



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PERCEPCION SEMANTICA Y CONTENIDO DEL  
PENSAMIENTO EN SUJETOS CON INTENTO  
DE SUICIDIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA GENERAL  
EXPERIMENTAL

P R E S E N T A

**Arturo Heman Contreras**

MEXICO, D. F., 1987.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES: ROGELIO Y DELTA  
A MI HERMANO: ANDRES Y FAMILIA  
A TODA MI FAMILIA EN GENERAL

*Quienes por su cariño y apoyo,  
hoy concluyo una etapa más en  
mi desarrollo profesional.*

A MIS HIJOS: ROGELIO Y ARTURO

*En quienes deposito todo mi amor,  
esperando que este trabajo sea un  
ejemplo a seguir en su vida.*

*A mis amigos de siempre sin  
excluir a ninguno y a quienes  
siempre les brindaré mi  
amistad.*

ARTURO

AGRADECIMIENTOS

MTRA. SANDRA CASTAÑEDA DE LOPEZ  
MTRO. MIGUEL LOPEZ O.  
DR. LUIS CASTRO B.  
DRA. GRACIELA RODRIGUEZ  
DR. ARTURO MARTINEZ L.  
DR. SERAFIN MERCADO

- ° Porque siempre aprendí lo mejor de cada uno de ellos
- ° Porque siempre han sido un firme motivador en mi desarrollo académico
- ° Por su valiosa amistad.

AL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

*Por su apoyo, en proporcionarme todos los medios necesarios para el desarrollo de la presente investigación.*

A LA MTRA. Ma. ELENA MEDINA-MORA I.

*Cuya asesoría, profesionalismo, confianza y amistad fueron una estructura básica para el desarrollo y culminación de esta investigación.*

ARTURO

# I N D I C E

	Págs.
RESUMEN	
INTRODUCCION	I
CAPITULO I.- Aproximación Cognoscitiva al Estudio del Suicidio y del Intento de Suicidio.	
A) Aspectos Generales	2
1.- Deseo de Morir-Deseo de Vivir. VS. Disonancia Cognoscitiva.	7
2.- Adquisición de los Desórdenes Emocionales.	13
3.- Surgimiento de Ideas Irracionales.	19
B) Aspectos Particulares.	26
1.- Dinámica de la Triada Cognoscitivo-Motivación-Acción en el Suicidio y el Intento de Suicidio.	
CAPITULO II.- Método.	41
CAPITULO III.- Resultados y Análisis de Datos	52
CAPITULO IV.- Conclusión y Discusión	82
- Bibliografía	108
- Cuadros	120
- Apéndices.	146

## ABSTRACT

The main objective of the present research paper was to determine and contrast the cognitive characteristics and the emotional disorders into four groups at different suicidal risk. 120 subjects were selected from three medical institutions, divided into four independent groups: 30 subjects demonstrating a former suicidal intent (intent-group); 30 subjects selected because they had verbalized the idea of death in the last three months (rumiant-group) 30 subjects presenting thoughts about death plus the loss of some part of their body (potential-group); 30 subjects without thoughts about death nor former intent, nor loss of part of the body in the last three months (control-group). This investigation was carried out in a field study in which each subject was interviewed independently. The following instruments were applied: the anxiety state-risk inventory, the self-measuring depression scale, the semantic diferential, the irrational thought inventory, to all groups.

Beside the afore mentioned, the suicidal intent wish-scale, and the risk-rescue scale were applied to the intent-group. Results support the supposition that there is a statistically significant difference between risk group (intent, rumiant and potential) and the control group in terms of depression and anxiety clinical variables. The potential and rumiant groups showed a connotative significance towards death and suicide concepts than the intent and control groups, who evaluated a more significative concepts on life and the self. On irrational thought, the control group showed a more definite 'locus' on internal control. On achievement orientation, the most significant group was the rumiant. On low tolerance to frustration, all four grups presented serious difficulties. The intent and rumiant groups accepted human falibility and on morality interest the score were lower for the rumiants.

The results are discussed in terms of possible alternative explanations as well as in terms of the methodological considerations.

## R E S U M E N

La presente investigación tuvo como objetivo el determinar y contrastar las características cognoscitivas y la perturbación emocional en cuatro grupos de diferente riesgo suicida. 120 sujetos seleccionados de tres instituciones médicas, divididos en cuatro grupos independientes: 30 sujetos seleccionados por presentar un previo intento de suicidio (grupo de intentos); 30 sujetos seleccionados por haber verbalizado la idea de muerte en los últimos tres meses (grupo rumiantes); 30 sujetos por presentar ideas de muerte más la característica de haber perdido alguna parte de su cuerpo (grupo potenciales); 30 sujetos por no haber presentado ideas de muerte, previo intento, ni perdido una parte de su cuerpo en los últimos tres meses (grupo-control). Dicha investigación se desarrolló bajo un estudio de campo, en el que se entrevistó a cada sujeto de forma independiente y se aplicaron los siguientes instrumentos: Para todos los grupos, el inventario de ansiedad rasgo-estado, la escala de auto-medición de la depresión, el diferencial semántico, el inventario de pensamiento irracional, y para el grupo de intentos, además de los anteriores se aplicó la escala de deseo del intento de suicidio, y la escala riesgo-rescate. Los resultados apoyan la suposición de la diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de riesgo (intentos, rumiantes y potenciales) y el grupo control en términos de las variables clínicas de depresión y ansiedad. El grupo de potenciales y rumiantes presentaron mayor significado connotativo ante los conceptos de muerte y suicidio que el grupo de intentos y el control quienes evaluaron de una forma mas significativa los conceptos de Vida y Yo. En pensamiento irracional el grupo control presentó mayor locus de control interno. En orientación de logro los más significativos fueron el grupo de rumiantes. En baja tolerancia a la frustración los cuatro grupos presentaron serias dificultades. - Los intentos y rumiantes aceptan la falibilidad del ser humano y en interés por la moralidad los puntajes mas bajos fueron para los rumiantes. Dichos resultados se discuten en términos de posibles alternativas de explicación así como en términos de aspectos metodológicos.

## INTRODUCCION

## I N T R O D U C C I O N .

La psicología, disciplina científica cuyo objeto de estudio es el ser humano, trata de explicar y describir el comportamiento basándose en diferentes puntos de vista; biológico, psicológico, social y conductual. Dentro de sus metas de estudio podemos mencionar la interrelación del ser humano con su medio ambiente, las variables bajo las cuales la conducta es función y el análisis de los eventos o variables que puedan ser responsables de algún cambio en el comportamiento. De aquí que cualquier fenómeno que influye en forma positiva o negativa sobre alguna de las áreas del ser humano (bio-psico-socio-cultural) será objeto de estudio de la psicología.

Un fenómeno que influye y que abarca todas las facetas de la existencia humana y constituye básicamente un problema multicausal es el "Intento de Suicidio" y el "Suicidio". Etimológicamente el término suicidio implica un tipo de homicidio en el que el criminal y la víctima son la misma persona.

Karl Menninger (1938) señala que el suicidio es el resultado de la lucha entre los instintos de vida y de muerte. - Todos los actos auto-destructivos serán provocados por un conflicto entre el impulso agresivo dirigido contra el yo y una tendencia para la auto-conservación.

Farberow (1975) nos habla del suicidio como un acto individual de protesta o declaración en contra de cualquier amenaza interpersonal o transgresión en contra de la sociedad.

Durkheim (1965) ya había considerado tres tipos de suicidio:

a) El suicidio Egoísta.- que es el resultado de una falta

de integración del individuo en la sociedad. Estas personas tienen pocos lazos familiares e interpersonales.

- b) El suicidio Altruístico.- que resulta de una excesiva integración del individuo con la sociedad, así que el sujeto se suicida porque en determinadas ocasiones es obligatorio, es un acto honorable o bien es una forma de crecimiento dentro de dicha integración.
- c) El suicidio de tipo Anómico.- que resulta del fracaso de los estándares sociales normativos de la conducta del individuo, aparece un desequilibrio porque las normas habituales dejan de resultar apropiadas a la situación.

(Posterior a lo anterior) Durkheim (1965) define al suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado".

Una conducta auto-destructiva que está relacionada con el suicidio pero que no llega a ser fatal en su totalidad es el "Intento de Suicidio", al cual Wexler, Weissman y Kasl (1978) (en un estudio) definieron (al intento de suicidio) - "como cualquier daño, auto-infringido intencionalmente".

Kreitman (1976) ha definido el para-suicidio como un acto no fatal en el que un individuo deliberadamente ingiere una substancia en exceso o se causa daño.

Morris, Beck (1971) define al intento como la seriedad o la intensidad del deseo de un individuo para terminar con su vida.

Stengel (1965) define el intento de suicidio como cualquier acto de auto-perjuicio infringido con intención auto-destructiva, aunque sea vago o ambiguo.

Las estadísticas sobre este comportamiento son muy poco exactas, ya que contrario a lo que sucede en los casos de muerte, en los que es forzoso dar parte a las autoridades, los intentos de suicidio no figuran en ningún registro oficial, y de los registros existentes su confiabilidad es dudosa. La dificultad de obtener datos fidedignos sobre los intentos de suicidio se deben en gran parte a que las personas que no mueren tratan de ocultar su intento o éste es ocultado por la gente que los rodea, permitiendo así la presencia de una "cifra obscura" del fenómeno, la cual al ser conocida podría incrementar considerablemente los registros reportados hasta la fecha. Farberow y Shneidman (1969) consideran que se cometen seis intentos de suicidio aproximadamente por cada suicidio consumado lo cual ya nos permite inferir la alta tasa de los intentos.

El área de estudio del suicidio y del intento de suicidio nos permite poner un amplio interés sobre sus aspectos etiológicos y de proceso ya que es realmente poco lo que se ha podido investigar sobre estos aspectos en México. Este campo necesita de una intensa exploración para la comprensión teórica de las motivaciones que subyacen a la auto-lesión y a la auto-destrucción que presentan los individuos con características (suicidas).

Todos los comportamientos de auto-destrucción humana nos ofrecen una amplia gama de interrogantes, que a pesar de los esfuerzos de los científicos interesados en la materia, están aún por resolverse: ¿Existe un determinado tipo de personalidad suicida? ¿Qué características reúnen las personas propensas a un intento de suicidio? ¿Existe algún instrumento que nos indique la potencialidad de las personas suicidas?

¿Que impulsos actúan sobre estas personas? ¿Cuál es el tipo de personalidad que lleva a un individuo a la acción y a otros a la fantasía o a la ideación de este reto?. Además de estos cuestionamientos existen otros de tipo epidemiológico como los clínicos, taxonómicos, socio-psicológicos y demográficos, entre otros planteados (Farberow y Shneidman 1961).

Como fenómenos sociales, tanto el suicidio, como el intento de suicidio, representan un problema grave en el campo de la Salud Pública, pues se pierden, innecesaria y prematuramente, muchas vidas viéndose la salud mental de la comunidad. Perturbada, por la huella que deja en los supervivientes (Rudestam 1977).

La importancia del estudio del suicidio y del intento de suicidio radica principalmente en su utilidad práctica ya que el conocimiento de los factores que se conjugan y precipitan un acto auto-destructivo, al igual que de las actitudes, conductas y condiciones del sujeto, preliminares al acto suicida, nos proporcionan claves valiosas para la prevención de este grave problema en sujetos con potencialidad para el intento suicida.

Para llevar a cabo tal empresa debemos comenzar con el desarrollo de investigaciones de tipo epidemiológico que nos permitan conocer factores demográficos, clínicos y psicosociales característicos de los sujetos con intento de suicidio y de esta manera desterrar de la opinión pública muchas de las ideas equivocadas que forman parte de la mitología del suicidio, y entre las que podemos mencionar:

- 1) La gente que habla de suicidarse nunca se suicida; -
- 2) El suicidio se comete sin previo aviso; 3) El paciente

que se repone de una crisis suicida, no tiene riesgo de recaer; 4) El suicidio y la depresión son sinónimos; 5) Todos los suicidas son personas dementes; 6) El suicidio es una enfermedad única; 7) El suicidio es inmoral; 8) Se puede combatir el suicidio mediante leyes; 9) La tendencia al suicidio es hereditaria; 10) El suicidio es "la maldición de los pobres" y la "enfermedad de los ricos". (Farberow y Shneidman 1961).

Las investigaciones que hasta la fecha existen, desmienten la potencialidad de veracidad de estas afirmaciones (Climet, Pluchik, Erwin, Rolling, 1977; Lester y Beck, 1977; Shneidman 1964 Bancroft y Marsack, 1977; Pallis y Jenkins, 1977); y con base en sus datos nos permite tomar conciencia del problema que se estudia y de la necesidad de incrementar mayor investigación para refutar las premisas ya existentes que de entrada perjudican la aproximación al problema.

La presencia del fenómeno del suicidio como del intento de suicidio en nuestra sociedad es inminente. Esta presencia queda establecida al considerar los diversos estudios - que se han desarrollado para llegar a conocer y detectar el evento dentro de la República Mexicana. Galvis y Velazco (1959) investigaron todos los casos de suicidio registrados en la República Mexicana, durante los años de 1947 a 1957 en las 32 unidades federativas, calculando coeficientes medios por cien mil habitantes. Los datos arrojaron que el Distrito Federal marcó la cifra más alta de suicidios con un coeficiente de 12.37 por 100 mil habitantes y el segundo lugar lo ocupaban los estados fronterizos. Durante los años de 1952 y 1953 el suicidio se incrementó significativamente, pero en los años de 1956 y 1957 el suicidio disminuyó pero

sólo en las mujeres. Con relación a suicidios consumados y frustrados se obtuvo que de un total de 10.587 casos (5.925 hombres y 4.662 mujeres) el 51% lograban su propósito y el 49% de casos no lo consiguen por diversos motivos.

Cabildo y Elorriaga (1966) analizaron el comportamiento estadístico del suicidio en la República Mexicana durante un periodo de diez años de 1954 a 1963, encontrando de una población de 100 mil habitantes 8.239 casos en el periodo - señalado, de los cuales 5.372 (76.5%) de casos eran suicidios consumados y 2.867 (23.4%) de casos intentos de suicidio. En años recientes Terroba (1982) detectó 265 suicidios registrados el año de 1979 del Servicio Médico Forense de México. Heman (1982) encontró 250 casos obtenidos en 4 meses de los Hospitales de Urgencias del Distrito Federal de los cuales el 28% eran intentos propositivos de suicidio, el 48.8% habían cambiado de domicilio o se negaban a proporcionar información y el 23.1% de los casos no presentó un intento propositivo de suicidio. Por lo que el considerar estos estudios establecemos que el fenómeno del suicidio y del intento de suicidio son patentes en nuestra actual sociedad.

Al considerar que las conductas auto-destructivas representan humanísticamente una perturbación dramática tanto del hombre como de la sociedad en la que vive, es menes ter considerar también que dicha perturbación se ha presen tado a lo largo del desarrollo de la vida del individuo y que de alguna manera lo han llevado a comportamiento auto-destructivos de menor grado de letalidad. De aquí que un gran porcentaje de suicidios consumados presentan la carac terística de haber tenido previos intentos de suicidio. -

Belssaso y Lara (1971) estudiaron 200 casos de los Servicios de Consulta Externa e Internamiento del Instituto Nacional de Neurología en los años de 1968 a 1970 por presentar previos intentos de suicidio, encontraron que 108 casos presentaron ideas de muerte previas, 84 casos de los 200 habían reportado previos intentos de suicidio y 184 casos de la población habían presentado un previo aviso verbal. Lo cual nos lleva a la conclusión que si queremos estudiar y comprender al sujeto suicida debemos comenzar por determinar las características y el proceso auto-destructivo por lo que atraviesan los sujetos con suicidio frustrado.

Es claro que lejos de tener un conocimiento completo de la conducta suicida, tenemos una inmensa gama de cuestionamientos sobre los factores precipitantes tanto psicológicos como sociales presentes en los patrones característicos de los sujetos suicidas como presentes en el proceso que lo lleva a su auto-destrucción.

El interés sobre este fenómeno ha incrementado tanto el número de estudios teóricos como el de investigación dedicados al tema tratando de explicar y comprender el fenómeno. Estos estudios se han orientado a describir factores epidemiológicos que caracterizan a los sujetos en diferentes poblaciones (Cabildo y Elorriaga, 1966; Belsasso y Lara Tapia 1971; Galvis y Velazco 1959; Amaro González y Mella Mejía 1979; Grove y Lynge 1979; Kreitman 1976; Farberow y Shneidman 1969; entre otros) estableciendo diferencias entre grados de seriedad del intento (Rosen 1979); tipo de intento de suicidio (Henderson y Lance 1979) hasta explicaciones de los factores de riesgo que se presentan como indicadores de un futuro intento de suicidio (Lester y Beck

1976) (Farberow y Shneidman 1969), características de personalidad (Shneidman y Farberow 1969) y de predicción e identificación por medio de pruebas psicológicas. En general sus resultados quedan a un nivel descriptivo de las características del acto en los sujetos estudiados. Son pocos los estudios de investigación en los que se abordan elementos involucrados en el proceso o de características intrínsecas de los para-suicidas.

Es claro que el acto suicida se presenta dentro de un contexto en el cual tanto personas como situaciones quedan afectadas por el evento, pero también es fundamental considerar que el acto suicida es cometido por el ser humano en donde él mismo es el actor así como la víctima, donde se manifiesta una actitud y un comportamiento auto-agresivo. Al considerar al intento como una actitud hacia el acto suicida (Wetzel, 1977) nos lleva a abordarlo tanto en su aspecto comportamental, como en el considerar razones o motivaciones intrínsecas prevalescentes en los sujetos para la consumación del acto; el conocimiento de estos factores internos que caracterizan al sujeto para-suicida, antes y después del acto, vendrían a aportar información valiosa sobre el proceso que lleva a perturbaciones en el hombre y a finalizar con su vida (Heman 1982).

La mayoría de los enfoques psicológicos para entender y comprender al ser humano (neuropsiquiatría, psicoanálisis y terapia conductual) están de acuerdo en que la fuente de las perturbaciones de los sujetos cae más allá de su conciencia, pero estas fuentes son disfrazadas o cubiertas por estos enfoques con concepciones mentalistas y/o con fantasías, lo cual viene a obscurecer su estudio y entendimiento (Beck

1976). El suponer que la conciencia de los individuos con tiene elementos que son responsables de sus perturbaciones emocionales y que estos son los que lo llevan a buscar ayu da, vendría a ampliar nuestro campo de estudio. Por lo tan to el conocimiento de los desórdenes emocionales toma otro camino totalmente diferente en el cual el hombre tiene la clave para entender y resolver su perturbación mental dentro del aspecto de su propia conciencia.

Esto nos permite vislumbrar que aparte de la influencia de tipo ambiental (social) presente en el acto suicida, existen características propias o intrínsecas en el sujeto que interactúa con el medio y que son responsables de que se cometa el acto. Estos factores no son directamente observables pero es sabido que como constructos hipotéticos le subyacen e influyen a cualquier comportamiento. Cons tructos que para su estudio y comprensión son denominados características o factores "Cognoscitivos" que son entendidos como mecanismos por medio de los cuales la gente per cibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente.

El estudio de las características cognoscitivas de los suicidas fue iniciada por Shneidman (1957) y extendido por Neuringer (1976) estos autores encontraron que los individuos suicidas parecen poseer un estilo cognoscitivo que es diferente a los individuos normales y de aquellos que presentan perturbaciones emocionales (no suicidas). Son estas características cognoscitivas, las cuales a través de su estudio y su interacción con otros factores, los que podrían influir y determinar un acto, cuando los sujetos se encuentran en una conflictiva interna entre el deseo de morir y el deseo de vivir.

Son Shneidman y Stengel (1964) quienes mencionan que - existe una ambivalencia interna fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir, conflicto que se presenta antes del acto suicida, y que podría considerarse entonces como parte del ámbito cognitivo del sujeto, esto es, su ideación suicida, sus pensamientos que incrementan el deseo de muerte y por lo tanto la intensidad de la idea de suicidio que aunque quizás no determine el acto suicida, sí predomina, domina y subsiste.

Una aproximación basada en los procesos cognoscitivos y orientada al estudio de los fenómenos psicosociales, tendrá como fundamento el que los problemas de los individuos son derivados de ciertas distorsiones de la realidad, basadas - éstas, en premisas y afirmaciones erróneas, lo cual al considerar este punto de vista cambia la perspectiva de sí mismo como la de los problemas. Dos elementos con los que podríamos tratar los fenómenos psicosociales son: La Distorsión de la Realidad, entendida ésta como pensamiento, ideas y creencias; y otro elemento son los Desórdenes Emocionales, elementos que definitivamente se encuentran en el complejo de características cognoscitivas del ser humano y que deben ser tomadas en cuenta en el estudio de los comportamientos suicidas. No podemos negar la influencia que ejercen los - pensamientos y las imágenes sobre la actividad humana.

El pensamiento y la emoción no son dos procesos que se constituyen por separado sino que están significativamente interrelacionados uno con el otro. Nosotros tendemos a crear la mayoría de nuestros sentimientos por medio de nuestro - pensamiento y también causamos algunos de nuestros pensamientos con nuestras emociones (Ellis, 1979).

Consideramos que el acto suicida (intento de suicidio) es una manifestación de un comportamiento auto-agresivo cuyos orígenes o inicios no sólo se encuentran en las características generales y externas del sujeto sino que mucho de la seriedad del acto, como del evento mismo, están dentro del sujeto, al considerar sus características cognoscitivas como el pensamiento o creencia que el individuo tiene sobre los eventos externos, como de sí mismo.

Aunque se ha cuestionado mucho la científicidad de los eventos cognoscitivos, por ser inobservables, incontrolables, vagos e inconcretos o difíciles de definir (Mahoney, 1978), existen actualmente otras opiniones en las que se ha concluido que estas afirmaciones son prematuras e injustificables, ya que un pensamiento no es algo "inobservable", pues su naturaleza y existencia son percibidos al menos por uno mismo (Homme 1965); Mahoney y Thorensen (1974); Bandura (1969), Bower (1970), Kanfer y Phillips (1970) Staats (1972), han presentado pruebas sumamente convincentes de lo que los procesos encubiertos no son sólo útiles sino esenciales para comprender el complejo del comportamiento humano.

En términos de las repercusiones que estos procesos internos o características cognoscitivas sobre la actividad humana y las conductas encubiertas pueden suplir, tenemos las siguientes funciones: pueden actuar como antecedentes que sirvan de clave o desencadenantes para que se produzcan otras respuestas (deseo de morir). Los acontecimientos de carácter privado pueden representar también por sí mismos conductas a modificar debido a su importante papel para el ajuste o para su adaptación (ej; idea de muerte); finalmente, los acontecimientos encubiertos pueden funcionar como

consecuencia de otras acciones (ej; reflexiones auto-críticas).

En cualquier forma en la que influyan las características cognoscitivas y los estados emocionales, su resultante de esto vendría a influir en si se comete o no el acto y/o decidir sobre la seriedad del mismo.

Shneidman (1960) haciendo hincapié en las características de pensamiento de los sujetos suicidas, en comparación con los no suicidas, sostiene que el sujeto neuróticamente suicida presenta distorsión de sus pensamientos y que la presencia de tales distorsiones de pensamiento incrementan la probabilidad de que se presente un acto suicida, y que uno de los tipos de distorsión de pensamiento era la tendencia a pensar en términos de valores dicotomos absolutos - (ej; bueno-malo; correcto-incorrecto; bonito-feo).

Estas implicaciones de los procesos cognoscitivos como factores de riesgo en sujetos suicidas parecen ser atractivamente válidas ya que existe evidencia de que muchos de los comportamientos son consecuencia de perturbaciones emocionales y éstas a su vez están influenciadas por los procesos cognoscitivos entendidos éstos como distorsiones del pensamiento y percepción al enfrentarse a la realidad (Beck 1976; Meinchbaum 1977; Mahoney 1978). Brollman (1971) considera que los síntomas emocionales proporcionan claves importantes en el riesgo suicida.

La conducta suicida ha sido relacionada con las características cognoscitivas a través de evidencia empírica. Neuringer (1964) encontró que los sujetos que intentan el suicidio tienen una mayor rigidez cognoscitiva que los grupos de sujetos hospitalizados y no suicidas psicósomáticos. Es ge-

neralmente creído que la rigidez, entendida como una característica particular cognoscitiva, es el resultado de una dificultad en desarrollar alternativas de solución a sus problemas emocionales; incluso existen evidencias obtenidas por Levenson y Neuringer (1971), quienes encontraron que los adolescentes tienen mayor dificultad en tareas de solución de problemas que los grupos de pacientes psiquiátricos.

Existen argumentos en los que se asume que existe una similitud entre intentadores y sujetos con ideas suicidas (rumiantes), la literatura no es clara para validar esta afirmación, y en particular Farberow (1959), Stengel y Cook (1958) han mostrado que los sujetos involucrados con un acto suicida (no cometido aún) no son similares a los intentadores o a los rumiantes.

De todo lo anterior consideraremos importante postular de que el sujeto suicida presenta una distorsión perceptual al enfrentarse a problemas de su vida, distorsión que desencadena una serie de justificaciones recepcionales y creencias para el sujeto, la cual le permite establecer y maximizar dicha distorsión del mundo externo justificada de una forma irracional que en consecuencia le restringe el vislumbrar alternativas para la solución de su problemática quedando su existencia oscilante en los extremos del continuo vida-muerte (disonancia cognoscitiva). Dicha irracionalidad desencadena en sentimientos y emociones negativas de angustia y depresión que aunados a su percepción distorsionada llevan al sujeto a la toma de decisiones sobre su existencia, y por lo tanto a cometer un acto suicida.

De aquí la importancia de conocer el tipo de pensamiento, la frecuencia de ocurrencia de los pensamientos irracionales

suicidas y la relación de éstos con las perturbaciones emocionales, que creemos predomina en todo sujeto y que subyace a la ambivalencia de deseo de muerte y deseo de vida, que todo sujeto presenta momentos antes del suicidio y que se convierten en objeto de estudio dentro de tópicos de suicidio, el conocer el grado de relación e influencia de éstos, así como el considerarlos como factores de riesgo en el proceso que lleva al individuo a decidir y cometer el suicidio como el intento de suicidio nos permitiría una explicación.

Consideramos que en la medida en que abordemos y estudiemos los factores internos (cognoscitivos) que presenta el sujeto con intento de suicidio, llegaremos a comprender un aspecto más de la conducta humana auto-agresiva y por lo tanto tendremos los elementos mínimos necesarios para abordar esta problemática permitiéndonos así generar programas preventivos, de detección e incluso de implementación de programas terapéuticos en la que se incluyan procesos cognoscitivos dirigidos a sujetos con esta problemática, y que traería como consecuencia de esto, poder reducir su nivel de incidencia que en un tiempo no muy lejano podría ser inminentemente un problema de salud grave en nuestra sociedad./

CAPITULO I.- Aproximación cognoscitiva  
al estudio del suicidio y del  
intento de suicidio

## A) ASPECTOS GENERALES

Las conductas auto-destructivas como el suicidio y el intento de suicidio, son dos fenómenos multifactoriales que han generado mucha preocupación por parte de los profesionales dedicados al estudio del comportamiento humano. Preocupación generada a partir de la mínima investigación que se ha desarrollado sobre este fenómeno en nuestra sociedad y también porque no se tiene una explicación teórica ni dinámica totalmente aceptada, que nos permita comprender de una manera más amplia el por qué del acto, su proceso y la dinámica de dicho comportamiento.

Investigaciones sobre los factores que están relacionados con la conducta suicida han incluido variables como el sexo, -- edad, nivel educativo, motivos, método, diagnóstico clínico, factores sociales y factores psicológicos; todo esto ha llevado a determinar que existen diferencias en las diversas manifestaciones del comportamiento suicida, pero que únicamente han descrito al fenómeno como tal. Sin embargo, se cree que como fenómeno multifactorial, el suicidio, no solamente debe ser descrito sino también explicado, considerando que la conducta auto-destructiva va más allá de los factores medio ambientales o de las características orgánicas del individuo. No puede suponerse necesariamente que los factores individuales y situacionales, como concomitantes del acto suicida, tengan un significado causal, o si lo tienen, éste será, si acaso, de tipo indirecto.

La mayoría de los investigadores está de acuerdo en que la decisión final de un individuo para poner fin a su vida, probablemente está influida tanto por su estado psicológico como por la situación en que se encuentra. Se establece, por lo tanto, una dirección bidireccional, sin importar cuál se produjo primero (Morgan, 1983). Lo anterior permite iniciar una búsqueda hacia las explicaciones, no sólo a partir de factores externos, sino de factores o elementos internos, que si no están a la luz del ojo

humano, sí forman parte del complejo denominado "hombre", que de hecho es el que comporta tal fenómeno.

Green (1981) menciona que el hombre no sólo registra pasivamente al mundo como realmente es, sino que también filtra, transforma y construye las experiencias que constituyen su realidad, permitiendo así colocar de una manera predominante los mecanismos psicológicos como factores precipitantes dentro de la dimensión motivacional.

Es ampliamente sabido que la conducta humana generalmente presenta múltiples motivaciones, de las cuales, no todas son obvias y algunas veces llegan a ser antagónicas entre sí. De hecho, una de las razones por las que las relaciones del ser humano son complejas y confusas es porque la mayoría de la gente ama y odia, quiere morir y vivir, matar y conservar la vida al mismo tiempo. Sólo rara vez, la conducta humana es gobernada por una sola tendencia.

Stengel (1960) dice que en los sujetos suicidas las motivaciones son complejas y ambiguas ya que las personas suicidas quieren tanto morir como vivir a la vez. Por lo que no se puede dudar de que el deseo de auto-destrucción y/o morir, que es el efecto fatal para la minoría, y el efecto frustrado para la mayoría que comete el acto, está dentro de esta gama compleja de motivaciones.

El abordar las motivaciones subyacentes al acto suicida no es tarea fácil, implica una ardua tarea de estudio e investigación ya que los factores intrínsecos que intervienen en la génesis, presencia, mantenimiento y consumación del acto suicida pueden ser múltiples.

Debido a esta misma complejidad se cree que los individuos no necesariamente están o son siempre conscientes de la situación

y de todas y cada una de las razones que lo han conducido a cometer el acto. La mayoría de los actos suicidas, o intentos de suicidio presentan diversas alternativas conscientes, que pueden ser ampliamente predecibles, de aquí que se considere que no es totalmente correcto el decir que el único efecto o consecuencia de los actos suicidas sea la muerte.

En un estudio llevado a cabo en Bristol (Morgan, Pocock y Pottle, 1975) se logró advertir que sólo una minoría de los sujetos estudiados parecía haber tenido esperanzas conscientes de morir o realmente el deseo o impulso de morir. De 368 pacientes estudiados entre 1972 y 1973, bastante más de la mitad (60%) dieron aviso a otras personas antes o poco después del suceso y sólo el 27% trató de que no se descubriera lo que había hecho. Esto indica que sólo una minoría tiene ideas conscientes de muerte al cometer un daño deliberado hacia sí mismo. Morgan, et al (1975) descubren que aunque una proporción considerable después creía que en aquel momento había deseado morir (46% de los hombres y 34% de las mujeres) al día siguiente o al poco tiempo, una proporción mucho más reducida lamentaba no haber muerto (17% de los hombres y 10% de las mujeres). Sólo un poco más de la cuarta parte de la población incluyendo los dos sexos tenían esperanzas de morir. En menos del 10%, fue evidente que se tuvo la seria intención de quitarse la vida, esto es, haciendo testamento o intentando activamente evitar que los descubrieran. Un 14% le advirtió a alguien más antes del suceso y un 44% después.

Nuevamente se confirma que aún cuando una pequeña población probablemente se toma como parasuicidas, la mayoría no consideraba seriamente la idea de quitarse la vida y si lo hicieron cambiaron de idea poco tiempo después del suceso. Esto parece indicar que su actuación fue más bien impulsiva, llevando a los sujetos posteriormente a una negación de la circunstancia.

