos y opiniones hacia diferentes situaciones y con diferentes actores (el propio suicidio, el de un adolescente, de una persona anciana, de un adicto a las drogas, de una persona con un tumor incurable, de una persona con antecedentes de tentativa de suicidio y el suicidio de una persona querida y próxima al sujeto). La escala tiene dos factores: un primer factor formado por 8 ítems llamado «salud/enfermedad», que refleja el aspecto evaluativo, y un segundo factor con 7 ítems llamado «aceptación/rechazo», que combina los componentes de actividad y potencia. A pesar de ser una alternativa interesante, sigue presentando como limitación que consume demasiado tiempo y que el estudio original se realizó con una muestra pequeña (131 sujetos). Además, no se han realizado suficientes estudios que utilicen esta escala y que permitan validar sus propiedades psicométricas y la estabilidad de sus factores.

En vista de las características y limitaciones de los estudios mencionados, surgió el interés que guía el presente trabajo por construir un cuestionario de creencias actitudinales hacia el comportamiento suicida. Se trataba de elaborar un instrumento breve, fácil de interpretar y con factores sólidos.

Método

Participantes

Se utilizó una muestra de 230 jóvenes estudiantes universitarios de Enfermería y de Psicología de la Universidad de Murcia, España. Tal y como se describe más adelante, tras eliminar los casos que mostraban problemas de sinceridad, 219 sujetos formaron la muestra definitiva (81,73% eran chicas y 18,27% chicos). La edad media fue de 20,72 años y la desviación típica de 3,24 ($20,40 \pm 2,64$ el grupo de mujeres, y $22,18 \pm 4,92$ el de los hombres). La participación fue voluntaria y los sujetos se identificaron mediante claves numéricas, manteniendo una estricta confidencialidad en el tratamiento y uso de los datos obtenidos.

Procedimiento

En primer lugar se generó un conjunto de afirmaciones relacionadas con creencias sobre el comportamiento suicida utilizando la técnica de *brainstorming* con un grupo de seis colaboradores instruidos para la tarea. En este proceso se tuvo en cuenta la estructura de tres dimensiones de las actitudes: cognitiva, afectiva y conductual (Eagly y Chaiken, 1998). Para evitar el sesgo de inercia en las respuestas se redactaron también ítems que implicaban teóricamente puntuación inversa.

Se obtuvieron 85 ítems, que fueron revisados y discutidos por expertos, eliminándose aquellos que tenían problemas de formulación y ajustando la redacción a los criterios de Edward (1957). Así se obtuvo un total de 60 ítems de creencias actitudinales sobre el suicidio.

Los ítems fueron redactados para su respuesta mediante una escala de tipo Likert de 7 niveles que indicaba el grado de acuerdo/desacuerdo con el enunciado del ítem: 1= *totalmente en desacuerdo*, 2= *bastante en desacuerdo*, 3= *un poco en desacuerdo*, 4= *indiferente*, 5= *un poco de acuerdo*, 6= *bastante de acuerdo*, 7= *totalmente de acuerdo*.

El cuestionario incluía además preguntas sobre aspectos socio-demográficos (edad y sexo) y preguntas relacionadas con la conducta suicida (ideación suicida, percepción subjetiva de la probabilidad de suicidarse y tentativa de suicidio), adaptadas de la *Scale for Suicidal Ideation* (SSI), de Beck, Kovacs y Weissman (1979), además de un ítem de sinceridad autoinformada.

Los cuestionarios se aplicaron de forma anónima por psicólogos en las aulas de la Universidad. Se leyeron las instrucciones y se aclararon las dudas. Se insistió en la confidencialidad y en la sinceridad de las respuestas, con el fin de maximizar la validez de la información obtenida.

Recogida la información, y para proceder a su análisis estadístico, se invirtieron las puntuaciones de los ítems de puntuación inversa, y se eliminaron once sujetos con baja sinceridad en sus respuestas, quedando una muestra final de 219 sujetos.