Por otro lado, también se podría pensar que si los individuos

son conscientes, entonces existirá la alternativa de que no se quieren descubrir. A pesar de la confirmación o negación, por parte de los sujetos, se sabe que la fuente veraz de información está reforzada por el acto suicida en sí, esto informa que algo sucede y de que el individuo necesita y pide ayuda, y no por la información que nos aporta la negación del acto por parte del sujeto.

Shneidman (1964) y Stengel (1964) han argüido que las personas suicidas experimentan un debate interno, una lucha entre el "Deseo de Morir" y el "Deseo de Vivir". El acto suicida, por lo tanto, es visto como el resultado de una lucha interna entre dos deseos o fuerzas, más que como consecuencia de una motivación unidireccional.

En un estudio desarrollado por Kovack y Beck (1977) se encontró que en el momento del intento de suicidio un gran número de pacientes reportaron haber experimentado una lucha interna frente al vivir y al morir. Se encontró que un 50% de una población de 53 sujetos con intento, reportaron ambivalencia ante esta circunstancia. En el mismo estudio, se identificaron también dos grupos, uno de ellos integrado por 43 sujetos que reportaron una ausencia total de deseo de vivir aunado a un cierto grado de deseo de morir. El segundo grupo, integrado por 10 sujetos, reportaron no haber deseado morir y sí querer vivir. En un estudio más reciente, Heman (1984) al estudiar 70 sujetos con intento de suicidio, encontró que un 24.1% de los sujetos presentaron un intenso deseo de morir y el resto (75.9%) oscilaron en diversos grados de ambivalencia. Se concluye con estos datos que en mayor o menor grado se presentó un conflicto de ambivalencia antes del acto, suicida, pero jamás se presentó la ausencia ante tal conflicto.

Es a partir de esta ambivalencia entre dos fuerzas opuestas que la problemática suicida se considera digna de abordarse dentro del ámbito motivacional. Puesto que se podría llegar a determinar y a conocer algo del mundo interno del sujeto y el efecto que den

tro de él tienen los factores psicosociales externos y la influencia de esta relación con la conducta observable.

El problema consiste en poder situar dentro de un marco referencial empírico y metodológico esta ambivalencia que se presenta antes del acto suicida. Al lograr esto se permitirá hablar sobre los elementos y procesos intrínsecos del individuo sin tener que retomar una posición inferencial, no susceptible de investigación empírica y que condujera a una posición introspeccionista, con concepciones mentalistas y/o fantásticas.

Puesto que el interés recae en el hecho de conocer el mundo interno de los parasuicidas, entonces, se partirá de la inferencia de que el acto suicida se ve influenciado por factores intrínsecos con cargas motivacionales que al interactuar en algún momento dado con factores psicológicos y sociales dan como resultado el encuentro fatal. Dichos factores intrínsecos del sujeto, no observables directamente, pero que como constructos hipotéticos le subyacen e influyen al interior de cualquier comportamiento y que son los que darán el material esencial de estudio.

Mahoney (1974, 1976) y Meichenbaum (1977) mencionan que los eventos privados no son totalmente inobservables, si tomamos en consideración de que pueden ser analizados y escudriñados por la persona misma.

Dentro del marco de la Psicología Experimental e incluso dentro del aspecto clínico de las terapias cognoscitivas-conductuales, dichos factores o elementos internos han sido objeto de estudio e investigación, denominándoles dentro de su campo como: *Procesos o Mecanismos Cognoscitivos*, entendidos estos como mecanismos por medio de los cuales la gente percibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente. (Bourne, Ekstrand, Dominowsky, 1971; Mayer, 1978).

Una aproximación prometedora al entendimiento y tratamiento de cualquier comportamiento del ser humano, sería aquella que se situara bajo un marco de trabajo clínico-experimental apoyado por contrastaciones empíricas y conceptuales. Lo anterior permitiría una relación entre ellas que daría la pauta para ofrecer explicaciones tanto teóricas como dinámicas del proceso subyacente al fenómeno bajo investigación.

#### 1) Deseo de Morir - Deseo de Vivir vs. Disonancia Cognoscitiva

Si se plantea que la nombrada ambivalencia que presentan los suicidas antes del acto es considerada por la psicología dinámica dentro del mismo campo de estudio de la Psicología Experimental, se podría plantear que es dentro de los mecanismos cognoscitivos del individuo en donde situando a la ambivalencia del deseo de morir y el deseo de vivir sería conducente estudiar la conflictiva interna entre deseos. Dado este caso, se podrían eliminar términos subjetivos, convirtiendo así, esta conflictiva en una conflictiva cognoscitiva, denominada *Disonancia*, que dentro del lenguaje o terminología propia del área puede dar como resultado una conducta motivada que lleva a una toma de decisiones con cargas negativas o positivas.

El término Disonancia Cognoscitiva fue propuesto por Festinger "si una persona tiene dos cogniciones que son inconstantes una respecto a la otra, la persona experimentará la presión de un estado motivacional aversivo llamado Disonancia Cognoscitiva, presión que el afectado buscará eliminar alterando una de la dos cogniciones disonantes..." (1975). Así, para Festinger, es la motivación forzada, proveída por el impulso hacia la consonancia, o reducción de la disonancia, que las actitudes de los sujetos de baja compensación cambian (Bem, 1967). En el caso del suicidio, por lo tanto, la decisión del sujeto puede orientarse a la de un acto auto-agresivo, muy similar a la posición dinámica en que el deseo de morir llega a predominar y su comportamiento se dirige

al suicidio.

Si se considera a la Disonancia Cognoscitiva como a una dicotomía paralela y semejante a la ambivalencia del deseo de morir y el deseo de vivir dentro de la motivación en la conducta suicida, se establece entonces que es a nivel de las cogniciones donde podría iniciarse la gestación de las fuerzas motivacionales que darán pauta a una tendencia suicida y posteriormente al comportamiento (observable) del acto. De esta manera se estaría planteando un puente en la tríada de conceptos que en psicología sigue generando polémica con respecto a su relación: *Acción - Motivación - Cognición*. De hecho, se ha intentado establecer este puente considerando a la motivación ya no como "fuerzas internas" que empujen la conducta del organismo al exterior, sin la intervención de estímulos externos, sino que los organismos buscan activamente, al menos en ocasiones, aumentos de estimulación. Así, las percepciones y evaluaciones del individuo acerca de las situaciones de naturaleza cognoscitiva, pueden alterar significativamente el funcionamiento de las variables motivacionales respecto a lo que se realiza (Cofler, 1979).

A pesar de que la Acción, Motivación y Cognición son conceptos provenientes de diferentes enfoques psicológicos, su relación e integración en ciertos comportamientos psico-sociales, como el suicidio, son plenamente detectables y necesarios. El tratar de encontrar estos elementos en el comportamiento suicida así como su interrelación vendría a aportar suficiente información no sólo para el fenómeno en sí, sino para el aspecto teórico de la relación triádica: Acción - Motivación - Cognición.

Kuhl (1984) es uno de los autores que han propuesto una relación en esta tríada. Menciona que es a través del procesamiento de información que se permite la conformación de "esquemas de conocimiento" y de "unidades de información" sobre las características de hechos, acciones u objetos externos debido a que tienen

un caracter motivacional. Dichos esquemas, que se encuentran almacenados en la memoria a largo plazo, son mediatizados por estructuras predominantemente cognoscitivas tales como: deseos, normas, expectativas, valores, intenciones, creencias e ideas, que sólo en circunstancias específicas dan lugar al comportamiento intencional y motivado.

Una de estas estructuras o componentes cognoscitivos que se considera importante y fundamental para explicar la presencia de una tentativa de modelo estructural de explicación para la conducta suicida son las Creencias y/o Ideas. Entendidas como "esquemas de información" que los individuos conforman y que en un momento dado pueden funcionar con base en el contenido de su información como posibles agentes motivacionales, dando lugar a la presencia de un comportamiento.

Fishbein y Ajzen (1975) basan su teoría de la Acción Razonada en función de que los humanos hacen uso sistemático de la información disponible, cuando se tiene que decidir si se realiza o no, un determinado comportamiento de relevancia social. Esto conduce a considerar al hombre no como agente pasivo, sino como a un procesador de información. Postura entendida dentro de un marco cognoscitivista en la que el interés es el de explicar cómo los organismos conocen y adquieren conocimiento del mundo y cómo utilizan este conocimiento como guía para tomar decisiones para la ejecución de acciones (Bower, 1975). Es, por lo tanto, dentro de un marco cognoscitivista que las creencias juegan un papel importante, ya que forman parte de esquemas cognoscitivos, los cuales, según Bem (1967) son subconjuntos interrelacionados que dan paso a las actitudes. Las investigaciones conducidas por Bem han sugerido que las afirmaciones actitudinales surgen de las observaciones de la propia conducta del individuo, así como de las variables-estímulo acompañantes. Por lo que entendidas de esta forma, sus afirmaciones (creencias, opiniones) son "funcionalmente" similares a aquellas que cualquier observador externo puede rea-

lizar acerca de este individuo. Esto es apoyado por Fishbein (1967), quien menciona que las actitudes y las normas subjetivas están en función de las creencias subyacentes y determinan a fin de cuentas las intenciones y las acciones de las personas.

Es por esto, que al ser detectadas las instancias de las -- creencias que conforman los esquemas, podrían ser indagadas con el propio individuo para conocer la representación que tiene de su medio. Por representación se entiende la forma y el contenido que en aquellos individuos construyen una actitud tanto hacia el objeto como hacia la conducta, sin importar la presencia o ausencia del estímulo.

Al hablar de creencias, Fishbein y Ajzen (1980) plantean la diferencia entre las creencias conductuales y creencias normativas.

Las creencias conductuales consisten, según estos autores, en la probabilidad subjetiva que se asigna a la asociación entre una determinada acción y las consecuencias al efectuar dicha acción o comportamiento. Como corolario a esta suposición, se desprende que la fuerza de una creencia conductual estará dada por la probabilidad de ocurrencia que la persona otorgue a tal relación.

Por otro lado, la creencia normativa, se constituye como prescripción social dirigida a la conducta del individuo, en este caso sería la tendencia a señalar lo que debería o no hacer un individuo.

Así se tiene que la representación que el hombre hace de su medio le lleva a conformar un sistema de creencia, permitiendo un modelo del mundo en donde existen una serie de eventos y factores constantes que están ordenados dentro de un todo. Los esquemas cognocitivos dan cabida a una actitud que con el paso del tiempo se va afinando, permitiendo formas de adaptabilidad y de interacción con el medio ambiente. Es entonces a partir de las

creencias del hombre tomadas como sistemas de información que permiten la formación de una actitud en donde se percibe este modelo, permitiendo una organización e interpretación de los elementos o eventos incluidos en dichas creencias.

La información contenida en las creencias de un individuo, mantiene una organización, la cual es dada por medio de interrelaciones entre los "bits" de información que son almacenados. No obstante, esta organización puede ser alterada en función del significado (rasgos semánticos) que definitivamente influyen en la articulación de dicha información. La evaluación placentera o no placentera que se hace de un estímulo, evento o fenómeno depende básicamente de los sentimientos positivos o negativos que se provoquen. La fuerza de estos sentimientos determinará qué tan positivo o negativo se expresarán las evaluaciones respectivas. Esta información manejada por los individuos, aunada a la interacción de estos con otras personas y con el ambiente, va dando lugar a la creación de un modelo de reglas, expectativas, intenciones o tipos de pensamiento que engloban a las creencias y que van a guiar su comportamiento.

Considerando lo mencionado anteriormente, se puede entonces postular que el ser humano es un agente, que a través de sus sentidos almacena y selecciona una gran cantidad de información, la cual, ya procesada llega a formar "esquemas cognocitivos", que al interactuar consigo mismo dan como resultado las creencias o sistemas que le subyacen a una predisposición para conducirse de una manera u otra, generando así una actitud que sería la responsable directa de una intención y posteriormente de un comportamiento.

Basándose en lo anterior, es necesario llevar este planteamiento para el análisis y detección de cómo los factores cognocitivos, motivacionales y de acción se interrelacionan para dar paso a la conducta suicida. Para poder llevar a cabo tal empresa, es necesario partir de un marco referencial, el cual cubra o con-

sidere dentro de sus postulados la importancia de los procesos internos y/o cognoscitivos y a los cuales le atribuya una alta carga en la explicación de las motivaciones y de la conducta del ser humano, así como también un marco referencial en que las creencias o el estudio de las mismas sea parte fundamental del entendimiento de un comportamiento.

Para cubrir dichos marcos referenciales, se eligieron dos modelos teóricos dentro de las terapias cognoscitivistas que forman parte de la aproximación denominada Cognitivo-Conductual. La primera aproximación considerada es la desarrollada por Aaron T. Beck, y la segunda fue planteada por Albert Ellis, estos dos modelos permitirán desarrollar un panorama general aunque al mismo integran hacia tentativas de explicación de la conducta suicida.

El presente trabajo no pretende hacer una descripción exhaustiva de cada uno de estos modelos puesto que sería objeto de otro estudio, se retomarán sólo algunos aspectos específicos que nos interesan y que podrían relacionarse con el objetivo propuesto para esta investigación. En el modelo de Beck, el interés está centrado en la forma como se adquieren los desórdenes emocionales, específicamente la depresión, desorden emocional, que como ya se ha visto al hablar de factores clínicos asociados a la conducta suicida, es una de las variables que más se ha relacionado con este comportamiento.

De la terapia Racional-Emotiva de Ellis, el interés recae específicamente en la parte de las creencias o pensamiento irracional y en su contenido que permita explicar el origen y desarrollo de la idea suicida.

De hecho, las dos teorías o enfoques son muy parecidos ya que presentan principios y procedimientos muy similares. Beck desarrolla su enfoque básicamente hacia los desórdenes emocionales y específicamente en función de actitudes negativas. La aproximación

en el enfoque de Ellis no se centra en la depresión como problema principal, sin embargo, la especificidad recae en el estudio de las creencias y en sus posibles modificaciones. Parecería ser que aunque se encuentran muchos elementos en común, la diferencia estriba precisamente en la conceptualización teórica propuesta por cada autor más que en los objetivos terapéuticos que persiguen.

Será a partir del marco teórico y referencial de estas dos teorías que se permita abordar la conducta suicida, al tratar de explicarla considerando la dinámica Acción - Motivación - Cognición, la influencia de la depresión y la aparición del pensamiento irracional en el fenómeno del suicidio y del intento de suicidio.

Es conveniente aclarar que el interés dentro de la investigación al considerar la tríada mencionada es porque se cree que la direccionalidad forma parte esencial del objeto de estudio: el intento de suicidio. Tomando a sujetos que han cometido uno o más intentos (acción) se partirá para hacer un estudio retrospectivo de los elementos motivacionales que llevaron al sujeto a tal acto y a partir de estos elementos llegar a determinar los esquemas cognitivos en cuyo caso las creencias juegan un papel importante.

A continuación se describirán brevemente las dos aproximaciones teóricas para después dar paso a la explicación acerca de la dinámica cognitivo-conductual de la tendencia suicidógena.

## 2) Adquisición de los Desórdenes Emocionales (Aaron T. Beck, 1976).

Es sabida la capacidad de adaptación del hombre para captar, discriminar, integrar y codificar una gran cantidad de eventos y reacciones; es igualmente sabido que la capacidad de discriminación entre muchos estímulos y eventos es propia del hombre y que es a través de esta capacidad que no se responde de la misma for-

ma a ellos, ni a todos ellos. Esta selectividad puede ser influenciada tanto por la experiencia previa, como por el significado que se le atribuye al evento, esto es, la interpretación cognoscitiva que el sujeto hace del evento. Para poder entender este significado e interpretación es necesario hacer una distinción entre dos tipos de significado:

1. Significado Público (Denotativo), que se refiere al significado formal y objetivo de la definición de un evento.

2. Significado Privado (Connotativo), que se refiere al significado personal, que generalmente es "no realista" debido a que la persona no tiene la oportunidad de comprobar la autenticidad, lo cual puede llevarlo a una interpretación errónea del evento (Beck, 1976; Green, 1981; Mayer, 1978).

Una persona que adjudica un significado irreal o inapropiado a un evento, probablemente experimente una respuesta emocional inapropiada o excesiva. De aquí que Beck (1963) postule su tesis de que:

1. El modelo cognoscitivo de las emociones se deriva inicialmente de reportes de observaciones introspectivas del pensamiento y de sentimientos.
2. La relación entre pensamiento y sentimiento es determinante.
3. Las generalizaciones son hechas con base en un determinado tipo de pensamientos (significado) y conducirán a un determinado tipo de emociones.

El modelo cognoscitivo de la depresión surge de observaciones clínicas y pruebas experimentales (Beck, 1983, 1984, 1967) permitiendo un desarrollo progresivo de un modelo y de una psicoterapia adecuadas al problema. El modelo cognoscitivo postuló tres conceptos específicos para la explicación del substrato psicológico

de la depresión: la tríada cognoscitiva, los esquemas y los errores cognoscitivos.

1. La Tríada Cognoscitiva. Consiste en tres grandes patrones cognoscitivos que inducen al sujeto a relacionarse con sí mismo, con su futuro y con sus experiencias de una manera idiosincrática:

a) Una consideración negativa de sí mismo. El individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil y a atribuir sus experiencias desagradables a algún defecto suyo físico, mental o moral. Más aún, se considera como indeseable y despreciable a causa de su supuesto defecto y tiende a rechazarse a sí mismo (y a creer que los demás lo rechazan).

b) Una consideración negativa del mundo. Sus interrelaciones con el ambiente son interpretadas como representación de una derrota, una privación o un menosprecio. Considera que interfieren con el logro de los objetivos de su vida.

c) Una consideración negativa del futuro. El individuo ve el futuro desde una perspectiva negativa y le da vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que se le amontonarán otros mucho peores.

2. Esquemas cognoscitivos. Un segundo elemento en el modelo cognoscitivo, consiste en el concepto de "Esquemas", concepto usado para explicar por qué un sujeto deprimido mantiene sus actitudes negativas a pesar de la existencia de evidencia objetiva dada por factores asimismo positivos en su vida. Los conceptos reales o irreales de un individuo provienen de sus experiencias, de sus actitudes y opiniones que otros le han comunicado y de su identificación con los modelos de su rol social. Una vez que se ha formado un concepto concreto (irreal), él puede influir en los juicios posteriores, y por tanto se afianza con mayor firmeza en esa actitud.

Cada vez que el sujeto se enfrente a una problemática, puede tener una tendencia negativa a juzgarse. Cada juicio negativo sin tener en cuenta los criterios objetivos ni la realidad, tiende a reforzar el concepto negativo que tiene de sí mismo. Así se establece un círculo: cada juicio negativo refuerza el concepto negativo de sí mismo que a su vez facilita una interpretación negativa de las experiencias posteriores. Esto llega a convertirse en una estructura, dando forma permanente a la organización cognoscitiva.

3. Errores cognoscitivos. Se refiere a los procesos de información falaz que permiten mantener las creencias negativas de los sujetos a pesar de la evidencia contradictoria:

a) Inferencia Arbitraria. Será el proceso de llegar a una conclusión cuando no hay evidencia o ésta es contraria a la conclusión. Este tipo de pensamiento perturbado normalmente toma la forma de personalización. Ejemplo: una persona deprimida que ve fruncir el ceño a otra que cruzó por su camino y piensa que lo ha hecho deliberadamente para no verlo.

b) Abstracción Selectiva. Consiste en enfocar la atención sobre un detalle tomado del contexto ignorando otras características más sobresalientes de la situación y conceptualizando la totalidad de experiencias sobre la base de este fragmento.

c) Generalización Excesiva. Proceso de hacer una generalización injustificada sobre la base de un único incidente. Ejemplo: "... nunca tendré éxito en nada...", cuando sólo se ha tenido un fracaso aislado.

d) Amplificación. La propensión a exagerar el significado o la importancia de un hecho en particular.

e) Personalización. Se refiere a la proclividad del sujeto a relacionar eventos externos consigo mismo cuando no hay bases para establecer tal conexión.

f) Pensamiento Absolutista-Dicótomos. Se manifiesta por la ten-

dencia a colocar todas las experiencias en una de dos categorías. El sujeto se describe a sí mismo seleccionando de dos categorizaciones extremas (Zermeño, 1982).

De esta manera, este modelo explica la presencia y la adquisición de emociones inapropiadas, dando como consecuencia un "Desorden Emocional", entendido como una reacción emocional con un gran contenido de significado inapropiado que llega a un punto o nivel en el cual este estado es indeseable y no placentero. Estos desórdenes frecuentemente asumen ciertas características y una determinada forma que los lleva a una fijación o a situarse dentro de una categoría reconocida usualmente como depresión, ansiedad o paranoia (Beck, 1976).

Este modelo cognoscitivo ofrece la hipótesis de cuál sería el elemento o contenido del esquema cognoscitivo del sujeto que permite una predisposición a la depresión. El modelo propone que las experiencias primarias del sujeto proveen las bases para formar conceptos negativos acerca de sí mismo, del futuro y del mundo exterior. Estos son conceptos negativos (esquemas) que están latentes, pero que pueden ser activados por circunstancias específicas que sean análogas a experiencias inicialmente responsables en establecer actitudes negativas. Así, casos en los que se presentan divorcios o desintegración familiar pueden ser situaciones que pueden activar el concepto de una "Pérdida Irreversible" asociada con la muerte del padre o madre de un individuo. Alternativamente la depresión también puede dispararse por una anomalía física o una enfermedad que active las creencias latentes de una persona y que pueden estar destinadas para una vida de sufrimiento (Beck, Rush, Emery, 1979).

Así tenemos que la depresión parece ser desencadenada por el contenido propio de las creencias establecidas en un esquema cognoscitivo que se centra sobre una "pérdida significativa". El sujeto percibe que ha "perdido" algo que consideraba esencial para su

felicidad o tranquilidad. Anticipa resultados negativos de cualquier empresa o comportamiento y se percibe como un sujeto diferente que no tiene los atributos necesarios para conseguir logros importantes (Beck, 1976).

Una pérdida irreversible y la expectación negativa, personal y futura viene a ser entonces el facilitador o precipitador de la depresión en la que el individuo experimenta cada uno de los síntomas variados: tristeza, desacuerdo, apatía, síntomas que por la intensidad y frecuencia de su presencia llevan al sujeto a una situación no placentera o de encontrarse ante un problema sin una posible solución, reduciéndose así cualquier posible motivación conductual positiva que pudiera estar presente.

Al considerar el concepto de pérdida, el investigador debe ser sensible ante la importancia crucial que ésta juega en el sujeto. El sujeto se identifica a sí mismo con la pérdida, se siente un ser inferior incapaz de hacerse responsable y lograr sus metas, es un fracaso o se siente como un ser fracasado. Al hablar de pérdida, hay que considerar también los significados connotativos, lo que representa una pérdida dolorosa para una persona puede ser muy trivial para otra, área donde se puede detectar tanto las diferencias individuales de los significados que se dan a la pérdida, como la idiosincrasia de las reglas en las que se basa la interpretación de un evento. Estas pérdidas en los depresivos generalmente resultan ser pseudo-pérdidas o pérdidas hipotéticas.

Se cree que a partir de la percepción irreal o percibida inapropiadamente o negativamente por el sujeto de un evento externo, éste adquiere información que procesa creando creencias negativas o modificando esquemas cognoscitivos más complejos. La alta carga negativa con la que se permite una interpretación, se sustenta en ausencia irreversible de un evento, por ejemplo, la pérdida de una persona altamente significativa para el sujeto y que viene a producir un tipo de depresión que se cree está íntimamente relacionada

con conductas auto-destructivas llevándolo al suicidio. Slater y Depue (1981) mencionan que cuando la incidencia del suicidio es examinada, los pacientes con desórdenes depresivos presentan un más alto riesgo que los pacientes con otras categorías psiquiátricas.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que antes de desencadenar depresión dirigida a una conducta suicida, debido a la presencia de una serie de síntomas asociados con la depresión como lo son: autocrítica, pesimismo, escape, evitación, deseos suicidas, desórdenes fisiológicos, etc., los cuales para entender su aparición es necesario considerar los motivos y el significado que el individuo le ha atribuido, las reglas que subyacen a los esquemas cognoscitivos del individuo y la frecuencia con que se presentan.

Lo anterior lleva a considerar a la depresión como un "evento precipitante" hacia la conducta suicida. La experiencia de pérdida que tiene una alta significancia substancial para el sujeto es la que se podría considerar como precipitante de la depresión, así como la depresión es el evento que permite, haciendo uso de la vulnerabilidad del sujeto, el surgimiento de la idea suicida, factor de riesgo conducente al acto mismo.

### 3) Surgimiento de las Ideas Irracionales

(Albert Ellis, 1977, 1979).

La Terapia Racional Emotiva, (T.R.E.) es una teoría de la personalidad y un método de psicoterapia que permite un acercamiento comprensivo a una explicación psicológica de la complejidad del ser humano. Esta teoría, no sólo trata con aspectos emocionales y conductuales de la personalidad sino que también pone gran énfasis en los componentes del pensamiento, permitiendo establecer cuáles son las creencias (hipótesis) irracionales de la persona sobre sí misma y sobre los demás, para en consecuencia discutir tales hipótesis, en caso de que éstas parezcan producir escasos resultados

emocionales y conductuales.

De la misma manera, la teoría hace hincapié en el análisis cognoscitivo y filosófico de la personalidad, ya que especifica y emplea métodos emotivos y conductuales intensivos, que ayudan a las personas a darse cuenta de sus creencias irracionales y por consiguiente ayudándolas a discutir y desechar tales ideas. De esta manera al manejar elementos cognoscitivos, emocionales y conductuales, la T.R.E. proporciona un análisis multifactorial del comportamiento del ser humano (DiGiuse, Miller, Trexler, 1977).

La T. R. E. fundamenta la explicación de la formación y cambio de personalidad en lo que puede llamarse consecuencias o reacciones emocionales (Punto C) que proceden principalmente de ideas o creencias conscientes e inconscientes (Punto B), las cuales se generan a partir de evaluaciones, interpretaciones y filosofías acerca de lo que ocurre a partir de experiencias activadoras (Punto A). Esto conforma el A B C de la T. R. E. (Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Abrahams, 1980; y Ellis y Whiteley, 1979).

En el presente trabajo es básicamente el Punto B, las ideas o creencias o pensamientos que surgen de una interpretación inadecuada las que nos interesan. Ellis y Grieger (1977) mencionan que todas las irrationalidades humanas parecen existir, bajo una forma u otra en casi todas las personas. Esto lleva a afirmar que en todo el universo no habría nadie que no tuviera algún grado o característica de pensamiento irracional o que en su pensamiento no hay cierto contenido irracional. Ellis (1977) dice: "... entiendo por irrationalidad, cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y auto-destructivas que se interfiere de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo...". Este autor, incluso menciona que estas irrationalidades son aplicables o se presentan no sólo en las personas ignorantes, estúpidas o perturbadas, sino también para las que son muy inteligentes, educadas y casi no están perturbadas.

Es conducente considerar que esta teoría sería aplicable al estudio sobre el suicidio tanto como al intento de suicidio, ya que de hecho y por definición, la conducta suicida es un comportamiento auto-destructivo al que le subyacen este tipo de pensamientos irracionales y que definitivamente enterfieren en el desarrollo y supervivencia del ser humano.

Dentro de la T. R. E. el pensamiento y sobre todo la emoción juegan un papel primordial. Estos dos procesos no se pueden contemplar como separados o diferentes, sino que se encuentran altamente relacionados. El conocimiento representa una operación intermedia entre los estímulos y las respuestas. Lo que llamamos emociones y comportamientos no se originan de las reacciones de la persona a su medio ambiente sino también de sus pensamientos, creencias y actitudes ante su ambiente (Ellis, 1977). Esta hipótesis es central y está apoyada en muchos trabajos de investigación sobre el tema, dentro de los cuales se encuentran los de Bandura, 1964, 1969; Kelly, 1955; Lazarus, 1971; Luria, 1961; Meichenbaum, 1974, 1975; Mischel, 1968, 1976.]

Los estados de ánimo de las personas dependen mucho de lo que crean o de lo que se digan de sí mismos. Cuando se dicen a sí mismas y creen en ideas optimistas, esperanzadoras y alegres, tienden a sentirse felices, jubilosas, contentas o serenas; cuando se dicen y creen en ideas pesimistas, cónicas, desesperanzadas y predicen un futuro sombrío, tienden a sentirse tristes, malhumoradas, desgraciadas y deprimidas (Ellis, 1962, 1973; Ellis y Grieger, 1977).

Las personas siempre al hablar consigo mismas y en la forma de decirselas, afecta muchísimo a sus emociones y a su conducta, y algunas veces las lleva a sentirse perturbadas emocionalmente; autores como Ellis, 1982, 1973; Mohoney, 1974; Meichenbaum, 1974, 1975, han apoyado esta hipótesis.

Comparando las teorías de Ellis y de Beck, se ve que apoyan la hipótesis de que la cognición, la emoción y la conducta se -

hayan interrelacionadas ya que no constituyen entidades separadas, sino que están estrechamente relacionadas y se influyen en gran medida. La cognición influye de modo significativo en la emoción y en la acción, la emoción en la cognición y en la acción, y la acción en la cognición y en la emoción. Cuando las personas cambian una de estas tres modalidades de comportarse, tienden a transformar al mismo tiempo las otras dos (Ellis, 1962, 1973, 1977; Lazarus, 1971; Goldfried y David, 1976).

Retomando el punto principal de este estudio, muchas investigaciones relacionadas al estudio de la personalidad, demuestran experimentalmente que diferentes tipos de personas perturbadas y con funcionamiento defectuoso emplean muchísimo más el pensamiento desordenado e irrea que los grupos menos gravemente perturbados. Las personas especialmente perturbadas tienden a tener varias clases de dificultades cognoscitivas y a pensar irracionalmente o de un modo desordenado en muchas ocasiones, incluso en dificultades de abstracción (Ellis, 1980).

Ellis (1977) intenta dar una explicación del surgimiento de estas ideas, él dice que la gente tiene fuertes tendencias innatas y adquiridas para establecer valores básicos especialmente valores de supervivencia y felicidad y tiende a pensar y a actuar racionalmente (incitando al logro de tales valores) o irracionalmente (saboteando el logro de los valores), (Rogers, 1961; Maslow, 1969). La forma de pensar, sentir emociones y comportarse irracionalmente parece tener intrínsecamente una base de características biológicas. Si se entiende como fundamento biológico que una característica o rasgo tiene orígenes marcadamente innatos (así como adquiridos) en parte brota una fácil y natural predisposición del organismo a comportarse de cierta forma característica. No se quiere decir con esto que esta característica o rasgo tenga una base puramente instintiva, que no puede experimentar ningún cambio, sólo se intenta establecer que, a consecuencia de tal naturaleza genética y congénita, una persona desarrolla fácilmente un rasgo y

ecuentra dificultad en modificarlo o eliminarlo (Ellis, 1973; Ellis y Whiteley, 1979). Claro está que las irracionalidades brotan también de experiencias personales y no aprendidas, (o aprendidas en forma contraria) las cuales inventan de una forma muy creativa aunque locamente.

Otros factores que definitivamente afectan el conocimiento y la predisposición irracional son las influencias culturales, particularmente durante la primera infancia, a través de familiares, por compañeros de clase y maestros. Se sabe que las personas tienen amplias diferencias individuales y que algunos de ellos parecen tener o ser significativamente más influenciados o vulnerables que otros (Garmegy, 1975). Así las enseñanzas medioambientales y el control ejercido por éste proveen una poderosa influencia sobre todas las personas (Ellis y Whiteley, 1979; Ellis y Abrahams 1980; Ellis, 1973), por consecuencia, es a través de este proceso en que se pueden adquirir muchas irracionalidades.

El planteamiento subsecuente surge de la inquietud de saber cuáles son los contenidos de las ideas que conducen a llamarlos irracionales o cuál sería el medio para descubrir estas creencias irracionales. Ellis y Grieger (1977) dicen que cuando se experimentan distintos problemas de orden emocional, puede suponerse que los contenidos de las ideas llevan una carga de irracionalidad y por lo tanto las creencias irracionales toman una o más de las cuatro formas básicas de definición en las que estas creencias parecen relacionarse unas con otras y por lo tanto son claves que ayudan al descubrimiento de la naturaleza.

Las cuatro formas básicas:

1. Se piensa que alguien o algo debería ser necesario o tiene que ser diferente de lo que en realidad es.
2. Algo se encuentra "horrendo", "terrible", "horroroso", cuando es la manera que es.

3. Se piensa que no se puede sufrir, soportar o tolerar a cierta persona o cierta cosa y por eso se concluye que no debería haber sido como es.

4. Se piensa que uno mismo u otra persona han cometido errores horribles o los siguen cometiendo y ya que uno mismo u otras personas no deberían actuar como lo hacen, no sirven para nada bueno en la vida, merecen reprobación y pueden ser legítimamente catalogados como canallas o despreciables.

Otra forma de identificar a las creencias irracionales consiste en suponer que están englobadas en una de las tres principales ideologías de "necesidad perturbadora".

1. Se tiene que actuar bien y ganar la aprobación por la forma de actuar o de lo contrario se es considerado despreciable.

2. Se debe actuar de forma amable, considerada y justa hacia sí mismo o de lo contrario se es un canalla.

3. Las condiciones en que se vive deben seguir siendo buenas y fáciles, para que se pueda conseguir prácticamente todo lo que se quiere sin mucho esfuerzo o incomodidad o de lo contrario el mundo se convierte en despreciable y la vida no merece vivirla.

Esta serie de contenidos o fundamentos básicos en ideas irracionales llevan a un determinado comportamiento. Las personas no sólo tienen la capacidad de pensar ( y generalizar ) sino también de pensar acerca del pensamiento de sus pensamientos (Meinchenbaum, 1975). Casi siempre observan y conocen su conducta y por esta observación y cognición cambian dicha conducta. Siempre que se sienten perturbados emocionalmente (ansiosos, deprimidos u hostiles) tienden a percibir y pensar acerca de su perturbación y por ello se perturban (angustiados por su ansiedad, o deprimidos por su sentimiento de depresión) o disminuyen su perturbación. De ahí que la conciencia incluye procesos cognoscitivos que afectan muchísimo la conducta y el cambio de conducta (Ellis y Grieger, 1977).

Otro aspecto importante de conductata a considerar en las

cogniciones es que las personas no sólo piensan acerca de lo que les ocurre en palabras y frases, sino que también lo hacen en forma no verbal, es decir, con imágenes, fantasías, sueños y otra clase de representación pictórica. Tales imágenes contienen la misma forma de mensajes intermediarios cognitivos que las frases verbales y estos conocimientos influyen poderosamente en las emociones, en los comportamientos, en las perturbaciones emocionales y ayudan a las personas a cambiar sus emociones, sus comportamientos y sus perturbaciones (Ellis, 1977).

En términos de las representaciones que los pensamientos, creencias o ideas y sus interrelaciones tiene sobre la actividad humana, se intentará relacionarlos hacia el objetivo en estudio de este trabajo.

Las ideas irracionales:

\* Pueden actuar como antecedentes (deseo de muerte) que sirve de clave o desencadenante para que se produzca otra respuesta. Ejemplo: idea de muerte o idea de un comportamiento suicida.

\* Pueden representar también por sí mismas ciertas conductas a modificar, debido al importante papel que juegan en el ajuste o adaptación emocional. Ejemplo: creencias auto-destructivas o pensamiento dicotómico: vida-muerte, pensamientos de esperanza-desesperanza.

\* Pueden funcionar como consecuencia de otras acciones. Ejemplo: reflexiones auto-críticas, pensar sobre la posibilidad de un nuevo intento más letal.

Se procederá a explicar el comportamiento suicida, considerando las dos teorías anteriores brevemente reseñadas acerca de la perturbación emocional y acerca de los pensamientos irracionales manteniendo la perspectiva que se considera como un importante continuo: la motivación detrás de la Cognición del ser humano que da pie al surgimiento de Motivaciones que conducen a un sujeto a la Acción (en este caso el suicidio).

## B) ASPECTOS PARTICULARES

### 1.- Dinámica de la tríada Cognición-Motivación-Acción en el Suicidio e Intento de Suicidio.

Nuestra posición para explicar el fenómeno psico-social - del suicidio y del intento de suicidio considera que la conciencia de los individuos contiene elementos que son responsables de sus perturbaciones tanto emocionales como conductuales. Es - el hombre, el que tiene la clave para entender y resolver su perturbación pero dentro del aspecto de su propia conciencia. De aquí que si queremos explicar el fenómeno del intento de suicidio desde un punto de vista psicológico, considerando el mundo interno del ser humano, debemos de considerar una aproximación - basada en los procesos cognoscitivos y que se orienta a la conducta en el estudio de fenómenos psicosociales.

Al abordar el evento desde esta perspectiva, nos ayuda a - tomar el ámbito cognoscitivo del sujeto suicida, como base para una tentativa de explicación sobre la dinámica por la que pasa el sujeto con tendencia suicidógenas y que lo llevan a cometer el acto fatal. Dicha tentativa de explicación gira en torno a - ciertos límites basados en una perturbación emocional y en un pensamiento irracional. Estos límites nos permitirán situar al comportamiento en un continuo, el cual creemos fundamenta todos los comportamientos del ser humano y que va desde la Cognición, pasando por la Motivación, hasta, llegar a la Acción. Wetzel (1977) menciona que hay que considerar al intento como una actitud hacia el acto suicida, que nos permita abordarlo tanto - en sus aspectos comportamentales como en el considerar sus motivaciones intrínsecas prevalescentes en los sujetos para la consumación del acto. Heman (1982) dándole relevancia a las -- cogniciones afirma que el conocimiento de los factores internos

que caracterizan a los sujetos para-suicidas antes y después - del acto, vendrían a aportar valiosa información sobre el proceso que lleva a la perturbación en el hombre y a finalizar con su vida.

Para comenzar esta tentativa de explicación partiremos de la base de que una de las características del ser humano es su "emocionalidad", característica que ningún ser denominado -- "hombre" podría existir sin su presencia. La diversidad de la emocionalidad en el ser humano es amplia y aún más sus manifestaciones que se ha dicho van desde un continuo de emocionalidad positiva a una emocionalidad negativa. Sin dejar de considerar que la etiqueta de positiva o negativa no se refiere específicamente a la experiencia de la emoción, sino a las consecuencias perturbadoras que esta emoción provocan en todas las áreas de nuestra vida. Así, la depresión como parte de la emocionalidad del ser humano la consideramos como signo de normalidad, - mas ésta se podría convertir en una emoción negativa cuando su frecuencia e intensidad de presentación se incrementa, obstruyendo y obstaculizando nuestro desarrollo y capacidad adaptativa como ser humano. Aunado a esto consideramos también de que cualquier sujeto ha presentado desde ciertos síntomas o signos de depresión, hasta un síndrome característico de una crisis - depresiva desencadenadas según Beck (1976, 1979) por eventos - precipitantes desfavorables en las situaciones de su vida y a las cuales ciertas personas son más sensibles que otras, y por tanto tienden a generar juicios irreales sobre los eventos, sobre sí mismo y sobre el futuro. El que un sujeto haya presentado periodos críticos de depresión o alguna sintomatología dentro de categorías psiquiátricas más amplias como la neurosis, lo hace más sensitivo y receptivo a involucrarse en situaciones problemáticas. De hecho un factor de riesgo en el que fre-

cuentemente se asume tener una relación causal con la conducta suicida es la ocurrencia de eventos estresantes de la vida. Hay una gran cantidad de evidencia que sugiere que los eventos medioambientales sirven como un factor significativo en iniciar el desarrollo de episodios depresivos (Depue 1979). Slater y Depue (1981) al estudiar pacientes depresivos con intento de suicidio encontraron una fuerte asociación entre éstos y un incremento en la presencia de eventos independientes de la conducta suicida que se presentaron en los años precedentes al intento y que la densidad de tales eventos puede servir como iniciador directo de un intento.

Bien pero ¿qué pasa específicamente con la depresión en el caso del sujeto suicida? Aquí también existen eventos precipitantes externos, mas lo que hace de esta sintomatología depresiva un factor de riesgo asociado con la conducta suicida es que este evento traumático o precipitante implica la ausencia de un objeto, evento, o persona que es altamente significativo para su vida, llevándolo a una interpretación errónea basada en una pérdida. Interpretación que se generaliza a todas las áreas de su vida desencadenando así, en una perturbación emocional grave: Depresión. (Beck, Rusk, Schaw, Emery 1979).

Brow (1979); Paykel (1979), afirman que eventos que se han asociado con consecuencias negativas a largo plazo para los individuos parece ser o estar más cercanamente relacionado a la presencia de la depresión y particularmente a eventos que incluyen la pérdida o amenaza de pérdida de individuos cercanos al sujeto.

Beck, Kovacs y Weissman (1975), han demostrado que la distorsión cognitiva de desesperanza sobre la presente situación y el futuro de un individuo, es una característica central tan

to de la conducta depresiva como de la conducta suicida (ver Lewinshon y Hoberman 1981). Es a partir de un estado emocional de tipo depresivo, en que surge una interpretación errónea la cual por ser errónea tiende a ser desadaptativa, alterándose - su capacidad perceptual, pero no su capacidad de seguir adquiriendo, procesando y almacenando información del medio ambiente, pero bajo un estado depresivo que lo lleva a ser selectivo en la información que percibe, siendo solamente seleccionada - aquella información con carga negativa, y dando como consecuencia una alteración de su estructura cognoscitiva creencial (Beck 1963, 1964). Los estados de ánimo de las personas dependen en gran parte de lo que creen o de lo que se digan a sí - mismos. Cuando se dicen a sí mismas y creen en ideas optimistas, esperanzadoras y alegres, tienden a sentirse felices, jubilosas, contentas o serenas, cuando se dicen y creen en ideas pesimistas, cínicas, desesperanzadas y predicen un futuro sombrío tienden a sentirse tristes, malhumoradas, desgraciadas y deprimidas. (Ellis 1962, 1973; Ellis y Griegger 1977).

En la medida que va acumulando mayor información de tipo negativo su estructura cognoscitiva se va modificando llegando a tener un mayor contenido, contenido según Ellis, está integrado de ideas irracionales. Dicha estructura sirve como marco de referencia para seguir percibiendo, analizando y evaluando su continuo de vida y experiencia, que como creemos es irreal, ya que por su estado emocional y el contenido de su pensamiento reduce su capacidad de objetividad, llevándolo a un incremento en su perturbación emocional y convirtiéndose ésto en un -- círculo vicioso (Beck 1976), en donde una interpretación distorsionada de la realidad lleva a una mayor intensidad de la crisis depresiva y a su vez a mayor depresión, mayor distorsión -

de la realidad. Braff y Beck (1974) han mostrado que mientras que los sujetos deprimidos presentan una menor y significativa habilidad de abstracción que los normales, se encontró una correlación negativa de  $-0.42$  entre depresivos y su capacidad de abstracción, en donde una mayor depresión se asoció con un decremento o déficit en la capacidad perceptual.

No obstante, como característica de supervivencia, los sujetos bajo este estado cognitivo y emocional desagradable y no placentero tenderán a salir, tratando de modificar su situación. Pero es en tal momento de liberación en que creemos surge el primer elemento en la génesis del comportamiento auto-agresivo, esto es, la idea de muerte, mas esto sólo como una alternativa de escape, y como una posibilidad entre muchas. - Su estado de ánimo y la racionalización inadecuada de sus vivencia depresivas llevan al individuo a considerar una serie de posibilidades a seguir. Primero surgen las posibilidades - del ¿por qué? estar así y después de lo que se trata, es de - darle una solución a lo que es una realidad y aquí es donde - creemos que la idea de suicidio llega a formar parte de una estructura cognitiva, estableciéndose como creencia. Así esta - creencia empieza a aparecer como una clara referencia a su vida, a su experiencia actual (depresión) y a la expectativa de su futuro. Lester y Beck (1977) reportan cómo en los sujetos con intento se encontró una correlación alta entre el deseo - suicida y los factores cognitivos, tales como pesimismo y sentido de fracaso no así con factores psicossomáticos, con perturbaciones del sueño o disminución del apetito.

Con base en esta inferencia creemos que la idea suicida pasa por tres momentos fenomenológicos: Desear la muerte, como una alternativa entre muchas. Al establecerse esta alternativa

como solución, entonces el sujeto llega a Querer la Muerte (cog<sub>n</sub>ición y al formar esto, como parte de su estructura creencial lo lleva a Buscar Activamente la Muerte (motivación) (ver Poldinger 1969). Al entrar el sujeto a este tercer momento que implica el buscar activamente la muerte puede entonces suceder que esta idea desaparezca, por la presencia de otros factores externos que le permitan tener otras alternativas. No obstante, en otros sujetos puede llevarlos a tomar una decisión, realizando bruscamente el acto suicida.

En el segundo caso, que sería un acto impulsivo, el sujeto se enfrenta a una distorción de sus pensamientos mucho más grave y más limitada. La percepción de la realidad, así como su experiencia y su futuro se interpretan en función de una ambivalencia a la cual le subyace una creencia dicótoma: vida-muerte. Son Shneidman y Stengel (1964) quienes mencionan que existe una ambivalencia interna fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir. Afirmación apoyada también por Sifneos (1981) -- quien describe que los motivos de un acto suicida están asociados generalmente con un conflicto psicológico que incluye los deseos de morir y vivir del paciente. Beck (1963, 1964, 1967) - es quien menciona que dentro de los errores cognoscitivos que se refieren a los procesos de inferencia falaz, que permiten - mantener las creencias negativas de los sujetos, a pesar de la presencia de evidencia contradictoria, se encuentra el pensamiento Absolutista, entendido como la tendencia a colocar todas las experiencias en dos categorías. El sujeto se describe a sí mismo o a su mundo en términos de categorizaciones extremas.

La creencia dicótoma que se postula oscila entre dos puntos extremos y que permiten un marco referencial para evaluar y analizar las posibles soluciones factibles que le permitan sal

lir de su situación actual, Shneidman (1960) haciendo incapie - en las características del pensamiento en sujetos suicidas, en comparación con los no suicidas, sostiene que el sujeto neuróticamente suicida presenta una distorsión de sus pensamientos y que la presencia de tales distorsiones del pensamiento incrementa la probabilidad de que se presente el acto suicida y que uno de los tipos de distorsión del pesnamiento era la tendencia a - pensar en términos de valores dicótomos absolutos, ej. bueno-malo, correcto-incorrecto; vida-muerte.

Por otro lado es Neuringer (1961) quien estudió la evaluación dicótoma en sujetos suicidas encontrando que el pensamiento dicótomo es una característica del pensamiento de los para-suicidas, los cuales tienden a calificar el diferencial semántico de tal manera que refleja una evaluación dicótoma, que está definitivamente formando parte de una organización cognitiva de valores. La cual en una excesiva utilización de este pensamiento evaluativo dicótomo viene a ser una característica común de sujetos con perturbación emocional y/o neurosis. Así creemos que el pensamiento dicótomo en sí mismo no causa el suicidio, sino mas bien es su uso excesivo, duración y su relación con - cierta emoción lo que lleva al sujeto a una descompensación de la personalidad que pudiera manifestarse, entre otros en un acto suicida.

La dicotomía creencial al formar parte de una estructura - cognitiva y por su presencia repetida se va transformando en un estilo cognitivo de pensar, eliminando así otras alternativas - posibles de solución que muy bien podrían ser racionales. No -- obstante su presencia en términos de frecuencia, duración y momento de aparición limita la posibilidad de modificar su estructura cognitiva. Neuringer (1964) encontró que los sujetos que

intentan el suicidio tienen una mayor rigidez cognitiva que los grupos de sujetos hospitalizados y los no suicidas con padecimientos psicosomáticos. La rigidez cognitiva entendida como una característica particular, es el resultado de una dificultad en desarrollar alternativas de solución a problemas emocionales. Levenson y Neuringer (1971) encontraron evidencia de que son los adolescentes suicidas los que tienen mayor dificultad en tareas de solución de problemas que los grupos de pacientes -- psiquiátricos.

La dicotomía dentro de los pensamientos de los sujetos -- suicidas que surge como la única alternativa de solución y que llevan al sujeto a una conflictiva entre la vida-muerte, tiene una representación a nivel de Procesamiento Humano de Información, la cual en términos encubiertos se convierte en una Disonancia Cognoscitiva en la que el sujeto intenta una solución. Intento que para el caso del suicidio se va, adquiriendo información del medio ambiente personal y social en el cual se encuentra situado así como de sus experiencias, calibrando o poniendo en tela de juicio sus dos únicas alternativas. Mas al - considerar esto no hay que perder de vista que tanto su percepción de la realidad como su estado emocional se encuentran perturbados, por lo que la información en la cual pondrá atención será selectiva y será aquella que venga a reforzar su estructura cognitiva creencial distorsionada y presente, siendo ésta - con un gran contenido irracional. Neuringer y Lettieri (1971) arguyen que dependiendo de como son percibidas, codificadas, - organizadas y entendidas las experiencias y las situaciones de la vida, depende el explicar el por qué se toma la "decisión" de quitarse la vida. La creencia que elija el sujeto, la cual de entrada sabemos es irracional se presenta ante él mismo, -

como una alternativa positiva, con posibilidades de ayuda para salir de su disonancia y de su perturbación emocional. El haber considerado en su mente los pros y los contras, la aceptación y el rechazo, y el haber llegado a una toma de decisiones con respecto a su situación viene a dar pauta a la presencia del --facto Motivacional, cuyo objetivo consciente con base en su perturbación es la muerte, llegándose a cumplir éste a través de --un comportamiento, perseguido activamente y que es de hecho el suicidio. Neuringer (1968) menciona que las actitudes hacia la vida y hacia la muerte son señales importantes en la conducta --suicida y que de particular importancia es la distancia entre --los dos extremos, en donde a mayor distancia entre las actitudes hacia la vida mayor peligro suicida.

La adquisición de la información que nos ayuda a la toma de una elección o decisión en una dicotomía cognitiva es lo que creemos da pie a energizar una fuerte motivacional cuyo principal objetivo o meta a lograr es en tanto la muerte a nivel --cognitivo como a la muerte a nivel de una actitud hacia el acto. Neuringer y Lettieri (1971) mostraron que parece ser que la evaluación de las actitudes hacia la vida y la muerte pueden ser útiles para identificar, predecir y prevenir el suicidio. --Bancroft, Hawton, Simkin, Kingston, Cumming y Whitwell (1979), desarrollaron un estudio con 41 casos de auto-agresión, con el objetivo de analizar las razones que exponen los sujetos para --su conducta. Encontraron que el 56% de los sujetos verbalizaron espontáneamente una razón instrumental de "deseo de morir", dos sujetos negaron su intento de suicidio y el resto mencionaron --otras razones en las que se pudo detectar que no había una ex--pectativa de suicidio. Concluyen que las explicaciones y justificaciones para cualquier conducta en este caso la auto-agresión

son preparadas y ensayadas en sus mentes antes de cometer el acto, sirviendo esto como un "libreto" para asegurar su conducta, para determinar las posibles consecuencias que pudiera tener y también como elemento para una posterior explicación. Los mismos autores mencionan que dicho "libreto" en la mente de los sujetos incluyen incluso acciones directas a comportamientos suicidas - y/o no suicidas. Esto es apoyado por Meinchenbaum (1974, 1975) Mahoney (1974) y Ellis (1962) quienes mencionan que las personas siempre se hablan a sí mismas, las diferentes cosas que ellas - se dicen y la forma en que se las dicen afecta a sus emociones y a su conducta y a veces los llevan a sentirse perturbadas emocionalmente.

Un aspecto importante a considerar en esta descripción del proceso por el que pasa el suicidio, es el momento en que esta - Motivación surge, para estimular el comportamiento auto-destruc-tivo y que se presenta cuando aparece el declinamiento de la perturbación emocional. Cuando el sujeto se encuentra en la cúspide de su estado depresivo, la motivación de la auto-destrucción no se presentaría, debido a la existencia de una inhibición caracte-rística de este estado, que protege al sujeto y en la que se presenta un aplanamiento tanto afectivo como conductual, ya que no hay fuerzas suficientes para auto-agredirse. No obstante, sabemos que sus procesos cognoscitivos siguen en activo funcionamien-to, por que su pensamiento no es afectado por tal inhibición -- (Rojas 1978). No así, cuando los niveles de depresión empiezan a decrementar, esto es, cuando el sujeto está intentando salir de la depresión en que las fuentes motivacionales podrían encontrar los medios a través de los cuales manifestarse, impulsando al sujeto a conseguir su objetivo planteado a nivel cognoscitivo y -- que daría paso al comportamiento suicida. Rojas (1978) apoya es-

ta posición afirmando que "los momentos más difíciles y peligrosos de la depresión suceden al principio de la fase y al final, cuando empieza a ceder la inhibición y el sujeto tiene disponibilidad para movilizar sus propios impulsos, y poner cierto grado de actividad que desencadenará en un intento de suicidio". Estudios sobre conducta suicida han hipotetizado que los actos impulsivos tienden a ser más letales que los no impulsivos. Williams, Davison y Montgomeri (1980), en un estudio sobre conducta suicida impulsiva no encontraron diferencias en cuanto a grados de letalidad del acto en términos de resultados esperados en dos grupos. Sin embargo sí se detectó que una proporción de sujetos con actos impulsivos, pensaron que podrían sobrevivir al acto, llegando a encontrar diferencias significativas en variables relacionadas a la detección del acto. Los individuos impulsivos habían informado a alguien su acto y además reportaron haber esperado la presencia de alguien durante la hora siguiente a su acto. Los autores afirman que la impulsividad es una característica natural que puede detectarse en una gran población de los actos suicidas.

En el momento en que la motivación está presente, el sujeto busca activamente el conseguir el objetivo planteado, llevándolo a un acto impulsivo y/o planeado, que en cualquiera de los dos casos podría llegar a ser fatal así como también podría llevarlo a un acto de auto-destrucción muy severo, mas no letal, caso en el que hablaríamos de un intento de suicidio en el cual la muerte no es el objetivo principal, sino aquí, el acto de suicidio es un medio para conseguir otras demandas, que son distantes a la muerte o usado como forma de agresión a otras personas. La literatura sugiere que hay dos poblaciones dentro de los intentos de suicidio: Un grupo de mujeres jóvenes con evidencia de inmadu

rez emocional, más que con un síndrome depresivo agudo, cuyos intentos son generalmente impulsivos, manipulativos y de baja letalidad. Un segundo grupo con mayor severidad en su depresión en cuyo caso el intento de muerte es más grave y llega a ser fatal. Bancroft, Hawton, Simkin, Kingston, Cumming and Whitwell (1979) encontraron que el 54% de 71 casos donde se investigó las razones de su comportamiento, habían actuado de una forma que aseguraba su supervivencia. La significancia del mensaje suicida se mantuvo incierto aún durante la entrevista. No obstante, se había elegido tal acto porque producía una reacción poderosa de crear culpa en miembros de la familia o amigos cercanos, enfatizando la necesidad de que se pusiera atención en esas relaciones (ver Bancroft y Col. 1977). De igual forma Sifneos (1981), al estudiar 35 sujetos con intento de suicidio detectó dos grupos: el primero en el que claramente no se quería morir, más bien su acto fue asociado con un intento de manipular a otra persona en un esfuerzo desesperado de alterar el medio ambiente para conseguir algo. El mayor porcentaje de los sujetos cayó en esta categoría. Frederick y Resnik (1970), apoyan la hipótesis de que muchos de los síntomas conductuales y verbales asignados a la depresión y a la conducta suicida son aprendidos, ya sea desde la infancia o siendo adultos. Una forma de reforzar conductas suicidas en adultos es reforzando dicho comportamiento. El tener patrones de comportamiento que estén relacionados con la conducta suicida permite obtener y conseguir atención por parte del exterior. El que un sujeto presente una conducta suicida es ya altamente dramático e invariablemente evoca una serie de respuestas por parte de otros individuos. Sifneos (1981) habla de un segundo grupo en el que incluía un claro deseo de morir como resultado de su convicción de que sus vidas ya no eran productivas por que sufrían de una enfermedad letal o incurables.

El responder inmediatamente a la llamada del intento de suicidio es reforzante y puede dar pie a un aprendizaje. La - secuencia intento/pedir ayuda/respuesta ambiental, se asocia. Cuando el pedir ayuda ha tenido éxito en lograr un real o fan- taseoso cambio en relación interpersonal y en aspectos ambien- tales, la conducta suicida puede haber sido aprendida como un método exitoso de enfrentarse a la vida. Suficiente decir, -- que tales respuestas aprendidas pueden ser también imitadas, llegando a ser respuestas a elegir preferentemente ante una - situación difícil y paradójicamente llegar a ser así, repeti- ciones que sin esperar mucho reciben la respuesta deseada. -- Lester y Beck, (1976) y Overnstone y Kreitman (1974) han apor- tado datos sobre las posibles características de los sujetos con historia para-suicida y con un solo intento, encontrando que son los suicidas con una historia de parasuicidio los que utilizaron con mayor frecuencia métodos más pasivos que aque- llos que no tenían historia de para-suicidio, siendo las muje- res de hogar las que presentaron una historia de parasuicidio con mayor frecuencia. Es importante mencionar también que en su mayoría los sujetos con historia estaban diagnosticados co- mo depresivos que habían estado hospitalizados. De aquí que - se considere, que en los sujetos con un segundo y/o tercer in- tento podría hablarse de un cierto proceso de aprendizaje.

Como hemos podido describir a través de los incisos an- teriores vemos que las cogniciones entendidas éstas como alma- cenamiento de información y específicamente en el contenido - de sus creencias que son las que forman una estructura cog-- noscitiva característica de los sujetos depresivos, juegan un papel importante, tanto en la creación de un tipo de creencias como el de permitir una energía motivacional que lleve al su-

jeto a percibir un mundo real distorsionado en términos de - ideas o creencias irracionales, dando pie a un tipo de alternativas dicótomas vida-muerte, y ha tomar una decisión cuya consecuencia sería un comportamiento auto-agresivo, como podría también ser agresión dirigida a otro y dar paso a una - conducta violenta dirigida al exterior, hablando en este caso de un homicidio.

El enmarcarnos dentro de una posición cognoscitivo-conductual nos ayuda a entender al acto suicida y al intento de suicidio como una manifestación de un comportamiento auto-agresivo, cuyos orígenes o inicios no sólo se encuentran en las características generales y externas del sujeto sino que mucho de la seriedad del acto, como del evento mismo, así como la elección de la alternativa negativa del sujeto de quitarse la vida, están por debajo de su piel. La noción de que la organización cognoscitiva de los individuos suicidas es - un precursor importante de las conductas auto-destructivas presenta gran atracción por parte de los suicidólogos - (Neuringer y Lettieri 1971). Aunque en algún tiempo el campo de la suicidología parecía situarse más en la prevención que en su entendimiento (Shneidman 1967), últimamente la orientación se ha dirigido a la comprensión del comportamiento para después hablar de prevención.

A partir de todo esto es que el contenido de los pensamientos o el almacenamiento de información que contiene las creencias de los sujetos suicidas es un interesante objetivo de estudio para comprender el comportamiento suicida ya que como hemos podido explicar, su función y efectividad en influir a los sujetos hasta su comportamiento los lleva a ser considerados factores asociados de alto riesgo, que en la -

medida que sean parte de nuestro interés y centro de atención al abordar fenómenos de tipo psicosocial como las conductas violentas en este caso el suicidio y el intento de suicidio - nos permitirán comprender un aspecto más de estas fenomenologías conductuales y un poco más de la complejidad del ser humano. Los resultados consecuentes de tales estudios nos llevarían a proporcionar elementos válidos tanto teóricos como prácticos para programas preventivos de detección o incluso de implementación de programas terapéuticos que ayudarían a reducir su incidencia y sobre todo a que cada sujeto llegara a entender su proceso, teniendo una explicación tentativa y teniendo los elementos suficientes para enfrentarse a una conflictiva desadaptativa que los pudiera llevar a poner en peligro su vida, cuando realmente no lo desea.

Planteando todo lo anterior procederemos en la siguiente sección a describir los elementos y características metodológicas que nos permitirán llevar a comprobación la relación entre procesos cognoscitivos y las características clínicas - de ansiedad y depresión en cuatro grupos de sujetos con diferentes grados de riesgo suicida.

CAPITULO II.- Método.

## METODO.

### Pregunta de Investigación.

¿Existen diferencias entre sujetos que presentan diverso riesgo suicida en términos de algunas características cognoscitivas y perturbación emocional?

### Objetivo General.

La presente investigación pretende determinar y contrastar en los sujetos abarcados en el estudio:

- a) las características demográficas
- b) las características clínicas de ansiedad y depresión
- c) la actitud ante conceptos de Vida, Muerte, Suicidio, Yo
- d) el contenido del pensamiento irracional en cuatro grupos - de diferentes riesgos suicida: Intentos, Rumiantes, Potenciales y Control.

### Objetivos Específicos.

- 1.- Determinar las características demográficas de la población.
- 2.- Determinar la seriedad del intento de suicidio cometido.
- 3.- Establecer los niveles de Ansiedad y Depresión en los cuatro grupos estudiados: Intentos, Rumiantes, Potenciales y Control.
- 4.- Conocer las actitudes de los grupos de Intentos, - Rumiantes, Potenciales y Control ante los conceptos de Vida, Muerte, Suicidio, Yo.
- 5.- Determinar las características de pensamiento o -- creencias irracionales en los grupos de intentos, rumiantes, potenciales y control.
- 6.- Establecer a las características cognoscitivas como factores de riesgo en el intento de suicidio.

### Hipótesis.

- 1.- A mayor deseo de muerte del sujeto mayor riesgo suicida.
- 2.- Existe una diferencia significativa en Ansiedad y Depresión entre los grupos de Intentos, Rumiantes, Potenciales y Control.
- 3.- El grupo de para-suicidas, presentan niveles altos de -- ansiedad y depresión que los grupos de rumiantes, potenciales y control.
- 4.- Sujetos con alto riesgo suicida (intentos y potenciales) tendrán una actitud positiva ante los conceptos de muerte y suicidio.
- 5.- Sujetos con menores factores asociados de riesgo (rumiantes y control) tendrán una actitud positiva ante los conceptos de Vida y Yo.
- 6.- Existen diferencias significativas entre los grupos afectados (intentos, rumiantes y potenciales) y el grupo control en términos de su actitud ante conceptos de vida, - muerte, suicidio y yo.
- 7.- Existe una diferencia significativa de pensamiento o creencias irracionales entre los grupos de intentos, rumiantes, potenciales y control.
- 8.- Los factores cognoscitivos influyen en el riesgo de cometer un intento de suicidio.

### METODO.

#### Sujetos y Escenario.

120 sujetos mexicanos seleccionados a través de un procedimiento no-probabilístico (muestreo causal o por disponibilidad) divididos en cuatro grupos independientes: Intentos, -

30 sujetos; Rumiantes, 30 sujetos; Potenciales 30 sujetos; - Control, 30 sujetos. Siendo de estos 60 hombres y 60 mujeres con un rango de edad entre 15 a 60 años, una media de edad - de 29 años y con desviación estandar de 8 años. Entrevistados individualmente en un consultorio de 3 x 4 mts. situados dentro del hospital de donde fueron seleccionados.