La consistencia interna de la escala (coeficiente α de Cronbach) quedó mejorada tras varios análisis de fiabilidad, mediante el estudio de la correlación ítem-escala, eliminándose los ítems

que peor correlación mostraban. Con los ítems resultantes se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, siguiendo el criterio descrito por Kaiser (1960).

Para la reducción del número de ítems y depuración de la escala se combinaron varios criterios: a) el autovalor de cada factor debía ser superior a 1; b) cada factor debía explicar al menos el 5% de la varianza total; c) en los factores seleccionados, la carga factorial de los ítems debía ser de al menos 0,50; y d) los ítems contenidos en cada factor debían presentar una consistencia interna adecuada ($\alpha > 0,70$; Nunnally y Berstein, 1994).

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versión 11.5.

Resultados

En primer lugar, se eliminaron aquellos ítems que mostraban bajas correlaciones con el total de la escala, con lo que se redujo a 35 el número de ítems, obteniéndose una consistencia interna de 0,90.

Con estos 35 ítems se realizó un análisis factorial, siguiendo los criterios mencionados anteriormente. Según el primer criterio, el análisis concluyó identificando diez factores cuyo autovalor era superior a 1. Al aplicar el segundo criterio, sólo seis de los diez factores anteriores explicaban más del 5% de la varianza. Utilizando el tercer criterio se eliminaron cinco ítems de los seis factores mencionados. Al estudiar la consistencia interna de los seis factores, únicamente los cuatro primeros tenían un coeficiente de Cronbach superior a 0,70 (el factor 5 tenía un valor de 0,62, y el factor 6 de 0,57). En resumen, con la aplicación conjunta de los

cuatro criterios mencionados se eliminaron otros 17 ítems de la escala, llegando a una escala final compuesta por 18 ítems.

Se realizó un nuevo análisis factorial con los ítems así resultantes, y se obtuvo una escala más homogénea formada por 4 factores. En la tabla 1 se muestra la solución rotada del análisis y se aprecia la carga factorial de cada ítem en los factores resultantes. También se observa el porcentaje de varianza explicada por los factores (60,74%).

En la tabla 2 se muestran los ítems que forman cada factor, la media y la desviación típica de los ítems, las correlaciones ítem-factor y los resultados obtenidos en los análisis de la consistencia interna. La escala final de 4 factores tiene una consistencia interna de 0,87.

El primer factor, que denominamos «legitimación del suicidio», explica el 18,60% de la varianza (Tabla 1). Incluye 6 ítems relativos a la visión del suicidio como algo racionalmente aceptable («Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento», «El suicidio debería ser una forma legítima de morir», «El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal», «Si alguien quiere intentar suicidarse es asunto suyo y no deberíamos intervenir») y en ciertas circunstancias («Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)», «Aceptaría el suicidio en personas mayores»). La consistencia interna del factor es 0,84 y la correlación ítem-factor oscila entre 0,49 y 0,72.

El segundo factor se refiere a «suicidio en enfermos terminales», explica el 15,52% de la varianza (Tabla 1) e incluye 4 ítems relativos al suicidio en enfermos que no tienen posibilidades de vivir («Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables», «El suicidio es un medio

Tabla 1
Análisis factorial de la escala final (CCCS-18)

Ítems	FACTORES			
	FI	FII	FIII	FIV
31. Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	0.719	0,293	0,105	0,227
28. Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	0.716	0,086	-0,025	0,086
38. El suicidio debería ser una forma legítima de morir	0.712	0,334	0,291	0,131
10. Aceptaría el suicidio en personas mayores	0.669	0,307	-0,057	0,161
30. Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	0.667	0,179	0,154	0,000
51. El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	0.647	-0,004	0,111	0,193
6. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	0,144	0.814	0,218	0,047
21. El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	0,146	0.785	0,146	0,183
52. Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	0,184	0.743	0,239	-0,002
13. Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	0,327	0.673	-0,010	0,045
27. El suicidio va en contra de la moral (*)	0,141	0,118	0.862	0,005
20. El suicidio es un acto inmoral (*)	0,238	0,108	0.860	0,093
60. Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad (*)	-0,128	0,152	0.662	0,084
57. Se debería prohibir el suicidio por que es un asesinato (*)	0,316	0,337	0.509	0,144
37. Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	0,117	0,060	0,157	0.799
44. Bajo ningún concepto me suicidaría (*)	0,165	0,061	0,051	0.714
4. Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	0,008	0,048	0,129	0.694
26. Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante de los problemas de vida	0,289	0,087	-0,124	0.668
% Varianza explicada Total: 60,74	18,60	15,52	13,90	12,72
(*) : Ítems inversos				

aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable», «Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal», «Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida»). La consistencia interna del factor es 0,82 y la correlación ítem-factor oscila entre 0,54 y 0,71.

Respecto al tercer factor, parece indicar la «dimensión moral del suicidio» desde el punto de vista social y explica el 13,90% de la varianza. Está compuesto por 4 ítems: «El suicidio es un acto inmoral», «El suicidio va en contra de la moral», «Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad», «Se debería prohibir el suicidio por que es un asesinato»). La consistencia interna del factor es 0,78 y la correlación ítem-factor oscila entre 0,45 y 0,76.

Finalmente, el cuarto factor se centra en «el propio suicidio», explicando el 12,72% de la varianza. Este factor también está compuesto por 4 ítems: «Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme», «Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema», «Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida» y el ítem inverso «Bajo ningún concepto me suicidaría». El estudio sustantivo de los ítems indica una visión de la propia conducta suicida como salida ante una determinada situación. La consistencia interna del factor es 0,73 y la correlación ítem-factor oscila entre 0,46 y 0,61.

En la tabla 3 se muestran los resultados de las pruebas realizadas con la escala final (CCCS-18), los factores (FI, FII, FIII, FIV) y las variables relacionadas con la conducta suicida (ideación suicida, tentativa de suicidio y percepción subjetiva de la probabili-

dad de suicidarse). Debido al reducido tamaño del grupo de jóvenes que declararon tentativa de suicidio, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En el resto, se estudiaron las diferencias con la prueba t de Student asumiendo que las varianzas eran iguales, ya que la prueba de Levene resultó no significativa en todos los casos.

Los resultados obtenidos en la variable «ideación suicida» muestran que los jóvenes con ideación suicida presentan puntuaciones significativamente mayores en la escala final ($t = 3,56$, $p < 0,001$), en el factor IV (actitud hacia «el propio suicidio», $t = 5,49$, $p < 0,001$), en el factor III («dimensión moral del suicidio», $t = 2,62$, $p < 0,01$) y en el factor I («legitimación del suicidio», $t = 2,47$, $p < 0,05$). No se observaron diferencias en el caso del factor II («suicidio en enfermos terminales», $t = 0,46$, N.S.) entre los jóvenes que tienen pensamientos suicidas y aquellos que no los tienen.

Respecto a la variable «tentativa de suicidio», únicamente en el factor IV («el propio suicidio», $U = 531,5$; $p < 0,05$) se observan puntuaciones significativamente mayores entre los jóvenes que alguna vez han intentado suicidarse.

En cuanto a la variable «percepción subjetiva de la probabilidad de suicidarse» encontramos que los jóvenes que informan de mayor probabilidad de suicidarse en el futuro también presentan puntuaciones significativamente superiores tanto en la escala final ($t = 5,07$, $p < 0,001$) como en sus cuatro factores (factor IV, $t = 7,47$, $p < 0,001$; factor III, $t = 2,65$, $p < 0,01$; factor II, $t = 3,03$, $p < 0,01$; y factor I, $t = 2,44$, $p < 0,05$).