#### Material.

##### Escala de Deseo del Intento de Suicidio (Beck, 1974).

Este instrumento se diseñó para medir el intento previo al acto suicida y para registrar datos relacionados con la - intensidad del deseo de los sujetos de morir en el momento - del intento. Da un índice de la seriedad de finalizar su vida y de la expectancia de que el intento sea fatal. Para evaluar esta experiencia se toman datos retrospectivos del paciente - y de observadores relevantes. La escala se divide en tres partes: a) Circunstancias relacionadas al Intento de Suicidio. b) Auto-reporte de Pensamientos. c) Opinión sobre la concepción de la muerte. (ver apéndice I). La confiabilidad de la - escala reportada por Beck, Morris y Beck (1974) y Pierce (1981) en estudios previos fue de .91. En México Terroba, Saltijeral y Heman (1985) con la misma escala, sometida a un análisis - factorial, reportaron que explica un 61.1% de la varianza total.

##### Escala de Riesgo-Rescate de Suicidio. (Weisman y Worden 1974).

Esta escala es un método descriptivo y cuantitativo para evaluar el riesgo de mortalidad del intento de suicidio, basada en factores de Riesgo y Rescate. (ver apéndice II). -- Para la aplicación de esta escala se desarrolló un manual en donde cada uno de los factores de riesgo-rescate se definie-

ron operacionalmente. Weisman y Worden reportaron para esta escala una confiabilidad arriba de .80. Se ignoran datos de confiabilidad en el medio mexicano.

Inventario de Ansiedad "IDARE". (Spielberger, Lushene y Mercado (1968).

Es una escala que nos permite medir Ansiedad de Rasgo: Se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión de la ansiedad. Este inventario también mide Ansiedad Estado: Se refiere a una condición o estado -- emocional transitorio del organismo humano. La confiabilidad y Validez de este instrumento en población mexicana ha sido establecida por Spielberger, Lushene y Mercado (1968) dando .92 y .85 respectivamente (ver apéndice III).

Escala de Auto-Medicación de la Depresión "EAMD" (Zung, 1965)

Escala que permite medir la intensidad de la depresión. La confiabilidad de este instrumento fue obtenida por Zung (1965) en México por Lara, Ramírez, Lara (1976) con un .80. (ver apéndice IV).

Diferencial Semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957)

Este instrumento mide las actitudes a ciertos conceptos y permite hacer distinciones precisas de significado en términos de tres dimensiones o factores: Factor Evaluativo, Factor Potencia, Factor Actividad. Su confiabilidad en estudios desarrollados en México ha sido arriba de .80 (Díaz y Salas 1975) (ver apéndice V).

Inventario de Pensamiento o Creencias Irracionales (Garned, Jones, 1968; Wessler y Wessler 1980)

Constituido por 100 afirmaciones cuyo contenido se refiere a aspectos de sí mismo, a personas que le rodean, a situaciones particulares de la vida común. Todas las afirmaciones se agrupan en términos de 10 creencias o pensamientos irracionales (ver apéndice VI y VII). La Confiabilidad y Validez de este instrumento no ha sido evaluada a nivel psicométrico, por lo que se reportan resultados de un Análisis Factorial al cual se sometió dicho instrumento.

#### PROCEDIMIENTO.

##### Diseño.

El presente estudio se desarrolló bajo un tipo de investigación Ex-post-facto. Es una investigación empírica - sistemática en la que el científico no tiene control directo de variables independientes porque sus manifestaciones ya - han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. - Se hacen inferencias acerca de relaciones entre variables, sin intervención directa, partiendo de la variación concomitante de variables independientes y dependientes (Kerlinger 1975).

##### Paradigma del Diseño de Investigación.

Intentos	(X <sub>1</sub> )	-----	Y
Rumiantes	(X <sub>2</sub> )	-----	Y
Potenciales	(X <sub>3</sub> )	-----	Y
Control	(X <sub>4</sub> )	-----	Y

Variables Independientes Categóricas: Intentos, Rumiantes, Potenciales, Control.

VARIABLES DEPENDIENTES: Seriedad del Intento, Ansiedad Depresión Pensamiento o Creencias Irracionales, Significado Connotativo (actitud).

Definición de Variables Independientes y Dependientes.

Intentos de Suicidio.- Sujetos que presentan en su historia uno o más intentos de suicidio.

Rumiantes.- Sujetos que han verbalizado una amenaza de intento de suicidio o idea de muerte, presentada en los últimos tres meses.

Potenciales.- Sujetos sin un previo intento de suicidio, pero con la característica de tener ideas de muerte en los últimos tres meses y de haber sufrido un accidente o intervención quirúrgica en la que hayan perdido o se hayan incapacitado de algún miembro o extremidad de su cuerpo.

Control.- Sujetos seleccionados por no presentar en los últimos tres meses intentos de suicidio, verbalizaciones de ideas o amenazas de muerte y sin presentar la amputación de cualquier miembro de su cuerpo.

Seriedad del Intento.- El grado de seriedad o intensidad del deseo y el acto de un sujeto para finalizar con su vida. Se valorará de acuerdo con la Escala de Deseo de Intento de Suicidio (Beck, Schuyler y Heman 1974) y la Escala de Riesgo-Rescata (Weisman y Worden 1974). Las respuestas de los sujetos al primer instrumento, se distribuyeron en un continuo de puntuación considerando sólo 15 reactivos del instrumento, cubriendo las áreas de Circuns-

tancias y Auto Reporte. Quedando ordenado el continuo en 15 puntos que sería la calificación mínima a obtener y 45 puntos la calificación máxima. Con base en los autores se establecieron cortes dentro del continuo con rangos de 7 puntos para poder categorizar la variable Deseo del Intento de la siguiente manera:

- 15 a 21 deseo de morir mínimo
- 22 a 29 deseo de morir moderadamente bajo
- 30 a 37 deseo de morir moderadamente alto
- 38 a 45 deseo de morir intenso.

Para la segunda escala que proporciona una evaluación sobre la Realidad del acto cometido, los cortes dados por los autores se establecieron dentro de un continuo de 17 a 83 quedando las categorías de la siguiente manera:

- 17 a 29 probabilidad baja de morir
- 33 a 44 probabilidad moderada baja de morir
- 50 a 63 probabilidad moderada alta de morir
- 66 a 83 probabilidad alta de morir

Ansiedad.- Entendido como un síndrome característico de ansiedad en cuyo caso la sintomatología es intensa. Medida por el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). En el que se establecieron dos cortes dentro del continuo de puntuación que va de 20 a 80 quedando:

- 20 a 40 ansiedad normal
- 41 a 60 ansiedad intensa
- 61 a 80 ansiedad extrema.

Aunque esta clasificación no tiene un apoyo es-

tadístico, se presentarán resultados con base en ésta tríada, así como datos globales por cada escala del IDARE sin cortes. En este instrumento - una mayor puntuación se interpretará como una mayor grado de sintomatología de ansiedad.

Depresión.- Entidad como un síndrome característico de depre--sión en cuyo caso la sintomatología es intensa. Evaluado por medio de la Escala de Auto-Medicación de la Depresión. Para esta escala el continuo de puntos se ordenó de 20 a 100 estableciéndose criterios de cordados por el autor: Zung (1965):

20 a 40 mínima depresión

41 a 69 depresión (ambulatorio) intensa.

70 a 100 depresión (hospitalaria) extrema.

Un puntaje elevado en esta escala indicaba un mayor grado de depresión.

Significado Connotativo (Actitud).- Se entenderá como una actitud positiva o negativa ante los conceptos de Vida, Muerte, Suicidio, Yo, en las dimensiones de Evaluación, Potencia, y Actividad del Diferencial Semántico. Cada uno de los cuatro adjetivos bipolares que componen cada una de las dimensiones puede ser contestado con base en un continuo ordenado de 1 a 5 en donde 1 indica menor significado y 5 un alto valor significativo. En cuyo caso una mayor puntuación en cada dimensión se entenderá como una actitud positiva y/o favorable hacia el concepto.

Creencias o Pensamiento Irracional.- Entendido como monólogo interno, el cual toma la forma de demandas absolutis-

tas, peticiones de "debería", creencias derrotistas y catastróficas, creadas a partir de la interpretación del medio externo. Las creencias o pensamiento irracional serán evaluadas a través de un Inventario de Pensamiento Irrracional, que puede ser calificado bajo un continuo ascendente de 1 a 5. En donde 1=totalmente en desacuerdo, 2=moderadamente en desacuerdo, 3=ni acuerdo ni desacuerdo, 4=moderadamente de acuerdo y 5=totalmente de acuerdo. Para su interpretación se consideró que una mayor puntuación en los reactivos, indicaría tanto la presencia como una mayor tendencia a contener ese pensamiento o a identificarse con él.

#### Experimentadores.

Integrado por tres personas: dos pasantes de la carrera de psicología y un Psicólogo responsable del proyecto de investigación. Los pasantes fueron sometidos a un entrenamiento sobre entrevista clínica y manejo y evaluación en la aplicación de los instrumentos durante una semana, para asegurarse la confianza del levantamiento de datos.

#### Aplicación.

Los sujetos que integraron nuestra muestra fueron obtenidos de tres instituciones que brindar servicios médicos: Hospital de Urgencias del Departamento del Distrito Federal, Instituto de Rehabilitación y el Instituto Mexicano del Seguro Social, -- con los cuales se estableció contacto, además de ser abordados por las características que presentan los que asisten a los mismos. Los 120 sujetos se dividieron en cuatro grupos: Intentos,

Rumiantes, Potenciales y Control, cada uno de ellos constituido por 30 sujetos.

La elección de los Hospitales y/o Clínicas de donde se es trajo la población, así como el número de sujetos seleccionados para cada grupo fue establecido por el autor con base en que los Hospitales contactados fueron los que apoyaron y permitieron desarrollar el estudio, ya sea por contacto personal del autor y las autoridades o por contactos indirectos. Los lineamientos de privacidad de la institución influyeron en que se seleccionarán solamente 30 personas para cada grupo. Además de lo difícil de poder detectar el fenómeno en sí. Impidiendo obtener una muestra representativa de los hospitales por medio de una selección aleatoria, dando paso a una población sesgada. (Este punto se tratará con más detenimiento en el apartado de Conclusión y Discusión).

A cada sujeto se le pidió su aprobación para integrarlo al estudio, mencionándole que los datos serían totalmente confidenciales. Se establecieron citas para aplicar los instrumentos de evaluación en el siguiente orden para los diferentes grupos: A los grupos que están integrados por Rumiantes, Potenciales y Control se les aplicó: Ficha de identificación, Diferencial Semántico, Inventario de Creencias Irracionales, Auto-Medición de la Depresión e Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Al grupo integrado por sujetos con una historia previa de intento de suicidio, se les aplicó además de los mencionados, los siguientes: El cuestionario de Deseo del Intento de Suicidio y la Escala de Riesgo-Rescata. Cada investigador entrenado, proce dió a entrevistar a 30 sujetos de una de las instituciones de donde se seleccionaron.

CAPITULO III.- Análisis de Resultados

## ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En esta sección procederemos a describir los análisis estadísticos que se propusieron para cada instrumento de evaluación para posteriormente presentar los datos o resultados más significativos aportados por la investigación.

En primer lugar presentaremos el análisis factorial al cual se sometió el Inventario de Ideas Irracionales para conocer su dimensionalidad y posteriormente obtener su índice de consistencia interna.

Se presentarán de una manera descriptiva las características demográficas de las poblaciones estudiadas en términos de frecuencia y porcentaje. Además se presentará una descripción de los puntajes obtenidos por cada uno de los grupos en las variables clínicas de ansiedad y depresión, de las cuales se expondrán en medias y desviaciones estandar, así como las variables de Deseo de Muerte y Realidad del Intento en términos de frecuencia y porcentaje.

En tercer lugar procederemos a presentar las hipótesis estadísticas planteadas para cada variable y grupo, para así dar paso a la presentación de gráficas y análisis estadísticos no-paramétricos que nos permitieron decidir sobre la aceptación o refutación de las hipótesis bajo un nivel de significancia establecido de .05 en cada variable que fue sometida a estudio.

### Análisis Factorial del Inventario de Ideas Irracionales.

Puesto que este instrumento fue construido con base en una orientación clínica y no le subyacía ningún apoyo estadís

tico o psicométrico (en México), se procedió a someter las - 100 afirmaciones a un Análisis Factorial, el cual, es un método para determinar el número y la naturaleza de las variables subyacentes entre un gran número de medidas. Más suscintamente, es un método para determinar  $k$  variables subyacentes (factores) de  $n$  conjunto de medidas, siendo  $k$  menor que  $n$ . También puede llamarse un método para extraer variancias de factores comunes partiendo de conjuntos de medidas. El análisis factorial nos dice en realidad, que pruebas o medidas deben ir juntas o en otras palabras, cuáles miden virtualmente la misma cosa y cómo lo hacen. Así, se reduce el número de variables a las que debe enfrentarse el experimentador. También se espera que le ayude a localizar e identificar unidades o propiedades fundamentales que sirvan de base a pruebas y medidas (Kerlinger, 1975).

En el fundamento lógico del Análisis Factorial, Eysenck (1953) fue el primer autor que propone tres enfoques para el análisis factorial. El primer enfoque menos sofisticado y menos prolífico teóricamente, pero quizás el más seguro es el enfoque Descriptivo. Los otros dos son el Exploratorio que pretende una búsqueda de hipótesis y el de Comprobación que pretende una búsqueda de hipótesis. Estos dos últimos pueden conducir a las explicaciones relacionando los factores previamente reconocidos con un cuerpo de conocimientos adquiridos independientemente de una investigación dada. Por supuesto, cualquier análisis puede desempeñar todas estas diferentes funciones al mismo tiempo. Se pueden comprobar ciertas hipótesis y descubrir la pista de otras, encontrar relaciones con conceptos ya conocidos y también simplificar los datos y obtener una descripción más manejable.

Como regla general el análisis factorial, se lleva a cabo sobre muestras y no sobre poblaciones, pero por desgracia a pesar de que las elecciones de la muestra pueden influir grandemente en los resultados del análisis factorial, no sólo no existe ahora ninguna teoría bien desarrollada del muestreo en este campo, sino que muchos investigadores aún ignoran este problema. Hablando en general, se debe trabajar con muestras que son homogéneas en variables no pertinentes que podrían ser correlacionadas con variables pertinentes, pero no homogéneas en las variables de interés, es decir, que tengan una gran amplitud de valores (Choynowski, 1981).

Con respecto al tamaño de la muestra, no existe ninguna regla general para determinar el tamaño necesario de una muestra para un análisis factorial (aunque este problema puede ser tratado satisfactoriamente en el llamado procedimiento de Probabilidad Máxima) algunos analistas factoriales se contentan con un número de sujetos aproximadamente dos veces mayor que el número de variables, pero Gorsuch (1974 pág. 136) aconseja que el número de sujetos sea en general cinco o diez veces mayor que el número de variables y Nunnally (1978 pág. 421) aconseja tomar por lo menos 10 veces más sujetos que variable, para los análisis factoriales cuyo enfoque sea exploratorio.

No obstante, si se tiene interés en una aplicación Descriptiva del análisis factorial a una muestra, pero no en un análisis exploratorio o confirmatorio, el número de sujetos puede ser, según Rummel (1970 pág. 220), inclusive más pequeño que el número de variables. Sin embargo, menciona Choynowski (1981) este es un caso excepcional y usualmente cuando el investigador quiere investigar la estructura factorial de un --

conjunto de variables descriptivas.

En la presente investigación se aplicó un procedimiento de análisis factorial bajo un enfoque descriptivo, por lo que la muestra que se seleccionó fue de 100 estudiantes universitarios de la carrera de Psicología de los primeros semestres, estando esta muestra integrada por 50 hombres y 50 mujeres - quienes respondieron a los 100 reactivos del Inventario de - Creencias Irracionales, procediendo de la siguiente manera:

El primer paso fue el de someter el inventario a un Análisis Factorial por rotación Varimax, seleccionando los reactivos que cargaban alto (arriba de .30) en algún factor. Posteriormente para tener una mejor forma de ver las variables en el espacio n-dimensional o una mejor representación real de las cargas factoriales se procedió a someter a los reactivos ya anteriormente seleccionados a una rotación Oblicua "rotación en las que se dejan que los ejes de factores formen ángulos agudos y obtusos. La oblicuidad significa que los factores están correlacionados. No hay duda de que las estructuras factoriales pueden adaptarse mejor con ejes oblicuos y quedar mejor satisfechos los criterios de estructura simple" (Kerlinger 1975).

Los resultados de este segundo análisis aportaron que eran 16 factores los que estaban evaluando el instrumento de los cuales se consideraron solamente los ocho primeros (CUADRO 1) ya que con estos se explicaba por un lado más del 70% de la varianza acumulada, y por otro que los Valores Eigen cargaban de 2.0 para arriba. El CUADRO 2 nos muestra los 42 reactivos y sus cargas factoriales obtenidas por cada reactivo en los 8 factores seleccionados.

El tercer paso fue el de analizar esta tabla, eligiendo solamente aquellos reactivos que cargaran en algún factor, arriba de .30 quedando de esta manera sólo 26 reactivos agrupados en cinco factores como lo muestra el CUADRO 3.

El cuarto paso consistió en hacer un análisis de contenido de los reactivos seleccionados y agrupados por cada factor para proceder a conceptualizar cada factor en una escala, quedando integrado el nuevo instrumento para evaluar contenido del pensamiento, (ver CUADRO 4):

#### Estructura Factorial Subyacente

##### Primer Factor

- a) Locus de Control Interno (6 reactivos).

Valor Eigenvalue = 7.66

Porcentaje de Varianza = 19.8

Nos referimos a Locus de Control Interno cuando las variables inmediatas que controlan la conducta de un individuo están en sus propias manos, es decir, son libremente manipuladas por él (Thoresen y Mahoner 1974). Las personas pueden actuar de manera diferente cuando ven que las situaciones o reacciones de otras personas y su propia conducta son estimuladas por fuentes internas de control o fuentes externas de control. (Ellis 1979). Las personas piensan, se emocionan y actúan diferente cuando ellas creen que controlan aspectos importantes de su vida, que cuando creen que esos aspectos van más allá de su propio control.

##### Segundo Factor

- b) Orientación de Logro (6 reactivos)

Valor Eigen = 4.09

Porcentaje de Varianza = 10.6

La conducta de orientación de logro se estudió asumiendo que todos los individuos han adquirido un motivo de logro y un motivo de evitación del fracaso. Esto es que todas las personas tienen algún interés en el logro y algún interés sobre el fracaso. Ambas se expresan en cualquier situación y más cuando es aparente al individuo que su ejecución será evaluada en términos de algún estandar. Uno de estos motivos produce una tendencia a la actividad y el otro produce una tendencia de no actividad. Asumiendo que esas dos tendencias opuestas combinadas llevan a una resultante que es una tendencia de orientación de logro. Mc. Clelland, define orientación de logro como una situación en la que el individuo siente una responsabilidad sobre los resultados de su actividad, él anticipa de una forma no ambigua la información de sus resultados dando pie a grados de incertidumbre o de riesgo (Mc Clelland 1961).

#### Tercer Factor

##### c) Baja Tolerancia a la Frustración (6 reactivos).

Valor Eigen = 3.80

Porcentaje de Varianza = 9.80

La gente presenta una tendencia adquirida a tener una baja tolerancia a la frustración al desarrollar tareas fáciles en un tiempo corto aunque ello frecuentemente les reditue pobres o mínimos resultados en el futuro. Es el buscar una gratificación inmediata y el evitar conductas prolongadas que podrían redituar en proporcionar una mayor gratificación a largo plazo (Ellis 1979).

#### Cuarto Factor

##### d) Aceptación de la Condición Humana (4 reactivos).

Valor Eigen = 3.40

Porcentaje de Varianza = 8.80

Los humanos deben aceptar a la gente como seres humanos falibles, aceptarlos y aceptarse como criaturas que ahora y en el futuro probablemente cometerán innumerables errores, ya que, no existe ninguna evidencia que apoye el que aún debemos de hacer tal o cual cosa y que los cambios se dan si queremos nosotros o no. Además aceptar que vivimos en un mundo de probabilidad y cambio y que la certeza absoluta no existe y que esto no es horrible sino exitante (Ellis 1979).

#### Quinto Factor

e) Interés por la Moralidad (4 reactivos).

Valor Eigen = 3.08

Porcentaje de Varianza = 8.0

Se refiere a las personas quienes ponen un principal interés en aspectos de valor básico para poner en tela de juicio el comportamiento humano y que han sido adquiridos por principios o postulados de educación tradicional, los cuales no son operantes en el momento, ni en el medio en que se asumen. (Ellis 1979).

Para obtener una mayor confiabilidad de las escalas que integran el inventario de contenido de pensamiento irracional se procedió a someter a cada escala a un análisis de Consistencia Interna por medio de un Alfa de Cronbach. El CUADRO 5 nos muestra los niveles de alfa obtenidos por cada reactivo y por cada escala, los cuales fueron significativos estadísticamente. (La confiabilidad del alfa de Cronbach - debe ser lo más cercana a 1 para que ésta sea significativa). (Nadelsticher 1985): 1er. Factor = 0.77, 2o. Factor = 0.69, 3er. Factor = 0.69, 4o. Factor = 0.67 y 5o. Factor = 0.69.

Los resultados aportados por los cuatro grupos al Inventario de Ideas Irracionales en términos de las 5 escalas que se obtuvieron, después de someterlos al análisis factorial serán presentados posteriormente. Así como los datos de los sujetos a este mismo instrumento sin el análisis factorial - con el objetivo de tener una descripción de las 10 escalas originales que supuestamente evalúa el instrumento.

#### Características Demográficas de la Población.

Los resultados aportaron que la mayoría de los sujetos están en una edad productiva y son solteros, siendo las mujeres las más representativas en el grupo de intentos y los hombres los más representativos en el grupo de más alto riesgo (Potenciales). El cuadro 6 presenta frecuencia y porcentaje de las características demográficas de los grupos de - Intentos, Rumiantes, Potenciales y Control por variables de sexo, estado civil, edad, nivel educativo. De las 60 mujeres estudiadas, la mayor representación se dió en el grupo de intentos (56.7%) y la menor en el grupo de potenciales (43,3%), pero en el grupo de los hombres la realción fue inversa, el mayor porcentaje de los hombres estuvo en los potenciales y el menor en intentos. El 64.1% de los tres grupos estudiados eran solteros, siendo sólo un 35.7% de sujetos con algún vínculo conyugal. En el rango de 15 a 34 años se detectó un 78.3% de casos siendo su nivel educativo en un 43.3% de educación media superior. El mismo cuadro presenta que en el grupo de intentos un 73.3% de los 30 sujetos habían cometido dos previous intentos de suicidio y un 23.3% sólo un intento previo. al comparar cada una de las variables estudiadas en cada grupo, por el grupo control. Así como la comparación de los cuatro grupos juntos, no se encontró ninguna diferencia estadís

ticamente significativa bajo el estadístico de  $\chi^2$  (chi cuadrada).

#### Características Clínicas de la Población.

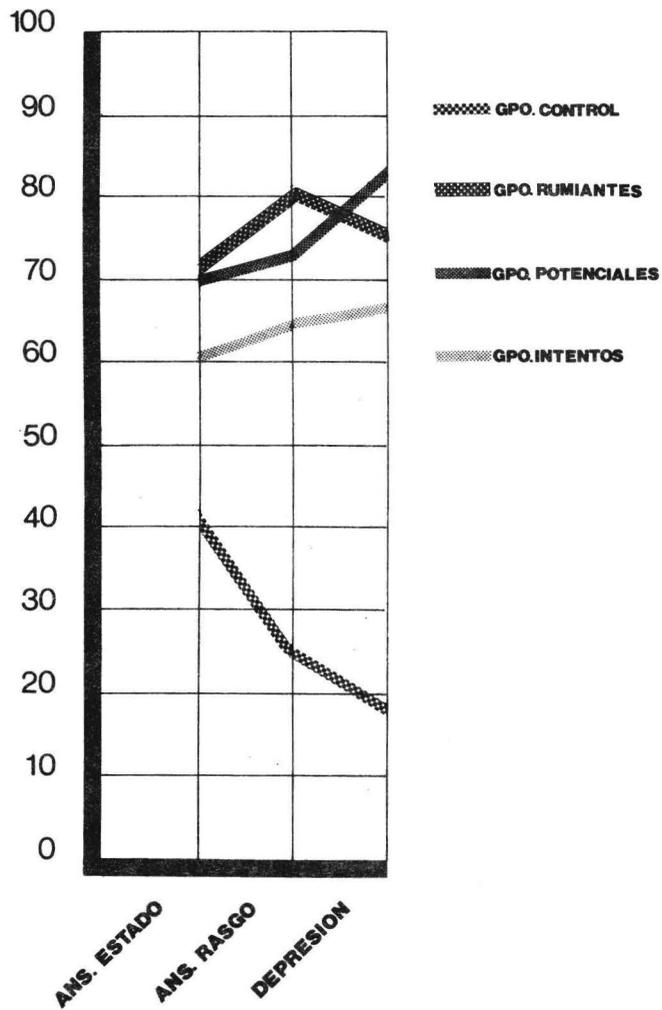
Todos los grupos afectados presentaron niveles altos de ansiedad al momento de responder al cuestionario (ansiedad estado) y también de ansiedad como característica de personalidad (ansiedad rasgo), así como de niveles de depresión altos en comparación con el grupo control. (ver gráfica A).

Las hipótesis estadísticas planteadas para estas variables fueron las siguientes:

- $H_0$  Los grupos de intentos (1) rumiantes (2) y potenciales (3) presentan los mismos niveles de ansiedad que el grupo control (4).
- $H_0$  Los grupos de intentos (1), rumiantes (2), y potenciales (3) presentan los mismos niveles de depresión que el grupo control (4).
- $H_1$  Los grupos de intentos, rumiantes y potenciales difieren en los niveles de ansiedad y depresión.

Como podemos observar en la gráfica A son los grupos de Potenciales y Rumiantes los que presentaron niveles altos de Ansiedad Estado, Rasgo y Depresión, en comparación con los demás. El grupo de intento presenta niveles más bajos que los anteriores, siendo la depresión la conducta más alta que presentaron en comparación con las ansiedades. El grupo control fue el que obtuvo los niveles más bajos en estas Vs. en comparación con los grupos afectados, no obstante, su puntuación más alta se obtuvo en Ansiedad Estado, y sus puntuaciones bajas fueron en Ansiedad como rasgo de personalidad y en Depresión

EL CUADRO 7 nos muestra que la media total más alta



**GRAFICA A.** MEDIAS DE LAS VARIABLES DE ANSIEDAD ESTADO, ANSIEDAD RASGO Y DEPRESION DE CADA UNO DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS.

(52.85) fue aportada por ansiedad estado, ésto es, la ansiedad que presentaron los sujetos al momento de aplicar el instrumento en comparación con la ansiedad que tienen los sujetos como característica de personalidad (ansiedad rasgo), quien obtuvo una media de 48.6. En ansiedad Estado fueron los grupos de rumiantes (55.1), potenciales (54.7) e intentos (52.1) los que presentaron niveles más altos de ansiedad que el grupo control (49.4). En ansiedad rasgo fueron los grupos de rumiantes (51.8) y potenciales (50.6) los más altos en esta característica que el grupo de intentos y control que obtuvieron una media de 49.1 y 42.9 respectivamente. Al ser comparadas las medias de cada grupo por el grupo control a través del estadístico t de students se encontró diferencias estadísticamente significativas con  $p < .01$ , excepto entre el grupo de intentos vs. grupo control en la variable de ansiedad estado. (ver cuadro 7).

Con respecto a Depresión, de nuevo son el grupo de rumiantes con una media de 72.3 y potenciales con 74.1 quienes presentaron mayor depresión que los intentos cuya media fue de 67.3 y más aún que los del grupo control con sólo 44.3 ( $p < .01$ ). Con base en estos datos podemos entonces rechazar la hipótesis de nulidad.

El mismo cuadro nos presenta la media y su desviación estandar de las variables de Deseo de muerte ( $x = 30.0$  y d. s. 6.63) y Realidad del intento con  $\bar{x} = 61.5$  y d. s. 14.3. Con respecto de estas dos últimas variables se obtuvieron las frecuencias y los porcentajes en función de los cortes establecidos por los autores de los instrumentos (ver CUADRO 8). De estos cuadros podemos mencionar que el 53.2% de la población de para-suicidas tuvo un verdadero deseo de morir y un 89.9 de los 30 casos cometieron un acto con una alta proba-

bilidad de consumarlo (ver cuadro 8).

El cuadro 9 nos presenta las medias de rangos de cada grupo, la chi cuadrada obtenida y la significancia para estos análisis con base en un análisis estadístico de Kruskal-Wallis. En ansiedad estado se obtuvo una  $\chi^2=15.12$  siendo ésta significativa  $p < 0.002$ . Los grupos que presentaron niveles mayores de ansiedad en el momento de contestar al cuestionario fueron los rumiantes (71.02) y los potenciales (71.02) en comparación con los intentos (59.97) y el control (40.00) quien fue el más bajo en esta variable.

En ansiedad rasgo el análisis estadístico reportó diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos con una  $\chi^2 = 42.39$  y  $p < 0.000$ . Siendo en este caso los más ansiosos los rumiantes (71.93) y el grupo de intentos (63.75) y solamente el grupo control con un nivel de ansiedad rasgo de 26.20.

En la variable depresión también se determinó una diferencia estadística ( $\chi^2 = 58.50$  y  $p < 0.000$ ) siendo en este caso el grupo de potenciales los que obtuvieron mayor puntaje en depresión (80.63) que el grupo control (19.47), obteniendo medias de rangos de 75.95 para los rumiantes y 65.95 para los intentos.

#### Percepción Semántica ante Conceptos de Vida, Muerte, Suicidio, y Yo

Para analizar los datos obtenidos por el Diferencial Semántico, considerando sus tres factores de Evaluación, Potencia y Actividad, en cada uno de los conceptos presentados, se procedió a aplicar un estadístico no-paramétrico para k muestras independientes siendo este el de Kruskal-Wallis (Leach, 1982) obteniéndose los siguientes resultados:

### Concepto Vida.

Las hipótesis estadísticas para estas variables fueron las siguientes:

$H_0$  Los grupos de intentos (1), rumiantes (2), y potenciales (3) no presentan una actitud ni mas ni menos favorable ante los conceptos de Vida que el grupo control (4).

$H_1$  Los grupos de intentos (1), rumiantes (2) y potenciales (3) presentan diferencias en actitud positiva ante el concepto Vida que el grupo control.