Tabla 2
Datos descriptivos y análisis de fiabilidad de la escala resultante (CCCS-18): coeficiente de fiabilidad (α de Cronbach) y correlación ítem-factor

Factor	Ítems	Media	Desv. típica	Correl. ítem-factor	Coefic. alfa
I. Legitimación del suicidio	10. Aceptaría el suicidio en personas mayores	2,29	1,59	0,62	0,84
	28. Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	2,02	1,42	0,56	
	30. Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1,96	1,53	0,55	
	31. Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	2,20	1,64	0,72	
	38. El suicidio debería ser una forma legítima de morir	2,95	1,81	0,72	
	51. El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	2,23	1,50	0,49	
II. Suicidio en enfermos terminales	6. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	4,90	1,96	0,71	0,82
	13. Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	3,51	1,86	0,54	
	21. El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	4,16	1,94	0,66	
	52. Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	4,34	1,96	0,65	
III. Dimensión moral del suicidio	20. El suicidio es un acto inmoral (*)	4,45	1,89	0,76	0,78
	27. El suicidio va en contra de la moral (*)	4,20	1,77	0,69	
	57. Se debería prohibir el suicidio por que es un asesinato (*)	4,19	1,85	0,48	
	60. Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad (*)	5,50	1,40	0,45	
IV. El propio suicidio	4. Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	2,40	1,48	0,46	0,73
	26. Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	2,67	1,82	0,48	
	37. Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	2,90	1,78	0,61	
	44. Bajo ningún concepto me suicidaría (*)	2,91	1,83	0,53	
ALFA TOTAL: 0,87					
(*) : Ítems inversos					

En el anexo se recoge la escala final con los 18 ítems y los cuatro factores. Se indica la pertenencia de cada ítem y la consistencia interna, la media y desviación típica de la escala y de los factores obtenidos en el presente trabajo.

Discusión

En el presente estudio hemos desarrollado un instrumento para medir las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en una muestra no clínica de jóvenes. Después de diversos análisis, el cuestionario resultante consta de 18 ítems y presenta una elevada consistencia interna. El análisis factorial realizado ha identificado 4 factores que también se caracterizan por una alta consistencia interna. Estos cuatro factores reflejan creencias sobre: a) la legitimación del suicidio; b) el suicidio en enfermos terminales; c) la dimensión moral del suicidio; y d) el propio suicidio.

Como principales ventajas de este instrumento destacan: 1) La alta consistencia interna mencionada tanto del cuestionario completo como de sus factores. 2) La robustez de dichos factores (cada factor explica al menos el 12% de la varianza total y sus ítems muestran cargas factoriales superiores a 0,50). 3) Debido a su formato, el fácil manejo y escaso tiempo que requiere su aplicación. 4) Fácil interpretación general y de los factores del cuestionario. Estas características hacen del CCCS-18 una buena alternativa a otros instrumentos para la evaluación de las actitudes hacia el comportamiento suicida.

Al analizar los resultados del cuestionario observamos que la media de la puntuación total muestra una actitud desfavorable hacia la conducta suicida. En relación con cada uno de los factores, esta tendencia sigue siendo negativa en los factores I y IV (legitimación del suicidio y el propio suicidio). Sin embargo, existe una cierta aceptación de la conducta suicida cuando se habla de enfermedad terminal. Al igual que en otros trabajos, se observa que, aunque los jóvenes estudiados tienen una actitud desfavorable hacia la conducta suicida en general, la idea de la muerte se acepta bajo ciertas cir-

cunstancias como las enfermedades incurables (Bille-Brahe, 2000; Duberstein et al., 1995; Kocmur y Dernovsek, 2003). Este aspecto podría entenderse a la luz de los resultados de estudios anteriores que apuntan a que en los países occidentales la conducta suicida se percibe desde un punto de vista «racional», enfatizándose los aspectos cognitivos del comportamiento (Etzersdorfer et al., 1998).

Respecto a la relación del CCCS-18 y sus factores con las variables de comportamiento suicida, hemos observado que los jóvenes con pensamientos suicidas tienen una actitud más favorable hacia la conducta suicida en general y hacia el propio suicidio que aquellos que no tienen ideación suicida. Estudios realizados con el SUIATT confirman estos resultados (Kocmur y Dernovsek, 2003). Respecto a la tentativa de suicidio se observan diferencias únicamente en el cuarto factor, lo cual es coherente con el contenido del mencionado factor. No obstante, el pequeño tamaño muestral hace necesario tomar con cautela estos resultados, siendo conveniente estudiar el comportamiento del CCCS-18 con mayor número de sujetos. Finalmente, en la tabla 3 también observamos que los jóvenes que informan de mayor disposición a suicidarse en el futuro presentan puntuaciones significativamente superiores tanto en la escala final como en los cuatro factores, mostrando, pues, una actitud general más favorable hacia el comportamiento suicida. Estos resultados sugieren que el CCCS-18 puede tener validez predictiva y mejorar los modelos desarrollados para el análisis del comportamiento suicida.

Entre las limitaciones del estudio consideramos que sería necesario utilizar la escala en muestras más amplias y con características sociodemográficas distintas con el fin de comprobar si la escala y los factores obtenidos mantienen sus propiedades psicométricas. Además, en investigaciones futuras sería necesario incluir el CCCS-18 junto a otras variables psicosociales relacionadas con el comportamiento suicida con el fin de estudiar las posibles aportaciones del CCCS-18 a los modelos predictivos, ya que los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren que pudiera ser útil en este sentido.

Tabla 3
Estudio de las relaciones entre las variables relacionadas con el comportamiento suicida y la escala final (CCCS-18) y sus factores

		CCCS-18		FI		FII		FIII		FIV	
		Media (desv.)	Prob. (***)	Media (desv.)	Prob. (*)	Media (desv.)	Prob. (N.S)	Media (desv.)	Prob. (**)	Media (desv.)	Prob. (***)
Ideación suicida	Sí n= 36	3,83 (0,99)	t= 3,56 (***)	2,71 (1,41)	t= 2,47 (*)	4,34 (1,46)	t= 0,46 (N.S)	5,12 (1,31)	t= 2,62 (**)	3,72 (1,36)	t= 5,49 (***)
	No n= 182	3,22 (0,94)		2,18 (1,11)		4,20 (1,58)		4,48 (1,34)		2,51 (1,17)	
Tentativa de suicidio	Sí n= 9	3,80 (1,11)	U= 677,5 (N.S)	2,67 (1,35)	U= 779 (N.S)	4,11 (1,53)	U= 897 (N.S)	5,14 (1,33)	U= 685 (N.S)	3,83 (1,61)	U= 531,5 (*)
	No n= 209	3,30 (0,96)		2,25 (1,17)		4,23 (1,56)		4,56 (1,35)		2,66 (1,25)	
Probabilidad de suicidio	Probable n= 54	3,87 (0,83)	t= 5,07 (***)	2,61 (1,18)	t= 2,44 (*)	4,77 (1,35)	t= 3,03 (**)	5,00 (1,11)	t= 2,65 (**)	3,74 (1,19)	t= 7,47 (***)
	Improbable n= 165	3,14 (0,95)		2,16 (1,16)		4,05 (1,58)		4,45 (1,40)		2,39 (1,13)	

N.S: No significativo / *p<.05 / **p<.01 / ***p<.001

A pesar de estas limitaciones, los resultados del presente estudio son una evidencia preliminar de que el cuestionario puede ser un instrumento válido para medir las creencias actitudinales hacia el comportamiento suicida en jóvenes adultos. Su presentación sencilla y

con pocos ítems permite usarlo en estudios con tiempo limitado o como complemento de otras escalas. Su principal función es identificar jóvenes con creencias favorables hacia el comportamiento suicida, permitiendo una evaluación de dicha variable como factor de riesgo.