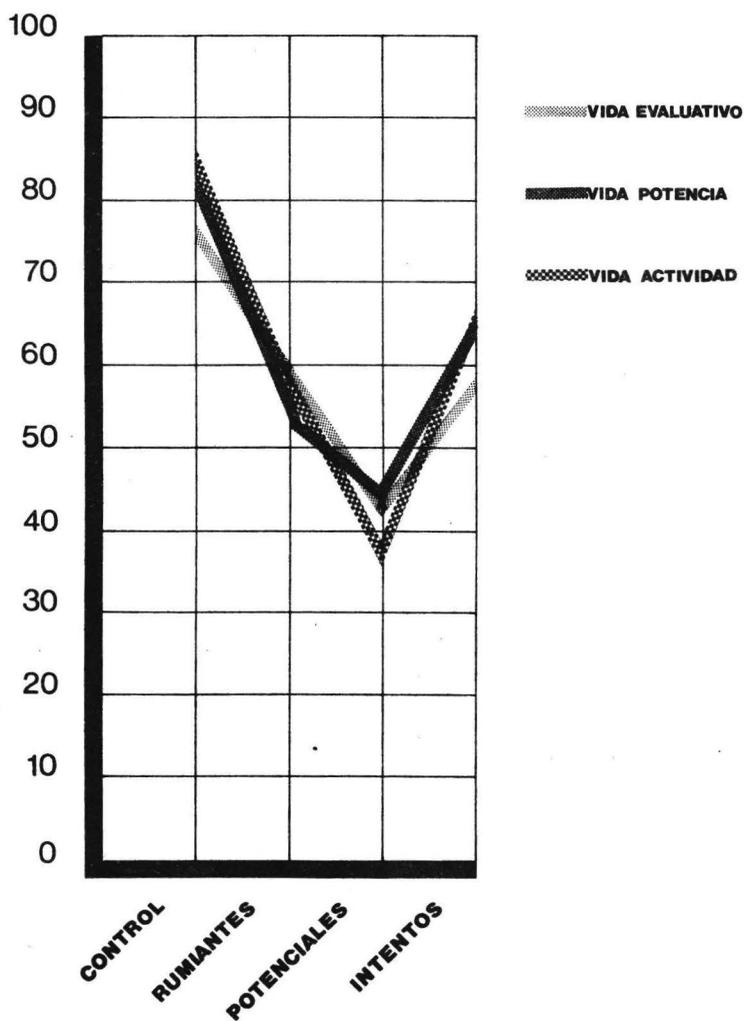
$$H_0 \quad X_1 \quad X_2 \quad X_3 = X_4$$

$$H_1 \quad X_1 \quad X_2 \quad X_3 \neq X_4$$

La gráfica B nos presenta en el eje de las 'x<sub>s</sub>' los grupos, los cuales fueron ordenados en cuanto a grado de afectación o riesgo siendo el primer grupo (control) el que no tiene ningún riesgo y el último el grupo (intentos) de mayor riesgo. En el eje de las 'y<sub>s</sub>' se ordenaron las puntuaciones promedio del concepto vida graficándose las puntuaciones de cada grupo ante el concepto, en términos de las dimensiones del diferencial semántico de Evaluación, Potencia y Actividad.

Como podemos ver en la gráfica B el grupo que evalúa más alto la vida es el grupo control siguiéndole el grupo de intentos, siendo los grupos de rumiantes y potenciales los que presentan una menor actitud positiva ante el concepto vida, y por lo tanto siendo los más riesgosos en cometer un intento de suicidio.

El cuadro 10 nos presenta el análisis de Kruskal-Wallis para el concepto Vida, para cada uno de los factores del diferencial semántico, en términos de las comparaciones de los



GRAFICA B. PUNTAJES PROMEDIO DEL CONCEPTO "VIDA" DE LOS CUATRO - GRUPOS ESTUDIADOS.

cuatro grupos. El concepto vida a nivel evaluativo fue diferente estadísticamente para los cuatro grupos, con una  $x^2 = 18.87$  bajo una significancia de  $p < 0.0001$ . Para el factor potencia la media de  $x^2$  fue de 13.45 siendo ésta significativa al  $p < 0.004$ , y el factor actividad con una media corregida de -24.75 también estadísticamente significativa al  $p < 0.0001$ . - El concepto vida parece ser más significativo para el grupo - control en los tres factores que para los demás grupos, por lo que se rechaza la hipótesis de nulidad.

#### Concepto Muerte.

Para este concepto las hipótesis estadísticas planteadas fueron las siguientes:

$H_0$  Los grupos afectados (1,2,3) presentan la misma actitud - ante el concepto Muerte que el grupo control (4).

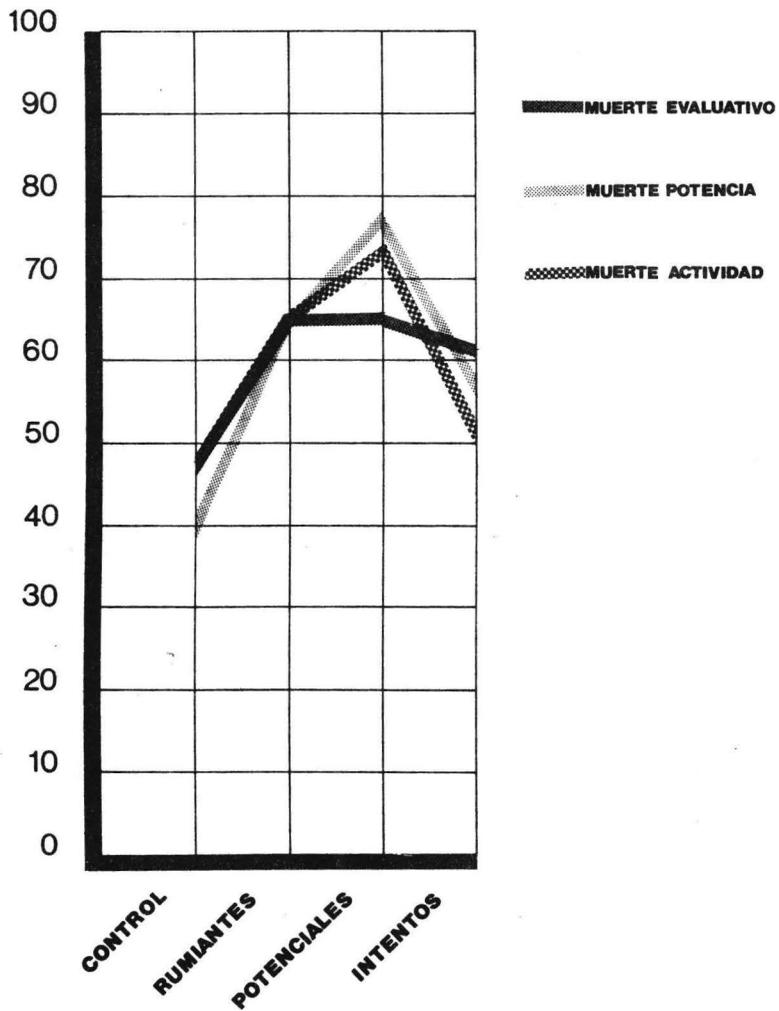
$H_1$  Existen diferencias de actitud ante el concepto muerte en tre los grupos afectados (1,2,3) y el grupo control (4).

$$H_0 \quad X_1 \quad X_2 \quad X_3 = X_4$$

$$H_1 \quad X_1 \quad X_2 \quad X_3 \neq X_4$$

La gráfica C nos muestra que es el grupo control el que evalúa de una forma menos favorable el concepto Muerte que los demás grupos siguiéndole el grupo de intentos y siendo para - el grupo de potenciales el que presentó una actitud positiva y más favorable hacia el concepto que los demás:

El cuadro 11 nos muestra el análisis del concepto muerte para cada factor del diferencial semántico. En este concepto las diferencias estadísticamente significativas se centraron



GRAFICA C. PUNTAJES PROMEDIO DEL CONCEPTO "MUERTE" DE LOS CUATRO GRUPOS ESTUDIADOS.

en el factor potencia ( $x^2 = 19.05$   $p < 0.000$ ) y en actividad ( $x^2 = 12.06$  y  $p < 0.007$ ), mas no así en el factor evaluativo ( $x^2 = 5.44$   $p > 0.14$ ). La muerte parece ser más considerada - para el grupo de los potenciales, tanto en el factor muerte potencia (78.03) como en el factor muerte actividad (75.77) siguiéndole de cerca los rumiantes (65.65) y continuando con el grupo de intentos (52.32 y 58.37). Siendo el grupo control el que menor importancia le dio al concepto de muerte tanto a nivel de factor potencia (39.95) como a nivel actividad (48.13), por lo que se rechazó la hipótesis nula sólo en términos de dimensión potencia y actividad.

#### Concepto Suicidio.

Para este concepto las hipótesis fueron las siguientes:

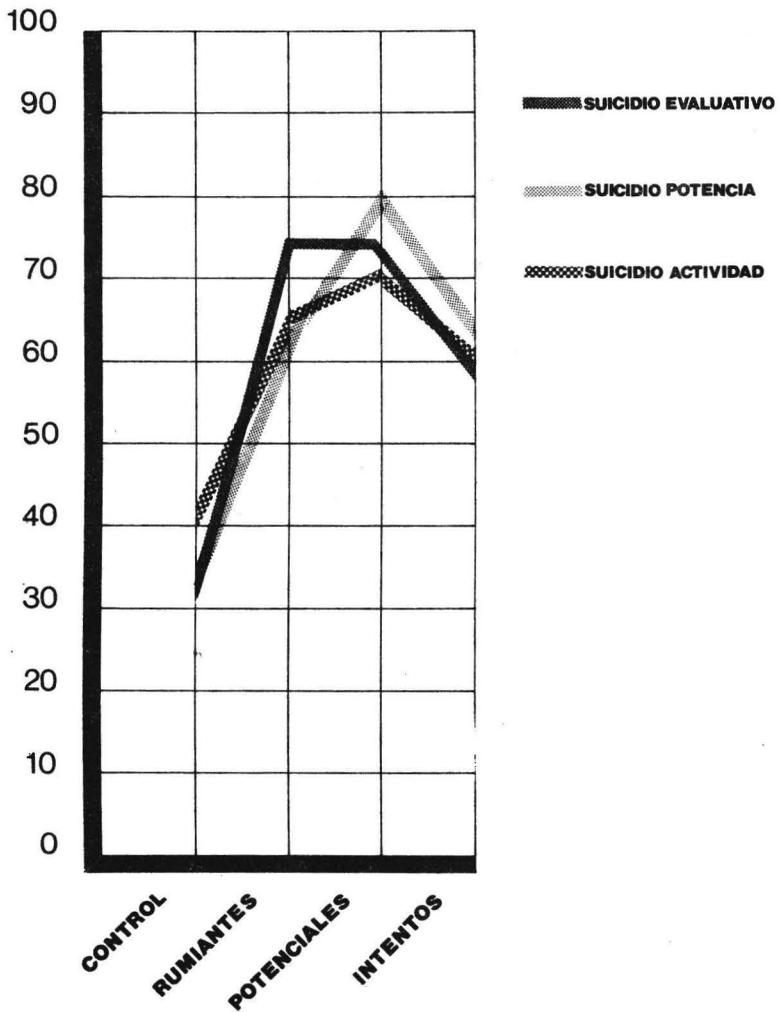
$H_0$  No existe diferencia de actitud ante el concepto Suicidio entre los grupos afectados (1,2,3) y el grupo control (4)

$H_1$  Existe una diferencia estadísticamente significativa en tre los grupos afectados y el grupo control (4).

$$H_0 \quad X_1 \quad X_2 \quad X_3 = X_4$$

$$H_1 \quad X_1 \quad X_2 \quad X_3 \neq X_4$$

La gráfica D nos presenta la actitud de los grupos ante - el concepto Suicidio. Podemos detectar que sí existe una diferencia observable en cuanto a los puntajes que obtuvieron el grupo control y los puntajes de los grupos de rumiantes, potenciales e intentos los cuales evalúan con mayor fuerza al - concepto suicidio, siendo el más alto el grupo de potenciales siguiéndole el de rumiantes y el de intentos.



GRAFICA D. PUNTAJES PROMEDIO DEL CONCEPTO "SUICIDIO" DE LOS CUATRO GRUPOS ESTUDIADOS.

El cuadro 12 nos presenta al concepto suicidio evaluado por los cuatro grupos por cada factor del diferencial semántico (evaluación, potencia y actividad). Para estos tres factores el concepto suicidio fue estadísticamente significativo ( $\chi^2 = 29.77$ ,  $p < 0.000$ ;  $\chi^2 = 28.42$ ,  $p < 0.000$ ;  $\chi^2 = 10.58$ ,  $p < 0.01$  respectivamente). A nivel evaluativo son los rumiantes y potenciales los que presentan una media de rangos más alta (75.37 y 74.68) en comparación con el grupo de intentos (59.08) y aún más bajo quedó la media del grupo control con una media de rango de 32.87. El concepto suicidio parece tener mayor significancia a nivel evaluativo para los grupos de rumiantes y potenciales que para los controles a nivel del factor potencia son el grupo de sujetos denominado potenciales los más altos (80.35) y el más bajo fue el grupo control (33.70). A nivel del factor actividad siguen siendo los potenciales (70.62) siguiéndole muy de cerca los rumiantes (65.67) y los intentos (62.23) los que obtuvieron la media de rangos más alta en comparación con el grupo control (43.48). Permittiéndonos con base en los datos y el análisis comprobar la hipótesis alterna y rechazar la hipótesis nula.

#### Concepto Yo.

Para este concepto las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

- $H_0$  No existe diferencia estadísticamente significativa en el concepto Yo entre los grupos afectados y el grupo control.
- $H_1$  Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos afectados y el grupo control en términos de su actitud hacia el concepto Yo.

$$H_0 \quad X_1 \quad X_2 \quad X_3 \quad = \quad X_4$$

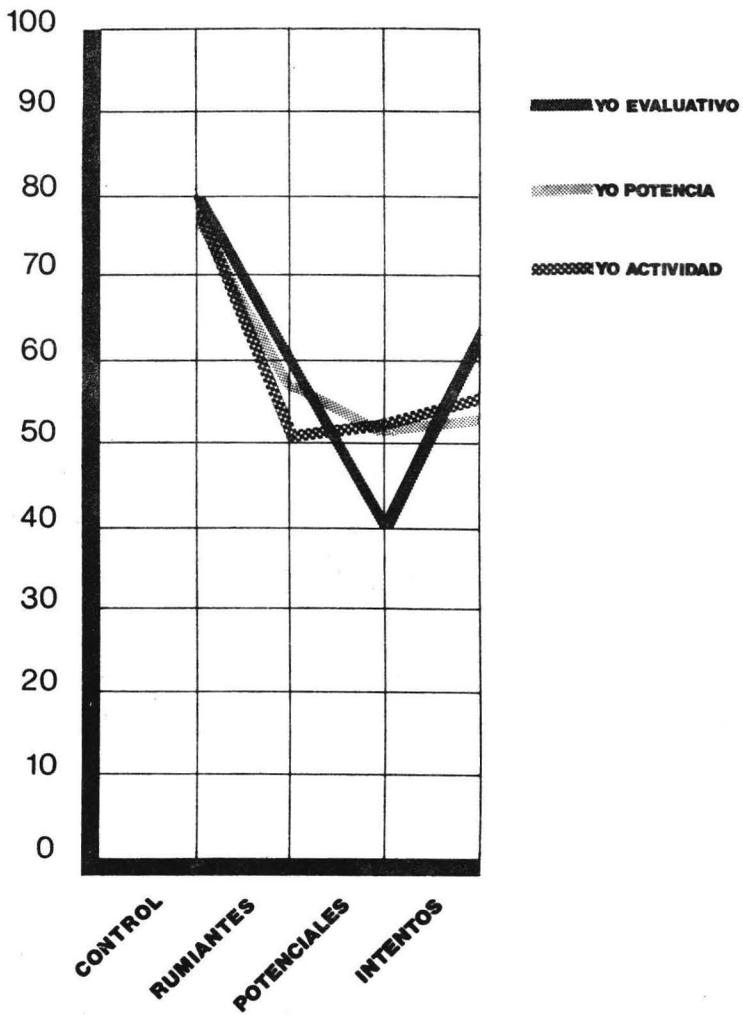
$$H_1 \quad X_1 \quad X_2 \quad X_3 \quad \neq \quad X_4$$

En la gráfica E podemos observar que es el grupo control el que difiere y el que obtiene una puntuación más elevada y favorable hacia el concepto Yo que los grupos afectados de rumiantes, potenciales e intentos. Siendo el grupo de los potenciales el que presentó una actitud negativa hacia este concepto.

Con respecto al concepto Yo, el cuadro 13 nos presenta que a nivel evaluativo el concepto yo, fue evaluado de una forma diferente en los cuatro grupos ( $x^2 = 20.02$   $p < 0.000$ ) siendo el más alto el grupo control (79.80) y el más bajo el grupo de los potenciales (39.85) manteniéndose muy cerca y constantes los grupos de intentos (61.80) y rumiantes (60.55). A nivel del factor potencia el concepto Yo, también fue estadísticamente significativo ( $x^2 = 11.52$   $p < 0.009$ ) siendo el nuevo el grupo control el que obtuvo la media de rangos más alta de 78.57 en comparación con los grupos de intentos (53.15), rumiantes (58.47) y potenciales (51.82).

Cuando se evaluó el concepto Yo, bajo el factor actividad se encontró el mismo patrón, de los anteriormente mencionados en el cual el grupo control tiene una media de rangos mayor de 81.38 comparado con los rumiantes quienes obtuvieron la media de rangos más baja de 52.35, más no muy distante de los potenciales (52.37) e intentos (55.90). Se encontró que para los cuatro grupos si hubo una diferencia estadísticamente significativa con una  $X^2 = 14.80$ ,  $p < 0.002$ .

El cuadro 14 nos presenta las medias de rangos y su significancia de cada uno de los conceptos evaluados (vida, yo, suicidio, muerte) por cada factor del diferencial semántico (evalua



GRAFICA E. PUNTAJES PROMEDIO DEL CONCEPTO "YO" DE LOS CUATRO GRUPOS ESTUDIADOS.

ción, potencia y actividad) bajo un análisis estadístico no paramétrico la U de Man-Whitney que nos permitió comparar dos grupos independientes. Esto es, cada grupo fue comparado por el grupo control en cada nivel del diferencial semántico. - Análisis que nos permitió comprobar y apoyar las diferencias estadísticamente significativas detectadas cuando se sometieron a análisis los cuatro grupos con base en una sola variable.

#### Pensamiento Irracional.

Un objetivo importante dentro del presente trabajo fue el de conocer el tipo de pensamiento que presentaba cada uno de los grupos, así como saber si diferían en la carga de éstos, para lo cual el Inventario de Pensamiento Irracional se procedió a desarrollar un análisis separado. Esto es, se presentarán cuadros descriptivos de cada una de las escalas del inventario de pensamiento (el cual consta de 10 escalas de ideas irracionales, ver apéndice VII) en los cuatro grupos - así como sus análisis estadísticos, y también se presentarán los datos del Inventario pero habiendo sido sometido el instrumento a un Análisis Factorial, del cual sólo se obtuvieron cinco escalas.

La gráfica F nos presenta los datos graficados de cada uno de los cuatro grupos ante las 10 escalas del inventario de pensamiento irracional. Como podemos observar la gráfica del grupo control se diferencia objetivamente de los grupos afectados en la mayoría de las escalas, teniendo sólo puntos de contacto en las escalas 6 y la 2.

En el cuadro 15, aparece el análisis estadístico Kruskal-Wallis, para cada pensamiento comparando los cuatro grupos.



Como puede verse a excepción del pensamiento o escala número 6 y 10 en los que parece ser que existe una homogeneidad en los grupos a este pensamiento, los demás pensamientos evaluados obtuvieron una diferencia estadísticamente significativa abajo de  $p < .01$ . Siendo el grupo control en los restantes 8 escalas o pensamientos donde se encontraron diferencias con menores cargas.

Las hipótesis planteadas para estas variables fueron las siguientes:

$H_0$  No existe diferencia estadísticamente significativa en las escalas del Inventario de Pensamiento Irrracional entre los grupos de intentos, rumiantes, potenciales y control.

$H_1$  Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de intentos, rumiantes, potenciales y control en términos de las escalas del Inventario de Pensamiento Irrracional.

$$H_0 \quad X_1 = X_2 = X_3 = X_4$$

$$H_1 \quad X_1 \neq X_2 \neq X_3 \neq X_4$$

Bajo estas hipótesis se determinó aceptar la Hipótesis nula pero sólo en ocho escalas del Inventario.

Después de hacer comparaciones entre los 4 grupos se procedió a aplicar el análisis estadístico la U de Mann Whitney en grupos pares, esto es, el grupo de intentos vs control; rumiantes vs control y potenciales vs control para cada una de las 10 escalas o pensamientos irracionales, con el fin de determinar si las diferencias encontradas al comparar los cuatro grupos se mantenían por pares. El cuadro 16, nos presenta

la comparación del grupo de intentos vs el grupo control. En este cuadro vemos como en las escalas 3, 5, 7, 8, 9, 10 se presentaron diferencias estadísticamente significativas. Incluso en la escala 10 en donde, ésta al comparar los cuatro grupos no resultó ser significativa. Detectando también que es el grupo control el que obtiene en todas las escalas sus rangos de medias más bajas.

El cuadro 16, nos compara el grupo de rumiantes vs control en el que las escalas 2, 3, 5, 7, 8, 9 y la 10 presentaron diferencias estadísticamente significativas. El cuadro 16, presenta los datos del análisis estadístico comparando - potenciales vs control, en el que fueron 7 escalas del inventario las que obtuvieron diferencias significativas (1,3,4, 5,7,8,9) volviendo a encontrar el patrón de que el grupo control presentó puntajes más bajos en sus medias.

#### Pesamiento Irracional con Análisis Factorial.

Como se mencionó anteriormente el inventario de pensamiento irracional fue sometido a un análisis factorial del cual se obtuvieron cinco escalas significativas, siendo conceptualizadas éstas de la siguiente manera: Locual de Control Interno, Orientación de Logro, Baja Tolerancia a la Frustración, Aceptación de la Condición Humana e Interés por la Moralidad. Aunque en el análisis factorial desarrollado podrían cuestionarse ciertos inconvenientes de tipo metodológico, ya sea por el número de sujetos al cual fue aplicado (100 sujetos) o por el procedimiento de análisis, nos permitimos presentar los datos de las cinco escalas de una forma solamente descriptiva, y previniendo que estos datos deben ser considerados con mucha cautela.

Las hipótesis para estas variables fueron las siguientes:

$H_0$  Los grupos de intentos (1) rumiantes (2) y potenciales (3) y control (4) no presentan diferencias estadísticamente significativas en sus puntajes al Inventario de Pensamiento Irrracional de 5 escalas.

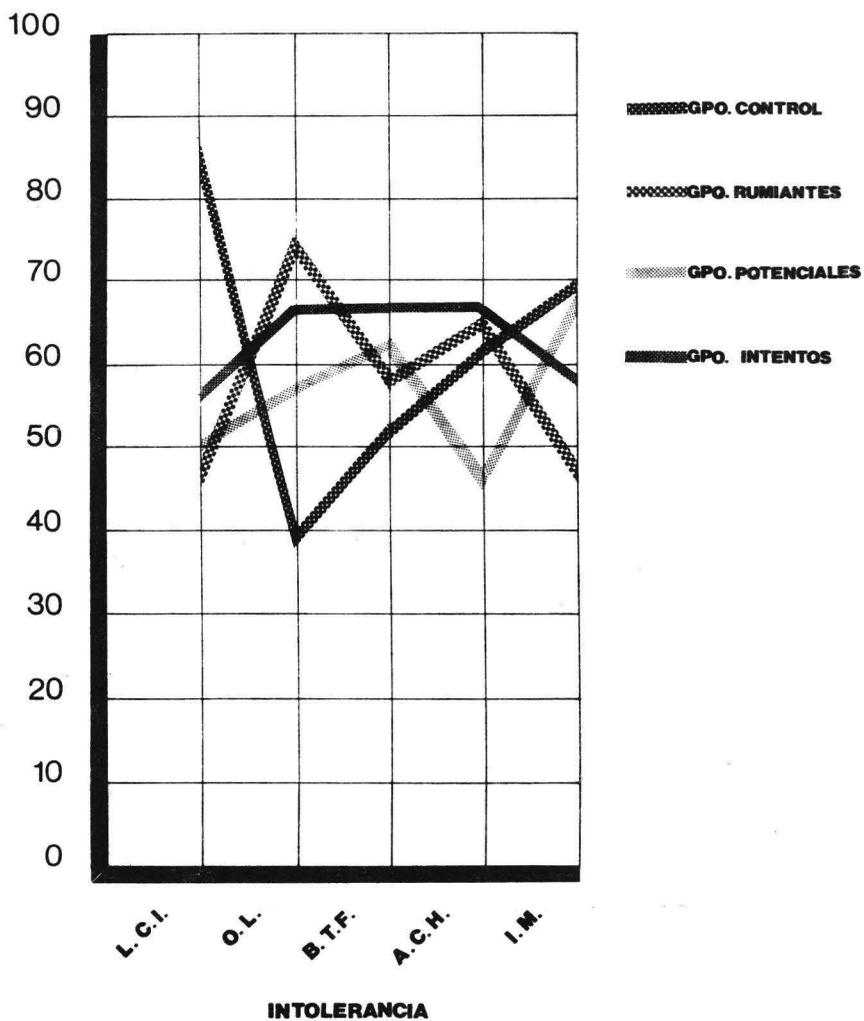
$H_1$  Los grupos de intentos (1) rumiantes (2) potenciales (3) y control (4) difieren estadísticamente en sus puntajes a las cinco escalas del Inventario de Pensamiento Irrracional.

$$H_0 \quad X_1 = X_2 = X_3 = X_4$$

$$H_1 \quad X_1 \neq X_2 \neq X_3 \neq X_4$$

La gráfica G, nos presenta los puntajes obtenidos por cada uno de los cuatro grupos ante las cinco escalas. En donde podemos detectar que el grupo control es el que presentó mayor control interno en comparación con los grupos afectados, pero fue el más bajo en la escala de Orientación de Logro, estando muy homogéneo con los demás grupos en las escalas de Baja Tolerancia a la Frustración y Aceptación de la Condición Humana y siendo el más alto en Interés por la Moralidad.

El cuadro 17, nos reporta el análisis de Kruskal-Wallis para cada escala de Inventario de Pensamiento Irrracional en términos de los cuatro grupos. Como podemos ver la escala de Locus de Control Interno fue estadísticamente significativa con una media de 26.84 y  $p < 0.000$ , siendo el grupo control (88.20) y el de intentos (57.10) los que calificaron más alto en esta escala. Para Orientación de Logro son el grupo de intentos (68.08) y rumiantes (76.33) los más altos en comparación con los potenciales (57.13) y el control (40.45). Esta comparación se encontró ser significativamente diferente



**GRAFICA G.** PUNTAJES PROMEDIO OBTENIDOS POR LOS CUATRO GRUPOS, ESTUDIADOS ANTE LAS 5 ESCALAS DEL INVENTARIO DE PENS. IRRACIONAL,

con una  $x^2 = 18.08$  y  $p < 0.000$ . En la escala de Baja Tolerancia a la Frustración no se presentó ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los cuatro grupos, lo que implica que los sujetos pertenecen a la misma población en términos de tolerancia a la frustración. Para la escala de Aceptación de la Condición Humana no se encontró tampoco una diferencia significativa, pero sí marginal con una media de rangos de  $x^2 = 7.23$  y  $p < 0.06$ . En interés por la Moralidad si se presenta una  $x^2 = 8.64$  siendo ésta significativamente diferente a  $p < 0.03$ . Fue el grupo control (69.70) el que presenta mayor interés por este concepto que los demás grupos.

Para conocer si las diferencias establecidas anteriormente se mantenían al hacer comparaciones por pares, se procedió a usar la U de Mann Whitney para dos grupos independientes y aplicarlo a cada una de las cinco escalas, los datos arrojaron que al comparar el grupo de intentos contra el grupo control, las únicas escalas que obtuvieron diferencias en estos dos grupos fueron la de Locus de Control Interno y Orientación de Logro (ver cuadro 18) y en comparación del anterior análisis vemos que la única diferencia que no se mantuvo fue el de la escala de Interés por la Moralidad. El cuadro 18, nos presenta el análisis de las cinco escalas comparando los grupos de rumiantes vs control. En este caso fueron de nuevo la escala de Locus de Control Interno ( $u = 149.5$   $p < 0.000$ ) y Orientación de Logro ( $u = 204.5$   $p < 0.000$ ) las significativas, sumándose en este par de grupos la escala de Interés por la Moralidad con una  $u = 302.5$   $p < 0.02$ .

En el cuadro 18 nos presenta la comparación entre los grupos de potenciales vs grupo control, del cual podemos extraer que sólo tres escalas fueron estadísticamente signifi-

cativas: Locus de Control Interno ( $u = 172.0$   $p < 0.000$ ), Orientación de Logro ( $u = 298.0$   $p < 0.02$ ) y Aceptación de la Condición Humana ( $u = 308.5$   $p < 0.03$ ). En donde en la primera escala y en la tercera el grupo control obtuvo sus medias de rangos más altas, no así en la de Orientación de Logro en la que el grupo de potenciales fue el que calificó más alto (35.57) que el grupo control (25.43).

Como ha podido observarse en esta parte sólo se describieron de una manera amplia los resultados obtenidos, así como los datos arrojados después de aplicar análisis estadísticos de tipo no-paramétrico. Es obvio que los datos de esta investigación soportarían análisis mucho más sofisticados (discriminante, análisis de cúmulos, covarianza, análisis de regresión lineal y múltiple, etc.) amén de que sería de gran importancia conocer los resultados que arrojarían dichos análisis. Sin embargo, aunque el autor pretende en un futuro realizar análisis más profundo de los presentados en este trabajo, considera que con lo expuesto hasta este momento podrían cubrirse los objetivos planteados con anterioridad en la parte de método.

CAPITULO IV.- Conclusión y Discusión

## CONCLUSION Y DISCUSION

A partir de los datos obtenidos en esta investigación - la cual sometió a comprobación una serie de hipótesis planteadas en la sección correspondiente al método, procederemos a delinear las conclusiones más relevantes a las cuales llegamos.

Es claro que la importancia de abordar problemas psicosociales como el suicidio, la farmacodependencia, el alcoholismo, etc., desde una perspectiva tanto teórica como metodológica para su comprensión y entendimiento es fundamental, no sólo porque día a día se incrementa su incidencia, sino por el efecto que provoca a nivel de salud mental en toda la población. Así, tanto el caso del suicidio como del intento de suicidio, vistos como fenómenos multifactoriales quedan expuestos a ser eventos que deben ser abordados en todas sus dimensiones.

La investigación desarrollada en nuestra sociedad sobre el suicidio y el intento de suicidio es mínima, en comparación con otros países. Si bien es cierto que se ha aportado información sobre el problema, poco se ha hecho para explicarlos, ya que en su mayoría sólo se presentan datos de tipo descriptivo, permitiéndonos ver que la incidencia del fenómeno no viene a ser cada día más impresionante y amenazadora. Los datos de los estudios descriptivos apoyan también la posición de considerar que no hay un sólo factor de riesgo y mucho menos una caracterología psicológica y específica de los que intentan suicidarse y de los que lo logran. Hay muchos elementos implicados que permiten la posibilidad de que cualquier persona llegue a comportar tal fenómeno. Así a medida que se va ahondando más en el tema nos percatamos de que hay más preguntas que contestar que respuestas posibles y tentativas.

Mediante esta investigación hemos podido identificar la presencia de una correlación positiva y directamente proporcional entre el fenómeno en estudio y el interés del investigador. Por un lado en la medida que ahondamos más en buscar elementos del fenómeno suicida para comprender su proceso, nos damos cuenta que se vuelve más complejo en su explicación y a su vez va aumentando nuestro interés en seguir analizando y determinando los factores de riesgo que pudieran estar asociados al fenómeno.

El interés por generar mayor investigación en este tópico que además de perseguir objetivos descriptivos aborde el estudio de factores internos que aporten resultados interesantes para lograr una comprensión y entendimiento del fenómeno del suicidio implicarían una descripción de los factores que subyacen e interactúan para dar como consecuencia - tal resultado. Por lo que ante la escasa investigación de - tipo explicativo es necesario generar estudios en este tópico, que aparte de cubrir variables de tipo descriptivo, - aborde variables o factores asociados al fenómeno pero, en otro nivel de descripción.