Anexo							
Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)							
A continuación aparecen una serie de frases sobre <i>lo que las personas piensan y sienten acerca del comportamiento suicida</i> . Ten en cuenta que no hay frases buenas ni malas, ni correctas ni incorrectas, sólo <i>nos interesa tu opinión al respecto</i> . Por favor, <i>trata de responder con sinceridad</i> y usa tu propio criterio. Tus respuestas son <i>totalmente anónimas</i> .							
Para contestar, rodea en cada frase la opción que mejor indique tu grado de acuerdo o desacuerdo mediante la siguiente escala:							
1= Totalmente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Un poco en desacuerdo; 4= Indiferente; 5= Un poco de acuerdo; 6= Bastante de acuerdo; 7= Totalmente de acuerdo							
1. Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	1	2	3	4	5	6	7
2. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	1	2	3	4	5	6	7
3. El suicidio va en contra de la moral	1	2	3	4	5	6	7
4. Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	1	2	3	4	5	6	7
5. Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	1	2	3	4	5	6	7
6. El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	1	2	3	4	5	6	7
7. El suicidio es un acto inmoral	1	2	3	4	5	6	7
8. El suicidio debería ser una forma legítima de morir	1	2	3	4	5	6	7
9. Bajo ningún concepto me suicidaría	1	2	3	4	5	6	7
10. Aceptaría el suicidio en personas mayores	1	2	3	4	5	6	7
11. Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	1	2	3	4	5	6	7
12. Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	1	2	3	4	5	6	7
13. Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1	2	3	4	5	6	7
14. Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
15. Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	1	2	3	4	5	6	7
16. Se debería prohibir el suicidio por que es un asesinato	1	2	3	4	5	6	7
17. Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	1	2	3	4	5	6	7
18. El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	1	2	3	4	5	6	7
Los ítems 3, 7, 9, 12 y 16: puntúan de forma inversa (1= 7; 2= 6; 3= 5; 4= 4; 5= 3; 6= 2; 7= 1). Consistencia interna: 0,87. \bar{x} = 3,32. Desviación típica: 0,97 Factor I: Legitimación del suicidio (Ítems 1, 5, 8, 10, 14 y 18). Consistencia interna: 0,84. \bar{x} = 2,28. Desviación típica: 1,18 Factor II: Suicidio en enfermos terminales (Ítems 2, 6, 11 y 15). Consistencia interna: 0,82. \bar{x} = 4,23. Desviación típica: 1,55 Factor III: Dimensión moral del suicidio (Ítems: 3, 7, 12 y 16). Consistencia interna: 0,78. \bar{x} = 4,58. Desviación típica: 1,35 Factor IV: El propio suicidio (Ítems: 4, 9, 13 y 17). Consistencia interna: 0,73. \bar{x} = 2,72. Desviación típica: 1,28							

Referencias

- Bachman, J. G., Aleser, K. I., Doukas, D. J., Lichtenstein, R. L., Corning, A. D. y Brody, T. T. (1996). Attitudes of Michigan Physicians and the public toward legalizing physician assisted suicide and voluntary euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, 334, 303-309.
- Beck, A., Kovacs, M. y Weeissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Bille-Brahe, U. (2000). «Sociology and suicidal behaviour», en K. Hawton y K. van Heeringen (eds.): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 193-207). Chichester: Wiley.
- Diekstra, R. F. W. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, supplementum* 371, 9-20.
- Diekstra, R. F. W. y Kerkhof, A. J. F. M. (1985). Attitudes towards suicide: the construction of a suicide-attitude questionnaire (SUIATT). *Comunicación presentada en el XIII Congreso Internacional sobre prevención e intervención en el suicidio*. Viena, Austria.
- Diekstra, R. F. W. y Kerkhof, A. J. F. M. (1989). «Attitudes towards suicide: the development of a suicide-attitude questionnaire (SUIATT)», en R. F. W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, G. Sonneck (eds.): *Suicide and its prevention: the role of attitude and imitation* (pp. 91-107). Leiden: Brill.
- Domingo, G., Moore, D., Westlake, L. y Gibson, L. (1982). Attitudes toward suicide: a factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology* 38, 257-262.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Cox., D., Podgorski C. A., Glazer R. S. y Caine, L. D. (1995). Attitudes toward self-determined death: a survey of primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society* 43, 395-400.
- Eagly, A. H. y Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. En D. Gilbert, S. Fiske y G. Lindzey (eds.): *Handbook of social psychology*, 4.ª ed, vol.1 (pp. 269-322). Nueva York: McGraw-Hill.
- Edward, A. L. (1957). *Techniques of attitude scale construction*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

- Eskin, M. (1995). Adolescent's attitudes toward suicide and a suicidal peer: a comparison between Swedish and Turkish high school students. *Scandinavian Journal of Psychology* 36, 201-207.
- Etzersdorfer, E., Vijayakumar, L., Schony, W., Grausgruber, A. y Sonneck, G. (1998). Attitudes towards suicide among medical students: comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 104-110.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. A. y Wagner, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- Gutiérrez, P. M., Thakkar, R. R. y Kuczen, C. (2000). Exploration of the relationship between physical and/or sexual abuse, attitudes about life and death and suicidal ideation in young women. *Death Studies* 24(8), 675-88.
- Hagedorn, J. y Omar, H. (2002). Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. *International Journal of Adolescent Medical Health*, 14(1), 55-60.
- Howard, J., Lennings, C. J. y Copeland, J. (2003). Suicidal behavior in a young offender population. *Crisis*, 24(3), 98-104.
- Jenner, J. A. y Niesing, J. (2000). The construction of SEDAS: a new suicide-attitude questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 139-146.
- Jenner, J. A. y Rombouts, R. (1995). Comparing attitudes of Japanese and Dutch SOS-telephone volunteers towards suicidal behaviour with the SEDAS. *Comunicación presentada en el X Congreso de la Asociación canadiense para la prevención del suicidio*. Banff, Canadá.
- Kachur, S. P., Potter, L. B., Powell, K. E. y Rosenberg, M. L. (1995). Suicide: epidemiology, prevention and treatment. *Adolescent Medicine*, 6(2), 171-182.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Kandel, D. B., Raveis, V. H. y Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 289-309.
- Kienhorst, C. W. M., de Wilde E. J., Diekstra, R. F. W. y Wolters, W. H. G. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 222-228.
- Kocmur, M. y Dernovsek, M. Z. (2003). Attitudes towards suicide in Slovenia: a cross-sectional survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(1), 8-16.
- Lee, M. A., Nelson, T. T. D., Tilden V. P., Ganzini, L., Schmidt T. A. y Tolle, S.W. (1996). Legalizing assisted suicide-views of physicians in Oregon. *The New England Journal of Medicine* 334, 310-315.
- Nunnally, J. C. y Berstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw Hill.
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Lonqvist, J., Michel, K., Philipe, A., Pomme-reau, X., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D. y Sampaio-Faria, J. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 97-104.
- Pottinger, A. M., Milbourn, P. E. y Leiba, J. (2003). Suicidal behaviour and risk factors in children and adolescents in Jamaica. *The West Indian Medical Journal*, 52(2), 127-30.
- Rogers, J. R. y DeShon, R. P. (1992). A reliability investigation of the eight clinical scales of the Suicide Opinion Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(4), 428-441.
- Rogers, J. R. y DeShon, R. P. (1995). Cross-validation of the five-factor interpretative model of the Suicide Opinion Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 305-309.
- Rudd, M. D. (1990). An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 16-30.
- Ruiz, J. A., Riquelme, A. y Buendía, J. (2000). Personalidad y comportamiento suicida en adolescentes: el papel de la extraversión en la tentativa de suicidio. *Clínica y Salud*, 11, 155-169.
- Ruiz, J. A., Riquelme, A. y Buendía, J. (2001). Construcción de un indicador de riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con alta sintomatología depresiva. *Psiquis*, 22, 143-154.
- Runeson, B. y Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1.525-6.
- Sheras, P. (1992). Depression and suicide in adolescence. En C. E. Walkes y M. Roberts (eds.): *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiles and Sons.
- Stein, D., Wittzum, E., Brom, D., DeNour, A. y Elizur, A. (1992). The association between adolescents' attitudes toward suicide and their psychosocial background and suicidal tendencies. *Adolescence*, 27, 949-959.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 603-610.