Los factores que consideramos interesantes de abordar en este trabajo, son los factores encubiertos. Tomar como punto de análisis los factores internos que subyacen a cualquier ser humano con base en los cuales pretendemos describir el proceso del para-suicida, es considerar al ámbito interno como una "estructura plenamente cognoscitiva" en la que uno de sus elementos más interesantes son las creencias o pensamientos. Bases de las cuales partimos para describir el origen, de una perturbación emocional como la depresión, como el llegar a un paradigma interno dicotómico cognoscitivo

en el cual las creencias o pensamientos juegan un importante papel situándose en dos puntos distantes vida-muerte. - Dicotomía en la que el sujeto al tratar de tomar una decisión y estando bajo un estado emocional crítico, llega a elegir el extremo negativo, que le llevaría a buscar activamente la muerte a través del suicidio.

Es a partir de la relación entre las creencias o pensamientos y la conducta emocional anteriormente planteada - que surgió el objetivo del presente estudio, abordando una línea de investigación diferente de la que hasta la fecha se había desarrollado en México, al estudiar la conducta - suicida.

El abordar líneas de investigación en donde se trabajan factores cognoscitivos, no sólo es necesario en la psicología actual sino que además, viene a ampliar nuestro panorama de los comportamientos denominados multifactoriales del ser humano. Dember (1974) menciona que el interés que llevó a provocar una "Revolución Cognoscitiva" en donde el desarrollo de los modelos mediacionales permitieron una nueva aproximación teórica entre los eventos cognoscitivos y los eventos conductuales, no sólo estaba dada dentro del dominio de los profesionales de la conducta, sino también, por los científicos e investigadores con orientación clínica y aquellos dedicados al estudio de la salud mental.

Es sabido que el suicidio ha sido considerado y abordado por "N" direcciones, basadas en diferentes aproximaciones teóricas, las cuales si bien son importantes y nos han aportado elementos de apoyo teórico, no han sido totalmente exhaustivas en su explicación. Así, tenemos que una primera fuerza que abordó el tema del suicidio, fue la posi-

ción psicoanalítica que siendo tradicional y fuerte en términos de predominio teórico, ha intentado explicar la conducta suicida partiendo de esquemas conceptuales como la agresión, los deseos, y el narcisismo, entre otros, pero que por otro lado y también con base en los mismos términos ha mostrado ser poco consistente ya que utiliza conceptos sumamente vagos, dificultando la verificación de sus resultados bajo investigación empírica. Además de que la aproximación psicoanalítica explica parcialmente la conducta suicida, por lo que si se analiza bajo un planteamiento deductivo es poco comprobable, es decir, cuando se pregunta por la estructura de la aclaración, se obtienen resultados que denotan debilidad (Welz, 1979).

Otra dirección, no menos importante, ha sido la expuesta por Durkheim (1965), quien menciona que el suicidio es un problema que tiene que ver con la tensión y la presión social. Para él, las fuerzas sociales que unen al individuo con sus semejantes o que contribuyen a la cohesión de una comunidad pueden ser de suprema importancia y cuando son gravemente amenazadas pueden dar por resultado un comportamiento auto-agresivo. (Morgan, 1983). La posición de Durkheim, siendo una aproximación social parece ser de mayor consistencia que la psicoanalítica. Primero, porque explica con claridad la generalidad; y segundo, por poseer un amplio horizonte de comparaciones siendo posible verificar por la observación directa, que tanto la anomia y la desintegración social son factores desencadenantes del suicidio. (Klaus 1983).

No obstante, que son importantes e interesantes los postulados que plantean estas dos grandes aproximaciones -

al confirmar que el suicidio y el intento de suicidio son - comportamientos multicausales, no llegan a abordar la complejidad, tanto de las manifestaciones conductuales, como la - complejidad de los motivos subyacentes al comportamiento suicida. El dejar fuera del estudio del comportamiento humano a los factores cognoscitivos no sólo limita la comprensión del mismo, sino, que deja fuera una característica del hombre que actualmente ha sido plenamente confirmada y que, es su capacidad de "procesador". El hombre no sólo registra pasivamente al mundo como realmente es, sino que también filtra, transforma y construye las experiencias que constituyen su realidad (Green, 1981).

Es así, como al abordar el suicidio y al intento de suicidio desde este punto de vista, en donde los factores y variables encubiertas tienen mucho que decir, nos permitieron ir más allá de las aproximaciones que hasta la fecha se tienen para entender el comportamiento suicida.

Como toda investigación y más en el momento de su proceso, el experimentador se enfrenta a una serie de limitantes que vienen a restringir lo planteado en un proyecto, y a los cuales hay que dar solución o encontrar formas alternativas dentro de un encuadre metodológico para seguir adelante. Así la presente investigación no siendo la excepción, presentó dificultades, las cuales se presentaron en el aspecto de la muestra. Aunque hubiera sido deseado el contar con una muestra representativa de los sujetos con intento de suicidio, las características fenomenológicas del tópico, así como los aspectos sociales del mismo nos impidieron seleccionar una muestra probabilística. Para su obtención hay que considerar dos aspectos a) el que se refiere a la Selección aleatoria

y b) el que se refiere a la asignación al azar. En el primer caso, la línea a seguir, sería el haber enlistado los hospitales existentes en el Distrito Federal para posteriormente seleccionar una muestra aleatoria de éstos, y así seleccionar a los sujetos que serían estudiados. No obstante, de que el primer punto podría ser cubierto, nos enfrentamos a la limitación de que los hospitales que hubieran sido seleccionados aceptaran el desarrollo de la investigación en su institución, ya que no todos los directivos, aceptaban o estaban de acuerdo con el tipo de proyecto, debido quizás a la ignorancia del tema o exponiendo políticas o lineamientos institucionales - establecidos que impedían el abordar a los sujetos. De aquí que una solución a esto fue el de restringir nuestra muestra de hospitales, a aquellos que habiendo leído y estudiado el proyecto, nos abrieran las puertas para su realización. Dando así paso a una población sesgada y por lo tanto elegida por disponibilidad.

En el segundo caso, que se refiere a la asignación al azar y en la cual ya teniendo el hospital podríamos haber enlistado a todos los sujetos que llegaban con intento de suicidio y posteriormente seleccionar a éstos en términos - probabilísticos dando una muestra representativa, resultó - también ser poco factible, debido a limitantes tanto de la propia institución como del paciente que pide servicio. Heman (1982) menciona que la fuente importante de donde se obtienen los registros de personas que han intentado suicidarse son las instituciones hospitalarias que prestan servicios - médicos de urgencias. Estos hospitales son los primeros que se visitan cuando se va a desarrollar este tipo de investigación por dos motivos: por un lado, porque son a los que

asiste un porcentaje elevado de la población y por otro, por que se puede encontrar un registro de cada una de las personas que solicitan servicio de urgencia con datos importantes: como nombre, dirección, edad, sexo, hora y día de admisión, problema por el que solicita servicio, personas que lo acompañan, diagnóstico y tratamiento.

No obstante, a pesar de llevar registros de estas personas no es muy sencillo el acceso a diferenciar a los intentos de suicidio. Los datos que se les piden a los pacientes son tomados por las trabajadoras sociales que son las encargadas de tener el primer contacto con el paciente al ingresar a la institución; entre las preguntas que se les solicitan son: - ¿Qué le pasa? ¿Qué le sucedió?, ante esto, el sujeto manifiesta solamente el tipo o padecimiento que presenta sin hacer alusión a las razones o a las causas, de aquí que si una persona ha intentado suicidarse ingiriendo una gran cantidad de pastillas, no será detectado, ya que él expondrá como padecimiento una intoxicación medicamentosa, o una equivocación al ingerir medicamentos y sí se considera que en cada intento de suicidio, al presentarse a servicio de urgencias, debe de ser canalizado a un ministerio público para investigar si no fue impulsado o sugerido, entonces entenderemos el temor del paciente al ocultarlo y evitarse otro tipo de problema, más del que ya presenta al asistir al servicio.

La dificultad para detectar al intento de suicidio cuando se presenta al servicio, no es por parte del paciente, ya que tendería a ocultarlo, sino creemos que básicamente estriba en el tipo de comunicación o entrevista tan informal al que se enfrentan paciente-trabajadora social. Dicha entrevista podría ser etiquetada como rutinaria, que manifiesta -

una falta de interés y preocupación para un fenómeno social como lo es el intento de suicidio. Esto es notorio, ya que creemos que la mayoría de los registros de los sujetos que llegan al servicio y son etiquetados como intoxicación medicamentosa, cortada de muñecas, intoxicación con d.d.t., ácido, etc. tienen subyacentemente una auto-agresión. Esto queda claro si consideramos algunos otros factores relacionados con cualquier persona que se presente manifestando este padecimiento. Una mujer de 25 años pidiendo servicio de urgencias por intoxicación medicamentosa accidental es lógico - que genere ideas en el profesionista de la salud. Se dudaría de lo factible que haya sido el equivocarse de medicamento, si realmente, éste fue dado por un médico y tiene una receta y un padecimiento específico. Además, generalmente cuando - se recata un medicamento, se da una indicación de la cantidad y frecuencia con que se debe de ingerir diariamente, para no provocar intoxicación o efectos colaterales.

Por otro lado, para poder provocar una intoxicación que ponga en grave peligro su vida y que requiera atención médica de urgencia, tuvo que haberse ingerido una gran cantidad de medicamento. Es obvio que este tipo de deducciones no se crearían si la paciente contara con 12 años, fuera menor de edad, o tuviera un padecimiento de tipo neurológico en el - que la probabilidad de equivocarse al ingerir un medicamento, o el abusar de él, es factible por accidente o descuido de personas cercanas a él. Esto no quiere decir, que todas las intoxicaciones medicamentosas tengan subyacentemente un intento de suicidio, ya que existen casos en los que las - personas, por no seguir las indicaciones del médico, por - falta de información, para aliviarse con mayor rapidez o -

por no poner atención en las indicaciones, han provocado y creado un accidente poniendo su vida en peligro, pero sin percatarse de las consecuencias.

Una pregunta que surgirá entonces sería ¿Cómo poder distinguir entre los accidentes y los intentos de suicidio?. - Creemos que el tener personas preparadas no sólo con relación al intento de suicidio, sino con respecto a otros problemas de salud pública que presenta la población, como alcoholismo, drogadicción, etc., ayudaría sobremanera a poder detectarlos y canalizar a otras fuentes de ayuda, aparte de los servicios médicos. Permitiría estudiar con mayor profundidad el fenómeno ya en consecuencia, a partir de esto, generar programas de prevención adecuados a la población. Un personal preparado en este tipo de conductas aunado al desarrollo de un adecuado tipo de entrenamiento para la población que se presenta como para los problemas que asume cada individuo, permitiría un registro más cercano a la realidad de los pacientes con intento de suicidio, así como de otros. El preguntar sobre causas, razones, motivos, medio y contextos en el que sucedió el acto, el ser un poco más curioso cuando se ha creado la duda de un accidente o no, sería un factor determinante que ayudaría a detectar y a mejorar los problemas en los sectores poblacionales donde se presentan estos comportamientos con mayor frecuencia.

Ahora bien, en relación con la sugerencia anterior de tener un personal preparado, capacitado en los hospitales de urgencias, ésta podría ser considerada fuera de un contexto real, si nos percatamos de la población que recibe cada uno de los centros de emergencia y urgencia de un hospital, que sería aproximadamente de unas 400 personas por día, para lo cual el hacer una entrevista profunda para cada paciente

crearía problemas, como el requerir, mayor personal, tiempo y esfuerzo por parte de las personas que tienen el primer contacto con ellos. Si a cada persona se le dedicaran 30 - minutos para obtener información, realmente no alcanzaría el tiempo de 8 horas de trabajo laboral para entrevistar a tanta población. Lo que unido a todo lo anterior viene a restringir las posibilidades de obtener una muestra representativa, ya que muchos intentos de suicidio pasarán desapercibidos, y sin ser atendidos adecuadamente.

De las conclusiones más relevantes de esta investigación podemos decir, que el grupo integrado por para-suicidas, aquellos que tenían una historia previa de suicidio, presentaron un alto deseo de morir, deseo que mostró una relación lineal con la realidad del acto cometido, lo cual se observa, ya que la mayoría de los sujetos se agrupó en la categoría de una alta probabilidad de morir, implicando que su acto fue serio, y que en el caso de estos sujetos su suicidio fue frustrado. Tales datos nos llevaron a confirmar la hipótesis de que un mayor deseo de muerte, un mayor riesgo del acto y una historia previa de suicidio llevaría a incrementar la seriedad de un segundo intento.

En las variables clínicas se propuso que tanto la ansiedad como la depresión intensa incrementaban la seriedad del intento de suicidio. En este caso no se pudo comprobar tal afirmación, ya que los datos nos mostraron que fueron los grupos de los ruminantes y de los potenciales los que presentaron una mayor intensidad de depresión y ansiedad que los del grupo de intentos.

Este aspecto concuerda con una noción interesante y que se refiere a que un sujeto en estado depresivo es difícil -

a consumar el acto, debido a que el sujeto deprimido presenta características sintomatológicas tanto de un aplanamiento afectivo como conductual, estado en el que sería difícil - que el sujeto llevara a cabo tal comportamiento. No así cuando éste va saliendo del estado depresivo en el cual los factores del riesgo y la probabilidad de incrementarían dando paso a un comportamiento auto-destructivo.

Es importante mencionar que al abordar la conducta suicida con fines de evaluar factores clínicos de ansiedad y depresión se presentan problemas de tipo metodológico y en este caso, el factor "tiempo" de aplicación de los instrumentos es fundamental para la interpretación de los datos.

El tiempo en que se cometió el acto y el tiempo en que se evaluó al sujeto producen una notable diferencia de interpretación. Los suicidas estudiados tenían un promedio aproximado de seis meses de que habían cometido su último atentado, lo cual viene a reducir nuestra confianza en los resultados que se obtuvieron al relacionar variables clínicas y seriedad del acto. Heman (1982) menciona que el factor tiempo entre el acto suicida vs. la entrevista, es un factor metodológico importante a considerar en investigación sobre el suicidio, ya que pueden intervenir distorsiones de información, de realto, y elaboración cognoscitiva como resultado de un proceso terapéutico, psiquiátrico o psicológico, o percibir el acto como lejano y olvidado, creando una alteración en el recuerdo real, tanto cognoscitivo como emocional. Caso específico es el instrumento que evaluó niveles de depresión, el cual nos aportó datos de este factor en el momento de la aplicación, y no de los momentos anteriores o posteriores - inmediatos al acto cometido, que hubiera sido altamente inte

resante, y en el cual creemos podríamos haber confirmado entonces nuestra hipótesis. Por lo que en este aspecto, básicamente con la variable depresión, habrá que ser cauteloso al interpretar los datos en términos de una validez externa.

La suposición de que los sujetos suicidas concebían a los conceptos de vida como negativos y al concepto muerte como positivo, no fue apoyada en el presente estudio. Los datos indicaron que para el grupo de los intentos, los conceptos de muerte y suicidio son poco significativos y aún más para el grupo control; no así el concepto vida al cual le dan una mayor evaluación positiva en comparación con los grupos de rumiantes y potenciales. El concepto de vida vino a ser el más representativo para el grupo control y para el grupo de intentos en las dimensiones de evaluación y actividad del diferencial semántico, en comparación con los rumiantes y los potenciales. Llevándonos estos datos a rechazar la hipótesis de que el grupo de los intentos tendría una actitud positiva ante conceptos de muerte y suicidio. (ver Neuringer 1968). Si bien es un resultado interesante que arrojó esta investigación, es conveniente mencionar que podrían plantearse ciertas explicaciones alternativas para los mismos datos.

Una explicación tentativa se refiere a lo que algunos suicidólogos llaman "Efecto Catártico" del intento de suicidio (ver Stengel 1974, Rojas 1978, Gorenc 1983), esto es, que después de haber vivido el proceso y las consecuencias del intento, se presenta un estado de relajación y estabilidad emocional, en cuyo caso se modifican las actitudes ante el acto suicida, como también ante todos aquellos factores relacionados con él. De aquí que posiblemente sus actitudes

ante los conceptos de muerte y suicidio hayan variado, dando una actitud desfavorable ante estos conceptos, y dirigiéndose la actitud favorable y positiva al concepto vida. Sin embargo creemos que estas actitudes podrían haber tomado caminos diferentes si se hubieran evaluado a los sujetos momentos antes del acto suicida en donde los mismos conceptos podrían ser valuados de forma positiva y deseable. (Neuringer 1961, 1968, 1979).

Otra posible explicación basada en aspectos metodológicos sería a los que Campbell y Stanley (1979) llaman "Efecto Reactivo", esto es la reactividad provocada por el instrumento de medición. Los sujetos estudiados pudieron haberse percatado del interés de la investigación al evaluar sus actitudes ante los conceptos, ya que es obvio que están íntimamente relacionados con su comportamiento y en consecuencia, ante tal conciencia de los sujetos, responder al diferencial semántico de forma tal que alteraban sus respuestas.

Otra hipótesis que fue sometida a contrastación fue de que los rumiantes presentarían una actitud positiva ante los conceptos de vida, la cual tampoco se confirmó ya que son los sujetos de este grupo los que tendieron a considerar al suicidio y a la muerte con un significado positivo. Incluso fueron los del grupo de los potenciales los que califican con un mayor significado evaluativo a la muerte y al suicidio. Lo cual nos lleva a pensar que en estos grupos existe un alto riesgo de llegar a cometer un intento de suicidio, siendo el de mayor probabilidad el de los potenciales. Si consideramos que en este grupo aunado a su estructura cognoscitiva se encuentra un hecho real de pérdida de una parte de su cuerpo, que los lleva a un estado emocional crítico, entonces podemos permitirnos

predecir la presencia de elementos de desesperanza para sí mismo, para su ambiente y para su futuro, dando pauta a la confirmación de la etiqueta asignada a este grupo de "potenciales" (Beck 1976) y a la inferencia de que serían los que tuvieran la mayor probabilidad de cometer un acto suicida.

Otro aspecto a considerar en esta parte, en donde se determinó la actitud de los sujetos ante ciertos conceptos, es, el que se refiere al concepto Yo, fue el grupo control el que consideró más altamente favorable este concepto, que los grupos afectados. No obstante, nuestra experiencia en la fase de campo y con respecto a este concepto (yo), nos lleva a concluir que el concepto no generó realmente una reacción significativa y esperada en los sujetos estudiados. Debido posiblemente a que este concepto semánticamente no presentaba a los sujetos una relación significativa con los demás: muerte, vida, suicidio. También podría ser, que no fue entendido claramente el significado de tipo denotativo del mismo, creando confusión e incluso verbalizando la petición de una explicación de que se entendía por tal concepto.

Con respecto al Contenido de las Creencias o Pensamiento Irracional, la hipótesis planteada fue que en los cuatro grupos estudiados se encontrarían pensamientos irracionales. Con respecto a este punto es conveniente mencionar que sólo se concluirá sobre las cinco escalas que se obtuvieron del Inventario de Pensamiento Irracional después de haber sido sometido a un análisis factorial, por lo que hay que considerar estos datos con cuidado, ya que como se mencionó en la sección de análisis de resultados, -

el objetivo del análisis factorial fue sólo descriptivo y no inferencial debido a la población que se usó para obtener los factores que integraban el inventario.

El objetivo de someter a un análisis factorial el instrumento se basa en la necesidad de contar dentro de este campo un instrumento válido y confiable que nos permitan abordar los fenómenos encubiertos de una forma empírica y confiable. De acuerdo con los primeros conductistas los análisis conceptuales y las explicaciones conceptuales se deben a los eventos directamente observables. Para ellos toda inferencia es considerada "mala". Los eventos privados no observables son clasificados automáticamente como "mentalistas" y consecuentemente ilegítimos y no científicos. Aunque los mediadores inferidos se especifiquen operativamente éstos son rechazados con desdén por débiles, imparsimoniosos y superfluos. Sin embargo, en el rechazo de las inferencias hechas de los factores mediacionales parece existir una contradicción, en el sentido de que al negar las inferencias se niegan también los esfuerzos de las ciencias físicas tanto en sus paradigmas como en sus teorías. Mahoney (1974) menciona que la contradicción estriba en que las ciencias físicas confían ampliamente en las inferencias. Nadie puede decir que ha visto nunca un electrón, lo cual no indica que no exista, o que no pueda ser inferido o estudiado. Lo que nos lleva a decir que las inferencias no sólo son justificables, sino esenciales en la ciencia de la conducta ya que de hecho ninguna aproximación psicológica podría eliminar totalmente los procesos perceptuales y conceptuales en el análisis de la conducta.

Para muchos científicos de la conducta el problema más

serio al abordar los eventos privados es de tipo metodológico, ya que a diferencia de los eventos ambientales y aún de la conducta manifiesta, los eventos privados parecen no ser observables a través de ningún método objetivo como lo son los eventos públicos. Es Home (1965) quien propuso el término de "Coverants" (operantes encubiertas) para etiquetar a las variables cognoscitivas, mencionando que los pensamientos humanos podrían ser funcionalmente analizados y modificados a través de una simple extrapolación de los principios del cambio conductual, adhiriendo que los eventos encubiertos no son totalmente inobservables si se considera que pueden ser analizados y escudriñados por la misma persona (ver Mahoney 1976, 1974, Meichenbaum 1977). Por mi parte desearía señalar que desde un punto de vista psicológico, los eventos privados sí pueden ser observados en gran parte por la misma forma que los públicos utilizando instrumentos que hayan sido generados específicamente para evaluar estos fenómenos como Cuestionarios e Inventarios y que hayan por su puesto comprobado psicométricamente que miden lo que pretenden medir. De tal forma las dificultades metodológicas expuestas a los eventos encubiertos surgen solamente por tener una concepción errada de donde se encuentra la ventaja científica de la experimentación controlada.

Con respecto a los resultados del contenido del pensamiento irracional, podemos concluir que existen diferencias en los cuatro grupos estudiados en cuanto a Locus de Control. Son los sujetos del grupo control los que atribuyen con mayor frecuencia que los cambios ocurridos tanto en su comportamiento, como en sus relaciones con los demás personas es debido a factores internos, no así los grupos de intentos o

incluso los rumiantes y potenciales quienes parecen depender más del medio externo que de su control mismo. En Orientación de Logro, son los rumiantes los más significativos, lo cual viene a confirmar aún más que es uno de los grupos que junto con los potenciales presenta mayor riesgo de conducta suicida va que tiende a conseguir de alguna manera su meta planeada a pesar de tener ciertos temores al fracaso. Con respecto al contenido de Baja Tolerancia a la Frustración, parece ser que los cuatro grupos presentan serias dificultades emocionales ante obstáculos. Siendo el más representativo en esta escala el grupo de intentos, lo que implica que prefieren participar en actividades y comportamientos cuyos resultados sean inmediatos que aquellos a largo plazo, lo cual nos lleva a inferir que es muy probable que sus intentos de suicidio hayan sido impulsivos, y no planeados. Por lo que podrían caracterizarse por ser sujetos con poca paciencia ante la presencia de obstáculos que enfrentan en su vida, evitando una solución a los mismos y por lo tanto generando estados emocionales negativos de ansiedad y depresión llevándolos a comportamientos inútiles tales como: En los para-suicidas a cometer un nuevo intento, en los rumiantes a considerar la muerte a través del suicidio y en los potenciales a encontrar una esperanza (falsa) para evitar sufrimiento actual.

Son el grupo de los intentos y el de los rumiantes los que tienen una mayor aceptación de los errores tanto de sí mismos, como de las otras personas, aceptando la falibilidad del ser humano. No así el grupo de potenciales quienes prefieren y buscan generalmente un grado de perfeccionismo en las actividades realizadas (Ellis 1977), de aquí que posiblemente creyeran que la muerte podría ser una buena solución

a su situación actual y por lo tanto beneficiarlo.

En la escala de Interés por la Moralidad, fueron los -- grupos de potenciales, intentos y control los que obtuvieron la puntuación más alta. Son sujetos cuyos valores morales y éticos vienen a ser criterios inapelables en la valoración de su comportamiento como en el comportamiento de los demás. Relacionado con esto, están también los rumiantes pero en el aspecto de estar menos interesados en este pensamiento en - comparación con el grupo control quien fue el que más apoya esta posición.

Una última hipótesis planteada fue comprobar empíricamente que los factores cognoscitivos tales como la percepción - semántica, así como el pensamiento irracional son factores - de riesgo que pueden proporcionar información valiosa al entendimiento del comportamiento suicida. Es claro que la introducción de estas variables en el estudio de la conducta - suicida puede ser considerada como factores de riesgo ya que como se determinó en este estudio, el pensamiento o creencias irracionales varía en términos del grado de afección de los sujetos (rumiantes, potenciales, intentos) y que el manejo - de tales factores ayudaría a detectar el nivel o el grado en el cual se encuentra un sujeto en el proceso de conductas auto-destructivas y a probabilizar el riesgo de un comportamiento suicida, permitiéndonos con base en estos pensamientos y a su contenido generar programas tanto de prevención, como terapéuticos con el objetivo de cambiar y adaptar las creencias de los sujetos que han intentado suicidarse a un mundo real para evitar un nuevo intento y en el caso de los rumiantes y potenciales cambiar su contenido de pensamiento para un mejor desarrollo individual y social y así evitar un com-

portamiento suicida.

Las hipótesis planteadas para las variables de pensamiento fueron confirmadas ya que se encontró que difirieron significativamente el grupo de suicidas vs. el grupo control vs. grupo rumiantes vs. grupo potenciales en estos factores.

Para finalizar podemos resumir nuestras conclusiones en que los datos aportados por la presente investigación nos permiten apoyar la hipótesis principal de que la percepción semántica, así como la presencia de un pensamiento irracional en grupos de intentos, rumiantes, potenciales y control presentan una organización cognoscitiva establecida y que es diferente en cada uno de los grupos. Esta organización puede llevar a una distorsión del mundo externo (realidad), limitando sus alternativas a dos polos (vida-muerte) y evaluando su comportamiento con base en pensamientos adquiridos con un valor irracional, dando como consecuencia un conflicto en su estado emocional que los llevaría a comportamientos auto-destructivos, siendo esta posición más factible para aquellos sujetos que presentan características similares al grupo de rumiantes y potenciales que al grupo control o de aquellos que además presentan una historia previa de suicidio.

El estudio de los factores cognoscitivos en el fenómeno del suicidio y del intento de suicidio representa una línea de investigación nueva e inicial, la cual requiere de mayor estudio y análisis para poder llegar a un entendimiento claro sobre la influencia de éstos en el acto suicida.

Es claro que para proceder a estudiar los factores cognoscitivos dentro del ámbito del suicidio y del intento de suicidio tuvimos que partir de un modelo estructural bajo el cual basáramos ciertas suposiciones y partiéramos para -- abordar el fenómeno. Así tenemos que el modelo del cual partimos presentaba las siguientes suposiciones:

- a).- Partimos de que el sujeto suicida o el intento de suicidio presenta una organización o esquema cognoscitivo el cual está integrado por creencias, opiniones y actitudes distorsionadas de la realidad y con carga negativa.
- b).- Partimos de que estos esquemas cognoscitivos se han establecidos con base en su experiencia, así como de actitudes y opiniones que otras personas le han comunicado o de su identificación con modelos de su rol social.
- c).- Partimos de que el contenido negativo de estos esquemas se ve mantenido y reforzado por él mismo. Cada juicio negativo refuerza el concepto negativo de sí mismo que a su vez facilita una interpretación negativa de experiencias posteriores. Llegando a ser un círculo vicioso y a convertirse en una estructura cognoscitiva.
- d).- Partimos de que mucho de las emociones negativas o desadaptativas presentadas por el ser humano, son consecuencia de un contenido negativo en su estructura. Así la gente presenta determinada emoción (positiva, negativa) en términos de la forma (positiva o negativa) en que evalúa perceptualmente su mundo, su experiencia, y a sus semejantes, como a sí mismo.
- e).- Partimos de que la toma de decisiones sobre sí mismo (vida y futuro) estará influenciada en términos de su estructura cognoscitiva.

- f).- Así, también partimos de que el sujeto suicida, comporta un intento de suicidio o pone en peligro su vida como consecuencia de presentar estados emocionales negativos que a su vez surgen de pensamientos o creencias negativas, las cuales si bien sabemos formar parte de su estructura cognoscitiva fueron adquiridas por una percepción distorsionada del medio ambiente.
- g).- Así partimos de que el sujeto suicida, presenta el intento como un comportamiento desadaptativo y a la vez desfavorable ya que impide su productividad y desarrollo normal.
- h).- Con base en lo anterior, una suposición básica es determinar los elementos negativos (creencias, pensamientos, actitudes) de la estructura cognoscitiva del ser humano (suicida) y mostrarlos en términos de criterios objetivos y reales del mundo en que vive, permitiría un cambio en sus emociones negativas o desadaptativas y por lo tanto, se podría prevenir el tomar la decisión del intento de suicidio.
- i).- También postulamos que entre más factores de riesgo a nivel cognoscitivo se sumen a un sujeto con características de riesgo de tipo demográficas y clínicas, puede ir ascendiendo en el continuo que lo llevará a poner en peligro su vida. El ser un sujeto que no pensara en el suicidio pasaría a ser un individuo que el tener pensamientos de este tipo lo llevaría a ser considerado Rumiante, si ha esto le sumamos emociones desadaptativas y elementos ambientales pasaría a ser un sujeto Potencial para posteriormente dar pauta a la probabilidad de cometer un intento de suicidio o quizás un suicidio consumado. El conocer -

sus características demográficas y emocionales así como ambientales de un sujeto junto con sus características cognoscitivas nos ayudaría a ubicar a cualquier sujeto en cualquiera de estas categorías y en esta medida generar programas preventivos para evitar resultados fatales o comportamientos similarmente complejos que afectarían a la sociedad la farmacodependencia, alcoholismo, etc.

Si bien éstas fueron las suposiciones básicas de las cuales partimos al abordar el fenómeno, no todas ellas fueron totalmente confirmadas, por lo que señalaremos a continuación algunas limitaciones a las cuales nos enfrentamos a partir de este estudio:

- a).- Una clara limitación fue el de determinar y encontrar un instrumento de medición válido y confiable dirigido a este tipo de sujetos estudiados, (suicidas) que nos dé los factores cognoscitivos involucrados en estos fenómenos de carácter psico-social.
- b).- La mínima disponibilidad que presentaron las instituciones para brindarnos el apoyo requerido en términos de tiempo con el paciente, para incluir quizás un instrumento tipo entrevista estructurada y conocer a un nivel más profundo aspectos psicológicos, personales, sociales, ambientales y cognoscitivos que pudieran ayudarnos a determinar con mayor precisión nuestras conclusiones. Así como también la restricción impuesta por la institución de determinado horario y sección del hospital disponible, lo cual como ya vimos en esta sección de conclusiones y discusiones nos restringió el poder abordar una muestra representativa quedando la muestra estudiada seleccionada.

- c).- La mínima disponibilidad también pero por parte del paciente a abordar el tema. Aunque sabemos que esto era lógico y natural por el fenómeno en estudio. Esto limitó de alguna manera el poder incrementar nuestra muestra para cada grupo ya que teníamos que someternos a su disponibilidad, tanto en tiempo como en el querer brindar información.
- d).- Nos enfrentamos al hecho de que mucha gente con ideas suicidas o incluso con intentos previos pasaban desapercibidos debido a que no se hacía una adecuada o completa entrevista por parte de los profesionales de la salud, incrementándose así una gran población oscura, no detectada y sin registro.
- e).- Con base en nuestras suposiciones básicas consideramos que había un continuo ascendente en el fenómeno en el cual el sujeto siendo rumiante pasa a potencial y posteriormente a un intento. Según nuestros datos pudimos detectar que estos grupos podrían agruparse en sólo dos grupos esto es ruminantes y potenciales sería uno de los grupos los cuales definitivamente presentan factores y características de riesgo muy similares y con probabilidad de cometer un intento de suicidio. El otro grupo sería aquel integrado por el de intentos y control nuestros datos nos arrojaron que parece ser que los intentos después de comportar un intento presentan o responden de una forma más cercana al grupo testigo que a los afectados. Esto implica que los contenidos de pensamiento de tipo negativo pueden ser alterados por un evento traumático o por un acto cometido por el sujeto mismo con alta seriedad letal. Así tenemos que entre más factores

de riesgo cognoscitivo se sumen a un sujeto con características de ser rumiantes o potenciales no lo llevarían a acelerar el comportamiento suicida. Siendo esto un aspecto importante a considerar en posteriores estudios.

- f).- Un factor o variable fundamental en este tipo de estudios definitivamente es el TIEMPO. Esto implica que el tiempo en que se cometió el acto y la evaluación que hace el investigador, el número de intentos previos y la evaluación del investigador, el tiempo que lleva en terapia el sujeto o siendo sometido a un proceso psicológico o psiquiátrico y la evaluación del experimentador son variables - que afectarían de sobremanera la veracidad de los datos así como también la confianza de los mismos por parte del investigador. Así también como en el caso de los rumiantes y potenciales el tiempo en que se presentó o verbalizó la idea de suicidio o la pérdida de una parte del cuerpo y la evaluación clínica podiera estar afectada efectivamente por una serie de variables que se presentaron en este periodo.
- g).- Otro elemento importante es de que no se comprobó que una emoción negativa como la depresión por sí sola lleva al sujeto a acelerar el comportamiento suicida o la seriedad del intento, ya que como los datos nos lo muestran se necesitan una conjunción de otros factores para que llegue a la auto-agresión. De aquí que no todos los depresivos se suicidan ni todos los suicidas en el momento del acto están deprimidos.
- h).- Otro aspecto importante es de que no podríamos afirmar - que los resultados de las variables cognoscitivas abordadas en este estudio fueran características a encontrarse

o determinarse en todos los parasuicidas o aquellos con alto riesgo (Rumiantes y Potenciales), ya que por un lado nuestra muestra no fue lo bastante amplia como para poder generalizar y por otro lado, las limitaciones dadas por los instrumentos de evaluación. De aquí que los datos sólo se restringirían a este tipo de población estudiada.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

- Amaro González y Mella Mejía (1979). Valoración de cien pacientes de suicidio. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana Cuba, 1979.
- Bandura (1969). Principles of behavior modification. New York. Holt Rineheart and Winston.
- Bancraft, J. y Marsack, P. (1977). The repetitiveness of Self-poisoning and Self-injury. British Journal Psychiat, 131, 394-399.
- Bancraft, L.H.L., Skrimshire, A.M., Reunolds, F., Simkin, S.S. y Smith, J. (1977). Self-poisoning and self-injury in the Oxford area. Epidemiological aspects 1969-73. British Journal prev soc. Med, 29, 1970-7. En Bancroft y Marshock.
- Balsasso y Lara (1974). El suicidio en México. Revista de Neurología. VIII (3) Julio.
- Beck, R.W., Morris, J.B. y Beck. A/T. (1974). Cross validation of the suicide intent scale. Psychological Rep, 32, 445-446.
- Beck. A.T., Schuyles, D. y Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scale. In: The prediction of suicide, 45-56. Beck. A.T. Resnick, H. and Lettierri, D. Ed. Charles Press Public, Hers Inc. Mayland.
- Belsasso, G. y Lara Tapia, H. (1971). La conducta suicida en pacientes del Instituto Nacional de Neurología (I.N.N.), S.S.A. México.
- Bower, G. (1970). Las imagenes como factor de organización de relaciones en el aprendizaje por asociación. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 9, 529-533.
- Brancroft, J.H.J., Skrimshire, A.M., Casson, J., Harvard, O. y Reynolds, F. (1977). People who deliberately poison or injure themselves: their problems and their contacts, with helping agencies. Psychological Medicine, 7, 289-303. En Pancroft, Hawton, Simking, S., Kingston, B., Cumming, C. y Whitwell, D. (1979).
- Bourne, I.M., Ekstrand, B.B. y Dominowsky, R.I. (1971). Psicología del Pensamiento, Ed. C.N.E.I.P.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York, Hoeber 1967. En Beck, Rush, Shaw, Emery (1979).

- Beck, A. T., Resnick H y Lettieri, D. (1974).
- Bandura, A. (1964). Principles of Behavior Modification. New York. Holt Rinehart and Winston.
- Braff, D., Beck, A.T. (1974). Thinking Disorders in Depression. Arch, Gen. Psychiatry, 31, Octubre.
- Bem, D. (1967). Self-perception: una alternativa in Interpretation of Cognitive Disonance Phenomena. Psychological Review, 74, 183-200.
- Bower, P. (1975). En figueroa, J., Meraz, P. Hernández, J., Cortez, T. y Gutiérrez, R. Curso de prácticas del segundo nivel individual multidimensional. (2o. semestre) coordinación de laboratorios Facultad de Psicología. UNAM/1981.
- Beck, A.T. (1976): Cognitive Therapy and Emotional Disorders.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives of General Psychiatry, 9, 324-323.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and Depression: 2 Theory and Therapy. Archive of General Psychiatry, 10, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery A. (1979). Cognitive Therapy of Depression, The Guilford Press, New York
- Brown, A.W. (1979). The social Etiology of Depression. London Studies. En Slater y Depue, R. 1981.
- Beck, A.T., Kovace, M. Weissman, A.A. (1975). Hopelessness and Suicidal Behavior: An overview. Journal of the American Medical Association, 234. En Slater y Depue, R. 1981.
- Bancroft, J., Hawton, K., Skiming, S., Kingston, B. Cumming, C., Whitwell, D. (1979). The reasons people give for taking overdoses: A further inquiry. British Journal of Medical Psychology, 52. 353-365.
- Cabildo, A.H.M. y Elorriaga, M.H. (1966). El suicidio como problema de salud mental. Salud Pública de México. (3), 441-451, mayo-junio.
- Campbell y Stanley. Diseños experimentales y cuasi-experimentales. (1979).
- Choynowsky, M. (1981). Análisis Factorial. En Scott, W.A. y Wertheimer, M. Introducción a la Investigación en Psicología, Cap. 14. Ed. M.M.

- Climent, C.E. Plutchik, F.R. Erwin y Rollins, A. (1977). Parental loss, depression and violence. Acta Psychiat, Scand, 55, 261-268.
- Cofer, Ch. N. (1979). Motivación y Emoción. España Deselde de Brouwer.
- Depue, R. (1977) Checorsies (1979). The psychobiology of the depressive disorders, Implications for the effect of stress 1977. Academic Press. En Slater, J. Depue, R. (1981).
- Díaz, G.R., Salas, M. (1975). El diferencial Semántico del idioma Español. Ed. Trillas, México.
- Di Giuseppe, R.A., Miller, J.N. y Trexler, L.D. (1977). A Review of Rational Emotive Psychotherapy: Outcome Studies. The Counseling Psychologist, 7, No. 1.
- Durkheim, E. (1965). Suicidio. Buenos Aires.
- Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. N.Y. Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1973). Humanistic Psychotherapy: The rational-emotive approach. New York, Julian Press and McFraw-Hill. Paperbacks.
- Ellis, A.A. (1973). Rational Emotive Therapy. In R. Consi Current Psicoterapias. Itasca Peacock, 167-206.
- Ellis, E. (1977). How to live with and without anger. New York.
- Ellis, A. and Grieger, R. (1977). Handbook of Rational-emotive Therapy, Springer publishing Company. New York.
- Ellis, A., Whiteley, J.M. (1979). Theoretical and empirical foundation of rational-emotive therapy. Books/cole Publishing Company.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (1980). Terapia Racional-Emotiva (TRE) Ed. Paxx-México.
- Elorriaga, M.M. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1962-1972. Salud Pública de México Epoca, 14(4), 487-498. Julio-agosto.
- Eysenck, Hoj. (1973). The logical basis of factor analysis: American Psychologist. En Scott W.A. Wertheimer, M. Introducción a la Investigación en Psicología. 1981. Cap. 14. Ed. Manual Moderno. México.
- Farberow, N.L. (1959). Personality Patterns of suicidal mental hospital patients, Genet. Psychol. Monogr. 42.

- Farberow y Schneidman. (1969); (1961). Necesito ayuda. Prensa Médica Mexicana
- Fatterman, S/(1969). Suicidio; El punto de vista psicoanalítico. En Farberow y Schneidman. Necesito ayuda. P.M.M.
- Farberow y Mackinnon, D. (1975). Prediction of suicide; A replication study. Journal of Personality Assesstement, 39, 497-501.
- Fichbein, M.A. (1967). Consideration of belief and their role in attitude measurements. En curso de prácticas tercer nivel social-unidimensional. 4o. Semestre Facultad de Psicología UNAM, 1982.
- Fishbein, M.A. y Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior an introduction to theory and research reading Mass: Addison Wesley 1975. En curso de prácticas del tercer nivel social-unidimensional. 4o. SEMestre Facultad de Psicología UNAM, 1982.
- Fishbein, M.A. y Ajzen, I. (1980). Understanding, Attitudes and Prediction Social Bahavior. New Yersey. Prentice Hall. En curso de prácticas del tercer nivel unidimensional. Coordinación de laboratorios. Facultad de Psicología, UNAM.
- Festinger, L. (1975). La Disonancia Cognoscitiva. Tomado de Richard C. Atkinson (Ed.) Psicología Contemporánea. Selecciones del Scientific American Barcelona. Ed. Blume.
- Frederick, F.J. y Resnik, H.I.P. (1970). How suicidal Behaviors are Learned. American Journal of Psychoterapy, 37-54.
- Galvis, L.M. y Velasco, A.J.M. (1959). Epidemiología del suicidio en la República Mexicana. Anales del I.N.A.H.
- Garmegy, N. (1975). Vulnerable and invulnerable children. Theory, research and intervention. Washington. American Psychological. Association. En Ellis y Whiteley, 1979.
- Garned, R. y Jones. Bs. (1968). A factor Measure of Ellis, Irrational Belief Systems will Personality and Maladjustments Correlates. Disertation in Psychology, Agosto.
- Goldfried, M.R. y Davison, G. (1976) Clinical Behavior Therapy, New York Holt Rinehart y Winston.
- Gorsuch, R.L. (1974). Factor Analysis; Philadelphia; Saenders. En Scott W.A. y Wertheimer, M. Introducción a la investigación en Psicología. 1981. Ed. Manual Moderno.
- Gorenc. K.D. Interacción de los Factores Biológicos en la Conducta Suicida. Revista Mexicana de Justicia. Vol. 1 No.2 Abril-Junio 1983.

- Green, M. (1969). Suicidio; El punto de vista de Sullivan. En Farb y Sheid. Necesito ayuda, Cap. 15.
- Green, J. (1981). Pensamiento y Lenguaje. Psicología Básica.
- Grove and Lynge (1979). Suicide and Attempted suicide in Greenland. Acta Psychiat. Scand, 60. 375-391.
- Heman, C.A. (1982). Consideraciones metodológicas en la investigación con intento de suicidio. Enseñanza e Investigación en Psicología. C.N.E.I.P.
- Heman, C.A. (1984). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. Salud Pública de México, 26, 39-49, No.1, enero-febrero.
- Henderson, S. y Lance, G.N. (1979). Types of attempted suicide (para-suicide). Acta Psychiat. Scand, 59, 30-39.
- Homme, L.E. (1965). Perspectivas de la Psicología XXIV: Control de las operantes encubiertas, las operantes de la mente. Psychological Record, 15, 501-511.
- Herrera, M.E. y Gorenc, K.D. Sexo y la edad como factores intervinientes del suicidio y las otras causas de mortalidad violenta 1985 (en prensa).
- Kerlinger, F.N. (1975). Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología. Ed. Interamericana.
- Kanfer and Phillips (1970). Learning Foundations of Behavior Therapy. New York, Willey.
- Kelly, G. (1955). The Psychology of personal constructs. New York. En Ellis y Grieger. Handbook of rational-emotive therapy. Springer Publishing Company. N.Y. (1977).
- Kovacs y Beck, (1977). The wish to die and to live on attempted suicides. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, (3), April.
- Kreitman, N. (1976). Age and parasuicide (attempted suicide). Psychological Medicine, 6, 113-121.
- Kuhl, J. (1985). Motivation and Information Processing. A New Look at decision Making. Dynamic Chance and Action Control. In the Handbook of Motivation and Cognition; Foundation of Social Behavior. New York. Guilford Press (en prensa). En Gamboa, M.E.M. Tesina de Licenciatura en Psicología. 1985. Facultad de Psicología, UNAM.

- Lester D. y Beck, A.R. (1977). Suicidal wishes and depression in suicidal ideators; A comparison with attempted suicides. Journal of Clinical Psychology, January 1977, Nal.133 (1).
- Levenson, M. and Neuringer, C. (1971). Intropunitiveness in Suicidal Adolescent. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment 1971, 34: 409-411.
- Lester, D. and Beck, A.T. (1976). Completed suicides and their previous attempts. Journal of Clinical Psychology 32 (3): 553-555 July 1976.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M. (1981). Depression; En. Bellack, Hersen, Kazdin. Handbook of Behavior Modification and Therapy. Plenum Press, New York.
- Lindgren, H.C. Introducción a la Psicología Social. México, Ed. Trillas 1975.
- Lazarus, A.A. (1971). Behavior Therapy and Beyond. New York, Mc Graw-Hill, 1971.
- Luria, A.R. (1961). The role of Speech in the regulation of normal and abnormal behavior. Oxford Pergamon Press 1961. En Ellis y Whiteley 1979.
- Mahoney, M.J. Cognition and Behavior modification. Ballinger Publishing Company, 1974.
- Mahoney, M. and Arnokoff, D. (1978). Cognitive and Self-control therapies. En Garfield and Bergin. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York. Wiley 1978.
- Mahoney, M. and Thorensen, C. (1974). Behavioral self-control. Holf, R. and Winston Inc. New York. 1974.
- Meinchenbaum, D. (1977). Cognitive Behavior Modification. New York. Plenum 1977.
- Menninger, K. Man against himself. New York (1938). En Psicología del suicidio y de los intentos de suicidio. Stengel 1965. Ed. Horme.
- Morgan, F.G. Deseos de Muerte. Breviarios del Fondo de Cultura Económica. 1983.
- Mc Clelland (1961). En Atkinson J. Raynor R. Motivation and Achievement. Cap. 2 pág. 18 y cap. 7 pág. 124 Ed. John Wiley 1974.
- Meinchenbaum, D. (1975). Enhancing creativity by modifyng what subject say to themselves. American Educational Research Journal. 1975, 12, 129-145.

- Mishel, W. (1976). The self as the person: A cognitive social learning view (1976). En Ellis y Whiteley 1979.
- Mishel, W. (1968). Personality and Assessment. New York, 1968. En Ellis y Whiteley 1979.
- Maslow, A. H. (1969). Hacia una biología Humanística. American Psychology 1969, 24. 724-735.
- Morgan, H.G., Pocock, H. y Pottle, S. (1975). The urban distribution of non-fatal deliberate self-harm. Brit. J. Psychiat. 126, 319-328.
- Morgan, H.G. (1975). Burns-Cox C.J. Pocock, H. y Pottle, S. (1975) Deliberate self-harm: clinical and socioeconomic characteristics of 368 patients. Brit. J. Psychiat. 127, 564-574.
- Mayer, R.E. (1978). Mecanismos del Pensamiento. Introducción al conocimiento y el aprendizaje. Ed. Concepto 1978.
- Mann, L. Elementos de Psicología Social. Mex. Limusa 1979.
- Meinchenbaum, D. (1974). Cognitive-Behavior Modifications. News Letter No.1, Waterloo University of Waterloo 1974. En Meinchenbaum. Cognitive Behavior Modification. N.Y. 1977.
- Neuringer, Ch. Lettieri, F. Cognition, Attitude an Affect in Suicidal Individuals. Life-Threaeaning Behavior. Vol.1 No.2, Summer 1971.
- Neuringer, Ch. (1961). Dichotomous Evaluations in Suicidal Individuals. Journal of Consulting Psychology 1961, Vol.25 (5).
- Neuringer, Ch. (1976). Current developments in the study of suicidal thinking 1976, En Neuringer Ch. The semantic perception of life, death and suicide. Journal of Clinical Psychologi vol. 35, 1979.
- Neuringer Ch. Dichotomous Evaluations in Suicidal Individuals. Journal of Consulting Psychology 1961, vol. 25 (5).
- Neuringer Ch. (1964) Rigid Thinking in Suicidal Individuals, Journal of Consulting Psychology, 1964, vol. 28 (1) 54-58.
- Neuringer Ch. (1968) Divergencies between attitudes towards life, and death among suicidal, psychosomatic and normal hospitalized patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1968 vol. 32 (1) 59-63.
- Nunnally J.C. (1978) Psychometric theory 2nd. Ed. New York. M.c.

Graw Hill. En Scott W.A. y Wertheimer M. Introducción a la investigación en Psicología 1981, Ed. Manual Moderno.

- Neuringer, Ch. Current developments in the study of suicidal thinking 1986, In Neuringer Ch. The semantic perception of life, death and suicide. Journal of Clinical Psychology vol. 35, 1979.
- Nieto D. y Bechereli B. Suicidio Lúcido y Potológico. Eugénesis y Eutanasia Médicas, Simposium Syntex pag. 32. 42.
- Neuringer, Ch. The semantic perception of life, death and suicide. Journal of Clinical Psychology. vol. 35, 255, 1979.
- Ovenstone I.M.K. y Kreitman N. (1974) Two syndromes of suicide British Journal Psychiat. 123:336-345. 1974.
- Osgood, C.F. Suci, G.J. y Tannenbaum, P.H. (1957). The measurement of meaning. Urbana University of Illinois Press 1957.
- Pallis, D.J. y Jenkins, J.S. (1977). Extraversion Neuroticism and Intent in Attempted suicides. Psychological Reports 1977, 41, 19-22.
- Pallis, D.J. Birthenell, J. Personality and suicidal history in psychiatric patients. Journal Clinical Psychology, 1976 32, 246-253.
- Paykel, E.S. (1979). Recent life events in the development of the pressive disorders. En Slater y Depue 1981.
- Pierce W.C. (1981) Suicidal Intent in Self-injury. British Journal of Psychiatry. (Apr.) Vol. 130, 377-385.
- Poldingier, P. (1969). La tendencia al suicidio. Ed. Morata-Madrid 1969.
- Prado, R.P. Evaluación de Factores de riesgo en el Intento de Suicidio. Actualidad en Psiquiatría. Información Temática. Vol. 1, 3, 1980.
- Rosen, K.E. (1970), The serious attempt: Epidemiological and follow-up study of 886 patients, American Journal Psychiat. December 1970.
- Rojas, E. (1978). Estudios sobre el suicidio. Ed. Salvat, 1978.
- Rogers, C.R. On Becoming a person. Boston: Hought-Mifflin 1961.
- Rudestam, K.F. (1977). Physical and Psychological responses to suicide in the family. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 45. No.2, 162-170.

- Rummel, R.J. (1970). Applied factor analysis. Evanston; Northwestern. En Scott W.A. y Wertheimer M. Introducción a la Investigación en Psicología, 1981 Ed. Manual Moderno.
- Shneidman y Stengel (1964). En Kovacs, M. Beck A.T. El deseo de morir y el deseo de vivir en pacientes con intento de suicidio. Journal of Clinical Psychology 33 (2) 361-363. April 1977.
- Spielberg, C.D. Lushene, R.E. Mercado, W.G. (1968). The state-trait anxiety inventory. Preliminary test manual for form Florida State Univ. Yallahasee. Florida 1968.
- Staats, A.W. (1972). Terapia de la conducta en relación con el lenguaje. Un derivado del behaviorismo social, Behavior Therapy 1972, 3; 165-192.
- Stengel and Cook, (1958). Attempted Suicide. Oxford University Press 1958.
- Stengel, E. (1964); (1965). Psicología del Suicidio y los Intentos de Suicidio. Psicología de Hoy 1964.
- Shneidman, E.S. (1957). The logic of suicide. En Shneidman, E.S. y N.I. Farberow. Clues to suicide. New York Mc Graw Hill 1957.
- Shneidman, E. (1964). Suicide, Sleep, and Death; Some possible interrelations among cessation. Interruption and continuation phenomena. Journal of Consulting Psychology 1964, Vol. 28, No.2.
- Shneidman, Farberow y Litman (1969). Taxonomía de la Muerte. Punto de vista psicológico. En Necesito Ayuda. Farberow y Shneidman (1969) Prensa Médica Mexicana.
- Shneidman, E.S. (1960). Psychologic: A personality approach to patterns of thinking. In Neuringer Ch. Dichotomous Evaluations in Suicidal Individuals. Journal of Consulting Psychology 1961, Vol. 25 (5) 445-4.
- Shneidman. E.S. Farberow, N.L. Statistical comparisons between attempted and committed suicides. En Farberow y Shneidman. Necesito Ayuda. Prensa Médica Mexicana 1969.
- Scott, W.A. y Wertheimer, M. Introducción a la Investigación en Psicología 1981, Ed. Manual Moderno.
- Sainsbury, P. Suicide and Depression. En Recent development in affective disorders. A symposium. Cooper, A. and Alexander W. Brit. J. Psychiat, Special Publication No.2 Oct. 1968.
- Smith, A.J. Self-poisoning with drugs: A Werening situation. British. Med. Journal. 4, 157-159. 1972.

- Smith, A.J. y Davison, K. Changes in the pattern of admission for attempted suicide in Newcastle upon-Tyne during the 1960  
Brit. Med. Journal 4, 412-415. 1971.
- Smith, T.W. Changes in Irrational Belief and Outcome of Rational Emotive Psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983, Vol. 51 No. 1 156-157.
- Sifneos, O.F. (1981). Psychosomatic Aspects of Attempted Suicide. Psychotherapy Psychosom. 36:73-75. 1981.
- Slater, J.Y Depue, R. (1981). The contributions of Enviromental Events and Social Support to Serious Suicide Attempts in Primary Depressive Disorder, Journal of Abnormal Psychology 1981, Vol. 90, No. 4, 275-285.
- Stengel, E. (1960). The complexity of Motivarions to Suicidal Attempt. From a Mandsley Bequest Lecture 1388-1393. February 1960.
- Tapia, H. Belsasso. El suicidio en México. Revista de Neurología VIII (3) Julio 1974.
- Terroba, G.; Saltinjerál, M.T. (1982). Características Psicosociales de 110 casos de suicidio consumado. Memorias del Congreso Mexicano de Psiquiatría.
- Terroba, G.; Heman, C.A. Saltinjerál, M.T. Martínez, P. (1985). Factores clínicos asociados al parasuicidio y suicidio consumado. (en prensa).
- Thorensen, C.E. y Mahoney, M.J. Behavior Self-Control. New York Holt Rinehart y Winston 1974.
- Vigotsky, L.S. Thought and language, New York Willey 1962.
- Weisman, A. and Worden J.W. (1974). Risk-Recue Rating in suicide assessment. On the Prediction of Suicide 1974.
- Wetzel, R.D. (1977) Factor Structure of Beck's suicide intent scale. Psychological Report 1977, 40: 295-302.
- Wexler, R. Weissman M. Kasl S. (1978). Suicide Attempts 1970-75: Up-dating a United State Study and comparison with International trends. British. Journal Psychiatry, 132. 180-185 1978.
- Wessler, R.A. y Wessler, R.L. Principles and Practice of Rational-Emotive Therapy. Hoossey-Bass Published. Septiembre 1980.
- Williams, C.L. Davidson, J. Montgomery, I. Impulsive Suicidal Behavior. Journal of Clinical Psychology. January 1980, Vol.36-1.

- Zermeño, E. (1982). La depresión; Modelos Clínicos-Experimentales y su manejo terapéutico. Enseñanza e Investigación en Psicología Vol. VIII, No.1 (15) Enero-Junio 1982.
- Zung, W.W.K. (1965). La escala para la auto-medición de la depresión. Arch. Gen. Psychiat. 12; 63-67, Enero 1965.

TABLA DE FACTORES INICIALES DEL ANALISIS  
FACTORIAL POR ROTACION OBLICUA

CUADRO 1

FACTOR	EIGENVALUE	PORCENTAJE DE VARIANZA	PORCENTAJE ACUMULADO
1	7.66856	19.8	19.8
2	4.09215	10.6	30.4
3	3.80443	9.8	40.2
4	3.40315	8.8	49.0
5	3.08044	8.0	56.9
6	2.67331	6.9	63.8
7	2.24126	5.8	69.6
8	2.01265	4.7	74.3

MATRIZ PATRON QUE PRESENTA PESOS DE REGRESION  
DE LAS VARIABLES POR LOS FACTORES

CUADRO 2

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6	FACTOR 7	FACTOR 8
VAR. 002	0.10167	-0.09061	0.59845	0.14143	0.02703	0.33202	-0.10483	0.10450
VAR. 003	0.16229	-0.02424	0.07393	-0.01004	0.20314	-0.38259	-0.18769	0.16948
VAR. 005	0.19938	-0.11309	-0.13052	0.05101	0.15867	-0.09061	0.37255	0.07037
VAR. 009	0.12293	0.30533	0.27520	-0.16151	-0.12661	-0.12997	-0.16456	0.07148
VAR. 010	0.11866	0.12381	-0.01762	-0.05179	0.18897	0.87597	-0.04789	-0.07690
VAR. 011	0.07786	0.78403	-0.01642	-0.10460	0.05013	0.09035	0.03412	0.00691
VAR. 012	-0.04521	-0.18903	0.18649	0.04291	0.31287	-0.26049	-0.29049	0.22752
VAR. 020	0.04731	0.33273	-0.14476	0.25545	0.26497	-0.10570	0.11120	0.13089
VAR. 021	0.37631	-0.31295	0.11131	-0.27777	-0.02117	0.03012	-0.01842	0.14145
VAR. 023	0.13364	0.24435	0.01411	-0.07105	0.14056	-0.08191	-0.16075	0.42191
VAR. 025	0.46074	0.12103	0.03056	0.18015	-0.00565	0.18728	0.34662	0.02399
VAR. 026	-0.06199	-0.05989	0.41189	-0.07039	-0.04734	0.18406	0.09674	-0.00070
VAR. 029 <sup>1</sup>	0.89958	-0.00146	-0.15688	-0.11538	-0.03696	-0.04712	-0.05193	-0.12271
VAR. 032	-0.00122	0.58674	-0.08096	-0.02792	0.11178	0.12997	-0.10700	0.03316
VAR. 033	0.03067	-0.05403	-0.10993	-0.17433	-0.12865	0.35494	-0.70781	0.13637
VAR. 034	0.06896	-0.29437	0.05363	0.05319	0.05577	0.20618	-0.49677	0.01912
VAR. 035	-0.22598	0.07802	0.05187	0.30050	-0.04954	0.06572	-0.20291	0.66128
VAR. 036	-0.05603	-0.01568	-0.25789	0.14889	0.24418	-0.11474	-0.38944	-0.37563
VAR. 037	0.02340	0.02418	-0.04326	0.35097	-0.00690	0.18295	0.23353	0.00166
VAR. 042	0.17071	-0.42307	-0.07472	-0.11734	0.07119	0.17909	0.14208	0.13428
VAR. 043	0.01418	-0.08127	0.00468	-0.11742	-0.01631	0.08666	0.80590	-0.03078

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6	FACTOR 7	FACTOR 8
VAR. 044	0.18399	0.03396	0.10075	0.33052	-0.08053	-0.01323	-0.05461	0.09140
VAR. 048	0.21358	-0.19414	0.01383	0.12840	-0.30448	-0.03424	0.17866	0.09643
VAR. 049	-0.19282	-0.14210	0.07538	-0.12623	0.00595	0.56552	-0.08492	-0.14947
VAR. 054	-0.01026	-0.05480	0.01519	-0.11320	-0.12834	-0.14234	0.02919	0.88653
VAR. 059	0.03319	0.02716	-0.01159	0.02298	0.82893	0.18849	0.03225	-0.21547
VAR. 060	0.37888	0.32967	-0.06646	0.6126	0.00337	0.08485	-0.07443	0.21630
VAR. 061	-0.20141	-0.08129	0.49144	-0.15928	0.62261	0.05636	-0.00782	0.28528
VAR. 062	-0.03429	0.00816	0.06873	0.86697	-0.07044	-0.04715	-0.05420	-0.01103
VAR. 064	0.03402	-0.21250	0.37109	0.17086	-0.05847	-0.08054	0.17082	0.04213
VAR. 067	0.03421	0.15645	0.34886	0.17787	0.03651	-0.18795	0.03328	0.05303
VAR. 069	0.04284	0.27565	0.07138	-0.11996	0.33213	-0.13982	0.07235	-0.16280
VAR. 071	-0.10444	0.00868	0.80204	-0.02772	0.00119	-0.17275	0.08584	0.03348
VAR. 079	-0.10447	-0.06579	0.16049	-0.08881	-0.31293	0.11237	0.11253	-0.16321
VAR. 082	0.33387	-0.03712	-0.00164	-0.12514	-0.33004	-0.10415	-0.04223	0.02226
VAR. 084	0.13286	0.05502	0.34044	0.23755	-0.41652	-0.17121	-0.07992	-0.31427
VAR. 088	0.03339	0.13095	0.38432	-0.41658	-0.17278	0.15612	-0.06567	0.10664
VAR. 091	0.06398	0.56278	0.01044	-0.16710	0.13009	0.05754	0.09881	0.02938
VAR. 092	-0.10654	-0.13141	-0.12406	0.52894	0.13424	-0.05939	0.07994	-0.10220
VAR. 093	0.32093	-0.23622	0.04028	0.42145	0.05078	0.08872	-0.04344	-0.06771
VAR. 094	0.35672	0.13935	0.21918	0.33638	0.09616	0.18643	0.11127	-0.07012
VAR. 097	0.01153	0.20869	0.13549	0.21131	0.28998	0.31921	0.01710	0.13638

MATRIZ DE LOS PESOS DE REGRESION DE LOS REACTIVOS  
 POR LOS FACTORES QUE INTEGRAN EL INVENTARIO DEL  
 CONTENIDO DE CREENCIAS IRRACIONALES.

CUADRO 3

REACTIVOS	FACTOR I	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
VAR. 025	0.46074				
VAR. 029	0.89958				
VAR. 060	0.37888				
VAR. 082	0.33387				
VAR. 093	0.32093				
VAR. 094	0.35672				
VAR. 009		0.30533			
VAR. 011		0.78403			
VAR. 020		0.33273			
VAR. 032		0.58674			
VAR. 042		- 0.42307			
VAR. 091		0.56278			
VAR. 002			0.59845		
VAR. 026			0.41189		
VAR. 061			0.49144		
VAR. 064			0.37109		
VAR. 067			0.34886		
VAR. 071			0.80204		
VAR. 037				0.35097	
VAR. 044				0.33052	
VAR. 062				0.86697	
VAR. 092				0.52894	
VAR. 003					- 0.38259
VAR. 010					0.87597
VAR. 033					0.35494
VAR. 049					0.56552

## CUADRO 4

## INVENTARIO DE PENSAMIENTO

## INSTRUCCIONES:

El presente inventario pretende conocer la forma en que Usted piensa acerca de varias situaciones particulares de su vida, integrado por una serie de afirmaciones a las cuales deberá Usted responder en un continuo del 1 al 5 que se encuentra a la derecha de cada una de las afirmaciones. No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su respuesta rápidamente y siga al siguiente reactivo. Asegúrese de marcar realmente lo que piensa acerca de la afirmación y no como Usted cree debería de pensar. Trate de evitar las respuestas número 3 lo más que sea posible.

- 1.- TOTALMENTE EN DESACUERDO
- 2.- DESACUERDO
- 3.- NI ACUERDO NI DESACUERDO
- 4.- ACUERDO
- 5.- TOTALMENTE DE ACUERDO

Adaptado por: LIC. ARTURO HEMAN C.

1.- Yo causo mis propios estados de ánimo	1	2	3	4	5
2.- Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez no, significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro.	1	2	3	4	5
3.- Aunque la aprobación de los demás me gusta no es una necesidad para mí.	1	2	3	4	5
4.- Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad.	1	2	3	4	5
5.- Rara vez me transtornan los errores de otros.	1	2	3	4	5
6.- El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo.	1	2	3	4	5
7.- El que nace para maceta del corredor no pasa.	1	2	3	4	5
8.- Me gusta que me respeten pero no me es necesario.	1	2	3	4	5
9.- Tengo miedo de las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5
10.- No hay una solución perfecta para algo.	1	2	3	4	5
11.- Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario.	1	2	3	4	5
12.- Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
13.- Odio fracasar en algo.	1	2	3	4	5
14.- No puedo olvidarme de mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
15.- Me molesta que otros sean mejores que yo en algo.	1	2	3	4	5

16.- Nada es en sí mismo molesto; la molestia <u>de</u> pende de cómo se interprete el fenómeno.	1	2	3	4	5
17.- Me desagrada que otros tomen mis decisiones.	1	2	3	4	5
18.- Me molesta muchísimo cometer errores.	1	2	3	4	5
19.- Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo.	1	2	3	4	5
20.- Usualmente acepto las cosas como son aunque no me gusten.	1	2	3	4	5
21.- Todos son básicamente buenos.	1	2	3	4	5
22.- Nadie es malo aunque sus actos parezcan serlo.	1	2	3	4	5
23.- La gente que comete errores merece lo que le pasa.	1	2	3	4	5
24.- Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa.	1	2	3	4	5
25.- La inmoralidad debe ser fuertemente castigada.	1	2	3	4	5
26.- Cada problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5

ALFA DE CRONBACH POR CADA REACTIVO Y POR  
CADA ESCALA DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTO IRRACIONAL

128

CUADRO 5

ESCALAS	REACTIVOS DE CADA ESCALA	CORRELACION DE CADA REACTIVO	ALFA DE CADA REACTIVO	ALFA TOTAL DE LA ESCALA
LOCUS DE CONTROL INTERNO	VAR. 025	0.48417	0.75573	0.77572
	VAR. 029	0.57544	0.73047	
	VAR. 060	0.60558	0.72104	
	VAR. 082	0.48018	0.75253	
	VAR. 093	0.45807	0.76018	
	VAR. 094	0.57180	0.73465	
ORIENTACION DE LOGRO	VAR. 009	0.29895	0.69971	0.69788
	VAR. 011	0.65428	0.57476	
	VAR. 020	0.36405	0.68333	
	VAR. 032	0.53052	0.62182	
	VAR. 042	0.29414	0.69452	
	VAR. 091	0.45773	0.65042	
BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	VAR. 002	0.53932	0.61723	0.69688
	VAR. 026	0.35071	0.68512	
	VAR. 061	0.41116	0.66196	
	VAR. 064	0.36899	0.67454	
	VAR. 067	0.32763	0.68970	
	VAR. 071	0.61521	0.60642	
ACEPTACION DE LA CONDICION HUMANA	VAR. 037	0.40084	0.63684	0.67520
	VAR. 044	0.49152	0.59413	
	VAR. 062	0.44225	0.61922	
	VAR. 092	0.50796	0.58669	
INTERES POR LA MORALIDAD	VAR. 003	0.32965	0.57577	0.69239
	VAR. 010	0.31192	0.40140	
	VAR. 033	0.34199	0.53501	
	VAR. 049	0.37109	0.52548	

FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS GRUPOS DE INTENTOS RUMIANTES, POTENCIALES Y CONTROL.

129

CUADRO 6

VARIABLES	INTENTOS		RUMIANTES		POTENCIALES		CONTROL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
HOMBRES	13	43.3	15	50.0	17	56.7	15	50.0	60	50.0
MUJERES	17	56.7	15	50.0	13	43.3	15	50.0	60	50.0
SOLTEROS	10	33.3	11	36.7	11	36.7	10	33.3	42	35.0
CASADOS	10	33.3	7	23.3	9	30.0	9	30.0	35	29.1
UNION LIBRE	3	10.0	-	-	1	3.3	4	13.3	8	6.6
DIVORCIADOS	3	10.0	7	23.3	9	30.0	6	20.0	25	20.8
VIUDO	2	6.7	4	13.3	-	-	-	-	6	5.0
SEPARADOS	2	6.7	1	3.3	-	-	1	3.3	4	3.3
15 - 24	16	53.3	14	46.6	6	20.0	12	40.0	48	40.0
25 - 34	9	30.0	13	43.3	13	43.3	11	36.66	46	38.3
35	5	16.6	3	10.0	11	36.6	7	23.3	26	21.6
PRIMARIA	1	3.3	-	-	-	-	-	-	1	0.8
SECUNDARIA	9	30.0	6	20.0	8	26.6	8	26.7	31	25.8
PREPARATORIA	15	50.0	12	40.0	12	40.0	13	43.3	52	43.3
PROFESIONAL	5	16.6	12	40.0	10	33.3	9	30.0	36	30.0
INTENTOS PREVIOS			NOTA: NO SE ENCONTRO NINGUNA DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA AL COMPARAR LOS GRUPOS APLICANDO LA PRUEBA NO-PARAMETRICA -- $X^2$ (JI-CUADRADA).							
1	7	23.3								
2	22	73.3								
3	1	3.3								

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LAS VARIABLES CLINICAS POR GRUPOS DE INTENTOS, RUMIANTES, -- POTENCIALES Y CONTROL

CUADRO 7

	N = 30	N = 30	N = 30	N = 30	N = 120
	INTENTOS	RUMIANTES	POTENCIALES	CONTROL	TOTAL
ANSIEDAD $\bar{X}$	52.13	55.13	54.76	49.40	52.85
ESTADO SD	8.46	5.61	5.08	4.56	5.92
		*	*		
ANSIEDAD $\bar{X}$	49.13	51.83	50.66	42.90	48.63
RASGO SD	6.55	5.04	4.81	2.53	4.73
	*	*	*		
DEPRESION $\bar{X}$	67.33	72.30	74.13	44.33	64.52
SD	14.57	11.21	9.36	9.57	11.17
	*	*	*		
DESEO $\bar{X}$	30.06				
DE MUERTE SD	6.63				
REALIDAD $\bar{X}$	61.53				
DEL INTENTO SD	14.34				gl=28

\*  $p < .01$

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS CATEGORIAS DE DESEO DE MUERTE  
Y REALIDAD DEL INTENTO EN EL GRUPO DE PARA-SUICIDAS.

CUADRO 8

DESEO DE MUERTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MINIMO DESEO DE MORIR	3	10.0
MODERADO BAJO DESEO DE MORIR	11	36.6
MODERADO ALTO DESEO DE MORIR	11	36.6
INTENSO DESEO DE MORIR	5	16.6
REALIDAD DEL INTENTO		
PROBABILIDAD BAJA DE MORIR	-	-
PROBABILIDAD MODERADA BAJA DE MORIR	3	10.0
PROBABILIDAD MODERADA ALTA DE MORIR	13	43.3
PROBABILIDAD ALTA DE MORIR	14	46.6

ANALISIS KRUSKALL-WALLIS DE LAS VARIABLES CLINICAS DE  
ANSIEDAD Y DEPRESION EN LOS GRUPOS DE INTENTOS  
RUMIANTES, POTENCIALES Y CONTROL.

CUADRO 9

## ANSIEDAD ESTADO

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	$\chi^2$	SIGNIFI- CANCIA	$\chi^2$ CORREGIDA	SIGNIFI- CANCIA
INTENTOS	30	59.97	15.006	0.002	15.129	0.002
RUMIANTES	30	71.02				
POTENCIALES	30	70.42				
CONTROL	30	40.60			g1=3	
ANSIEDAD RASGO						
INTENTOS	30	63.75	42.213	0.000	42.391	0.000
RUMIANTES	30	80.12				
POTENCIALES	30	71.93				
CONTROL	30	26.20			g1=3	
DEPRESION:						
INTENTOS	30	65.95	58.450	0.000	58.509	0.000
RUMIANTES	30	75.95				
POTENCIALES	30	80.63				
CONTROL	30	19.47			g1=3	

ANALISIS ESTADISTICO KRUSKAL-WALLIS DE CONCEPTO VIDA PARA  
LOS FACTORES EVALUACION, POTENCIA Y ACTIVIDAD DE LOS GRUPOS  
DE INTENTOS, RUMIANTES, POTENCIALES Y CONTROL.

CUADRO 10

## VIDA EVALUATIVO

GRUPO	SUJETOS	RANKS MEDIA	$\chi^2$	SIGNIFI- CANCIA	$\chi^2$ CORREGIDA	SIGNIFI- CANCIA
INTENTOS	30	63.73	18.741	0.0001	18.878	0.0001
RUMIANTES	30	53.30				
POTENCIALES	30	43.97				
CONTROL	30	81.00		120 SUJETOS gl=3		
VIDA POTENCIA						
INTENTOS	30	58.57	13.351	0.004	13.456	0.004
RUMIANTES	30	60.12				
POTENCIALES	30	45.35				
CONTROL	30	77.97		120 SUJETOS gl=3		
VIDA ACTIVIDAD						
INTENTOS	30	63.58	24.393	0.0001	24.758	0.0001
RUMIANTES	30	56.65				
POTENCIALES	30	38.98				
CONTROL	30	82.78		120 SUJETOS gl=3		

ANALISIS KRUSKAL-WALLIS DEL CONCEPTO MUERTE PARA LOS  
TRES FACTORES DEL DIFERENCIAL SEMANTICO CONSIDERANDO  
LOS GRUPOS DE INTENTOS, RUMIANTES, POTENCIALES Y  
CONTROL

CUADRO 11

## MUERTE EVALUATIVO

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	$\chi^2$	SIGNIFI- CANCIA	$\chi^2$ CORREGIDA	SIGNIFI- CANCIA
INTENTOS	30	61.18	5.392	0.14	5.442	0.14
RUMIANTES	30	66.42				
POTENCIALES	30	66.15				
CONTROL	30	48.25			gl=3	
MUERTE POTENCIA						
INTENTOS	30	58.37	18.863	0.000	19.052	0.000
RUMIANTES	30	65.65				
POTENCIALES	30	78.77				
CONTROL	30	39.95			gl=3	
MUERTE ACTIVIDAD						
INTENTOS	30	52.32	11.923	0.008	12.060	0.007
RUMIANTES	30	65.78				
POTENCIALES	30	75.77				
CONTROL	30	48.13			gl=3	

ANALISIS KRUSKAL-WALLIS DEL CONCEPTO SUICIDIO PARA  
LOS TRES FACTORES DEL DIF. SEMANTICO CONSIDERANDO  
LOS GRUPOS DE INTENTOS, RUMIANTES, POTENCIALES Y  
CONTROL.

CUADRO 12

## SUICIDIO EVALUATIVO

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	$X^2$	SIGNIFI- CANCIA	$X^2$ CORREGIDA	SIGNIFI- CANCIA
INTENTOS	30	59.08	29.449	0.000	29.776	0.000
RUMIANTES	30	75.37				
POTENCIALES	30	74.68				
CONTROL	30	32.87			g1=3	
SUICIDIO POTENCIA						
INTENTOS	30	63.68	28.180	0.000	28.429	0.000
RUMIANTES	30	64.27				
POTENCIALES	30	80.35				
CONTROL	30	33.70			g1=3	
SUICIDIO ACTIVIDAD						
INTENTOS	30	62.23	10.457	0.01	10.588	0.01
RUMIANTES	30	65.67				
POTENCIALES	30	70.62				
CONTROL	30	43.48			g1=3	

ANALISIS KRUSKAL-WALLIS DEL CONCEPTO YO PARA LOS  
TRES FACTORES DEL DIF. SEMANTICO CONSIDERANDO LOS  
GRUPOS DE INTENTOS, RUMIANTES, POTENCIALES Y CON-  
TROL.

CUADRO 13

## YO EVALUATIVO

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	$\chi^2$	SIGNIFI- CANCIA	$\chi^2$ CORREGIDA	SIGNIFI- CANCIA
INTENTOS	30	61.80	19.850	0.000	20.028	0.000
RUMIANTES	30	60.55				
POTENCIALES	30	39.85				
CONTROL	30	79.80			g1=3	
YO POTENCIA						
INTENTOS	30	53.15	11.404	0.01	11.521	0.009
RUMIANTES	30	58.47				
POTENCIALES	30	51.82				
CONTROL	30	78.57			g1=3	
YO ACTIVIDAD						
INTENTOS	30	55.90	14.624	0.002	14.801	0.002
RUMIANTES	30	52.35				
POTENCIALES	30	52.37				
CONTROL	30	81.38			g1=3	

CUADRO 14.- MEDIAS DE RANGOS DEL ESTADISTICO U-DE-MAN-WHITHNEY Y SU SIGNIFICANCIA AL COMPARAR CADA GRUPO AFECTADO VS.GRUPO CONTROL CON BASE EN LOS CONCEPTOS Y A CADA FACTOR DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

GRUPOS INTENTOS VS. CONTROL *,	U DE MAN-WHITHNEY	SIGNIFICANCIA
VIDA EVALUATIVO	2.092	0.03
VIDA POTENCIA	2.495	0.01
VIDA ACTIVIDAD	2.345	0.01
MUERTE EVALUATIVO	1.430	0.15
MUERTE POTENCIA	2.054	0.03
MUERTE ACTIVIDAD	0.379	0.70
SUICIDIO EVALUATIVO	3.236	0.001
SUICIDIO POTENCIA	3.327	0.0009
SUICIDIO ACTIVIDAD	2.146	0.031
YO EVALUATIVO	1.939	0.05
YO POTENCIA	2.854	0.004
YO ACTIVIDAD	3.137	0.001
RUMIANTES VS. CONTROL		
VIDA EVALUATIVO	3.160	0.001
VIDA POTENCIA	2.046	0.04
VIDA ACTIVIDAD	3.081	0.002
MUERTE EVALUATIVO	2.128	0.033
MUERTE POTENCIA	2.814	0.004
MUERTE ACTIVIDAD	1.910	0.056
SUICIDIO EVALUATIVO	4.708	0.000
SUICIDIO POTENCIA	3.598	0.000
SUICIDIO ACTIVIDAD	2.485	0.012
YO EVALUATIVO	2.415	0.015
YO POTENCIA	2.406	0.016
YO ACTIVIDAD	3.547	0.000
POTENCIALES VS. CONTROL		
VIDA EVALUATIVO	3.865	0.0001
VIDA POTENCIA	3.244	0.001
VIDA ACTIVIDAD	4.542	0.000
MUERTE EVALUATIVO	1.913	0.050
MUERTE POTENCIA	4.296	0.000
MUERTE ACTIVIDAD	3.230	0.001
SUICIDIO EVALUATIVO	4.442	0.000
SUICIDIO POTENCIA	5.013	0.000
SUICIDIO ACTIVIDAD	2.962	0.003
YO EVALUATIVO	4.262	0.000
YO POTENCIA	2.806	0.005
YO ACTIVIDAD	2.657	0.007

\*, = N = 60 g.l. = 1

ANALISIS ESTADISTICO KRUSKAL-WALLIS DE CADA UNO DE LAS  
10 ESCALAS DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTO POR LOS CUATRO  
GRUPOS.

CUADRO 15

## PENSAMIENTO 1

GRUPO	SUJETOS	MEDIAS DE RANGO	$\chi^2$	SIGNIFI- CANCIA	$\chi^2$ CORREGIDA	SIGNIFI- CANCIA
INTENTOS	30	58.80	15.753	0.001	15.839	0.001
RUMIANTES	30	57.45				
POTENCIALES	30	80.37				
CONTROL	30	45.38			gl=3	
PENSAMIENTO 2						
INTENTOS	30	68.60	11.577	0.009	11.663	0.009
RUMIANTES	30	42.15				
POTENCIALES	30	68.08				
CONTROL	30	63.17			gl=3	
PENSAMIENTO 3						
INTENTOS	30	67.77	36.172	0.000	36.312	0.000
RUMIANTES	30	77.00				
POTENCIALES	30	69.25				
CONTROL	30	27.98			gl=3	

## CONTINUACION CUADRO 15

## PENSAMIENTO 4

GRUPO	SUJETOS	MEDIAS DE RANGO	$\chi^2$	SIGNIFICANCIA	$\chi^2$ CORREGIDA	SIGNIFICANCIA
INTENTOS	30	53.67	18.153	0.000	18.338	0.000
RUMIANTES	30	56.75				
POTENCIALES	30	83.33				
CONTROL	30	48.25			g1=3	
PENSAMIENTO 5						
INTENTOS	30	64.63	40.927	0.000	41.044	0.000
RUMIANTES	30	84.27				
POTENCIALES	30	64.98				
CONTROL	30	28.12			g1=3	
PENSAMIENTO 6						
INTENTOS	30	56.17	2.502	0.475	2.512	0.473
RUMIANTES	30	63.12				
POTENCIALES	30	67.43				
CONTROL	30	55.28			g1=3	

## CONTINUACION CUADRO 15

## PENSAMIENTO 7

GRUPO	SUJETOS	MEDIAS DE RANGO	$\chi^2$	SIGNIFI-CANCIA	$\chi^2$ CORREGIDA	SIGNIFI-CANCIA
INTENTOS	30	59.23	43.934	0.000	44.155	0.000
RUMIANTES	30	72.55				
POTENCIALES	30	83.10				
CONTROL	30	27.12			gl=3	
PENSAMIENTO 8						
INTENTOS	30	58.50	30.139	0.000	32.265	0.000
RUMIANTES	30	89.12				
POTENCIALES	30	59.03				
CONTROL	30	35.35			gl=3	
PENSAMIENTO 9						
INTENTOS	30	60.27	48.831	0.000	48.952	0.000
RUMIANTES	30	82.18				
POTENCIALES	30	74.97				
CONTROL	30	24.58			gl=3	

## CONTINUACION CUADRO 15

## PENSAMIENTO 10

GRUPO	SUJETOS	MEDIAS DE RANGO	$\chi^2$	SIGNIFI-CANCIA	$\chi^2$ CORREGIDA	SIGNIFI-CANCIA
INTENTOS	30	64.90	6.439	0.092	6.478	0.091
RUMIANTES	30	66.62				
POTENCIALES	30	63.83				
CONTROL	30	46.65			gl=3	

CUADRO 16.- MEDIAS DE RANGOS DE U-DE-MANN-WHITNEY Y SU SIGNIFICANCIA PARA CADA ESCALA DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTO IRRACIONAL COMPARANDO GRUPOS AFECTADOS VS. GRUPO CONTROL

GRUPOS *:			
INTENTOS VS. CONTROL	U-DE-MAN-WHITNEY	SIGNIFICANCIA	
PENSAMIENTO	1	1.631	0.10
"	2	0.331	0.73
"	3	4.574	0.00
"	4	0.713	0.47
"	5	4.372	0.000
"	6	0.155	0.87
"	7	4.325	0.000
"	8	2.957	0.003
"	9	4.622	0.000
"	10	2.430	0.01
RUMIANTES VS. CONTROL			
PENSAMIENTO	1	1.760	0.07
"	2	1.944	0.05
"	3	5.216	0.00
"	4	1.393	0.163
"	5	5.381	0.000
"	6	1.112	0.26
"	7	5.144	0.000
"	8	5.192	0.000
"	9	5.736	0.000
"	10	2.093	0.03
POTENCIALES VS. CONTROL			
PENSAMIENTO	1	3.329	0.0009
"	2	0.423	0.672
"	3	4.673	0.000
"	4	3.352	0.0008
"	5	4.637	0.000
"	6	1.051	0.292
"	7	5.385	0.000
"	8	3.032	0.002
"	9	5.596	0.000
"	10	1.646	0.09

\* N = 30 g.l. = 1

ANALISIS ESTADISTICO DE LAS 5 ESCALAS DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTO 143  
 IRRACIONAL, DESPUES DE UN ANALISIS FACTORIAL POR LOS CUATRO GRUPOS  
 DE INTENTOS, RUMIANTES, POTENCIALES, CONTROL (KURSKAL-WALLIS)

CUADRO 17

LOCUS DE CONTROL INTERNO

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	X <sup>2</sup>	SIGNIFICAN- CIA.	X <sup>2</sup> CORREGIDA	SIGNIFICAN- CIA.
INTENTOS	30	57.10	26.716	0.000	26.840	0.000
RUMIANTES	30	47.03				
POTENCIALES	30	49.67				
CONTROL	30	88.20			g1=3	
ORIENTACION DE LOGRO						
INTENTOS	30	68.08	17.889	0.000	18.088	0.000
RUMIANTES	30	76.33				
POTENCIALES	30	57.13				
CONTROL	30	40.45			g1=3	
BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION						
INTENTOS	30	67.68	2.974	0.39	2.99	0.39
RUMIANTES	30	58.68				
POTENCIALES	30	62.85				
CONTROL	30	52.78			g1=3	

## CONTINUACION CUADRO 17

## ACEPTACION DE LA CONDICION HUMANA

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	$X^2$	SIGNIFICAN- CIA	$X^2$ CORREGIDA	SIGNIFICAN- CIA
INTENTOS	30	66.75	7.14	0.06	7.23	0.06
RUMIANTES	30	65.60				
POTENCIALES	30	45.92				
CONTROL	30	63.73			gl=3	
INTERES POR LA MORALIDAD						
INTENTOS	30	57.85	8.526	0.03	8.645	0.03
RUMIANTES	30	56.48				
POTENCIALES	30	67.97				
CONTROL	30	69.70			gl=3	
INTENTOS	30					
RUMIANTES	30					
POTENCIALES	30'					
CONTROL	30					

CUADRO 18.- U-DE MAN-WHITNEY Y SU SIGNIFICANCIA EN CADA UNA DE LAS 5 ESCALAS DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTO IRRACIONAL COMPARANDO CADA UNO DE LOS GRUPOS AFECTADOS VS. GRUPO CONTROL.

ESCALAS	U-MAN-WHITNEY	SIGNIFICANCIA
INVENTOS VS. CONTROL *,		
LOCUS DE CONTROL INTERNO	3.741	0.000
ORIENTACION DE LOGRO	3.031	0.002
BAJA TOLERANCIA FRUSTRACION	1.549	0.121
ACEPTACION CONDICION HUMANA	0.328	0.740
INTERES POR LA MORALIDAD	1.368	0.171
RUMIANTES VS. CONTROL *,		
LOCUS DE CONTROL INTERNO	4.454	0.000
ORIENTACION DE LOGRO	3.645	0.000
BAJA TOLERANCIA FRUSTRACION	0.645	0.51
ACEPTACION CONDICION HUMANA	0.335	0.70
INTERES POR LA MORALIDAD	2.192	0.02
POTENCIALES VS. CONTROL *,		
LOCUS DE CONTROL INTERNO	4.121	0.000
ORIENTACION DE LOGRO	2.264	0.023
BAJA TOLERANCIA FRUSTRACION	1.239	0.210
ACEPTACION CONDICION HUMANA	2.104	0.035
INTERES POR LA MORALIDAD	0.544	0.580

\*, = N = 30 g.l. = 1



ESCALA DE INTENTO DE SUICIDIO.

AARON T. BECK.

9

"CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL INTENTO DE SUICIDIO.

- 1.- Aislamiento.
  - 0.- Alguien estaba presente cuando intento suicidarse.
  - 1.- Alguien estaba cerca o en contacto (Vg. por Teléfono) 10
  - 2.- Nadie estaba cerca o en contacto
  
- 2.- Tiempo
  - ( ) No se aplica
  - 0.- Hizo planes de tal manera que hubiera tiempo de que alguien lo descubriera y evitara la comunicación del acto. 11
  - 1.- Programado de manera que la intervención no era probable.
  - 2.- Programado de manera que la intervención era altamente improbable.
  
- 3.- Tomo alguna precaución para evitar que alguien lo descubriera y pudiera evitar la consumación del intento. 12
  - 0.- No se tomó ninguna
  - 1.- Precaución pasiva tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención
  - 2.- Precaución activa ( v.g. puerta cerrada con llave).
  
- 4.- Actuar para obtener ayuda durante / después del intento. 13
  - ( ) No se aplica.
  - 0.- Notificó a un ayudante potencial sobre el intento.
  - 1.- Contacto pero no notificó específicamente a un ayudante potencial sobre el intento.
  - 2.- No contactó o notificó a un ayudante potencial.
  
- 5.- Actos finales en la anticipación de muerte
  - ( ) Ninguna.
  - 1.- El paciente pensó como hacer ( o hizo) algún arreglo anticipando a la muerte 14
  - 2.- Hizo planes definitivos (v. G. cambios en el testamento, dar a regalos, comprar un seguro).

- 6.- Grado de planeación del intento suicida. 15
- 0.- Ninguna planeación
  - 1.- Mínimo o moderada preparación
  - 2.- Preparación extensiva.
- 7.- Nota sobre el suicidio. 16
- 0.- Ausencia de nota.
  - 1.- Escribió una nota pero la rompió o pensó en hacer nota
  - 2.- Presencia de nota
- 8.- Comunicación abierta sobre el intento antes del acto 17
- 0.- Ninguna
  - 1.- Comunicación equívoca
  - 2.- Comunicación no equívoca (clara, definitiva).
- 9.- Propósito del intento. 18
- 0.- Principalmente cambiar o manipular el ambiente
  - 1.- Componentes de " o " y " 2 "
  - 2.- Principalmente para remover el self del medio ambiente
- AUTO REPORTE
- 10.- Expectativas con relación a la fatalidad del acto. 19
- 0.- El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó acerca de eso.
  - 1.- El paciente pensó que la muerte era posible pero no probable
  - 2.- El paciente pensó que la muerte era probable y certera
- 11.- Concepciones de los métodos de mortalidad (letalidad). 20
- 0.- El paciente hizo menos de lo que considero si sería letal o no ( V.G. tomo menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir)
  - 1.- El paciente no estaba seguro ó penso que lo que hizo - ( v.g. la dosis que tomo) podía ser mortal
  - 2.- Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró que sería mortal (v.g. tomo suficiente cantidad o dosis mayor de lo que considero necesario para quitarse la vida).

- 12.- Seriedad del intento. 21
- 0.- El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida.
  - 1.- El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida.
  - 2.- El paciente consideró que el acto fue un intento serio para dar fin a su vida.
- 13.- Ambivalencia hacia el vivir 22
- 0.- El paciente no quería morir
  - 1.- El paciente no le importó si moría o vivía
  - 2.- El paciente deseaba morir
- 14.- Concepción de reversibilidad 23
- 0.- El paciente pensó que la muerte sería improbable si él recibiera atención médica
  - 1.- El paciente no estaba seguro sobre si la muerte podría ser evitada por atención médica
  - 2.- El paciente estaba seguro que moriría aunque recibiera atención médica.
- 15.- Grado de Premeditación 24
- 0.- Ninguno - Impulsivo
  - 1.- Suicidio contemplado por tres horas o menos, antes del intento.
  - 2.- Suicidio contemplado por más de tres horas antes del intento.
- SIN PUNTUACION
- 16.- Reacción al Intento. 25
- a) estaba arrepentido de haberse intentado suicidarse
  - b) Acepta tanto el intento como el hecho de que aún está vivo.
  - c) Se apena de que está vivo
- 17.- Visualización de la muerte 26
- a) Visto como vida-después-muerte o reunión con descendientes.
  - b) Visto como un sueño u oscuridad.
  - c) Que aunque termina no visualizó o pensó acerca de esto

- 13.- Número de intentos previos ) ( cuantos                      )  
27  
 a) Ninguno  
 b) Uno o dos  
 c) Tres o más.
- 19.- Consumo de alcohol durante el intento 28  
 ( ) No se aplica.  
 a) El paciente ingirió suficiente alcohol de manera que estaba confundido y no sabía lo que estaba haciendo en el momento del intento.  
 b) El alcohol fue tomado para potencializar el efecto de la (s) fármacos consumidos ó de otros métodos usados.
- 20.- Consumo de drogas durante el intento. 29  
 ( ) No se aplica.  
 a) El paciente estaba bajo efectos de una droga; así que no supo lo que estaba haciendo en el momento del intento o no estaba consciente de todas las implicaciones del intento.  
 b) La droga fue usada para liberar al paciente de inhibiciones, de manera de poder realizar el intento.  
 c) La droga fué usada para potencializar y suplementar el método usado.

PUNTAJE RIESGO - RESCATE  
MORTALIDAD DEL INTENIC.

PACIENTE _____	SEXO _____	
EDAD _____	CIRCUNSTANCIAS _____	
CALIF. RIESGO _____	CALIF. RIESGO-RESCATE _____	
CALIF. RESCATE _____		30
<b>FACTORES RIESGO</b>	<b>FACTORES DE RESCATE.</b>	
<b>I.- AGENTE USADO</b>	<b>I.- LOCACION, LOCALIDAD</b>	
1.- Ingestión, cortada, puñalada	3.- Familiar	31
2.- Ahogado, asfixia, estrangulación	●2.- Nofamiliar-no remoto	
●3.- Saltar, disparo	1.- Remoto	32
<b>II.- CONSCIENCIA DEBIDA</b>	<b>II.- PERSONAS QUE INICIAN EL RESCATE</b>	
1.- Ninguna en evidencia	3.- Persona clave	
2.- Confusión, semi-coma	2.- Profesional	33
●3.- Coma, coma profundo	●1.- Transeunte	
		34
<b>III.- LESION/TOXICIDAD</b>	<b>III.- PROBABILIDAD DE SER DESCUBIERTO POR ALGUIEN</b>	
1.- Media	3.- Alta, muy certera	35
●2.- Moderada	2.- Descubrimiento incierto	
3.- Severa	●1.- Descubrimiento accidental	36
<b>IV.- REVERSIBILIDAD</b>	<b>IV.- ACCESIBILIDAD AL RESCATE</b>	
1.- Buena, se esperó completa recuperación.	3.- Solicitó ayuda	37
2.- Regular, se espera recuperación	2.- Dió índices o señales claves	
●3.- Pobre, se esperan daños residuales si hay recuperación	●1.- No pide ayuda	38
<b>V.- TRATAMIENTO REQUERIDO</b>	<b>V.- TIEMPO TRANSCURRIDO ANTES DE DESCUBRIMIENTO</b>	
1.- Ayuda primaria de emergencia hospitalaria	3.- Inmediatamente, 1 hora	39
●2.- Admisión en el hogar, tratamiento de rutina	●2.- Menos de cuatro horas	
3.- Tratamiento especial, intensivo	1.- Más de cuatro horas	40

**IDARE**

Inventario de Autoevaluación  
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Relgosa, L. Nalacio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
1. Me siento calmado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42
2. Me siento seguro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	44
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	45
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	47
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	48
8. Me siento descansado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	50
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	53
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	55
15. Me siento reposado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56
16. Me siento satisfecho	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	58
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	59
19. Me siento alegre	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	60
20. Me siento bien	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	61

**IDARE**  
Inventario de Autoevaluación

70

SXR

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	
21. Me siento bien	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	62
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	63
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	64
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	65
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	66
26. Me siento descansado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	67
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	68
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	69
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	70
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	71
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	72
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	73
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	74
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	75
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	76
36. Me siento satisfecho	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	77
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	78
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	79
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	80
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	81

*Nota. Esta forma es provisional y deberá usarse solamente para Estudios Académicos.*

ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION

Dr. Zung.

50/69

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico.			•	
2. En la mañana me siento mejor.		•		
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				•
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	•			
5. Como igual que antes solía hacerlo.	•			
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.	•			
7. Noto que estoy perdiendo peso.	•			
8. Tengo molestias de constipación.			•	
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.			•	
10. Me canso sin hacer nada.		•		
11. Tengo la mente tan clara como antes.		•		
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				•
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.		•		
14. Tengo esperanza en el futuro.				•
15. Estoy más irritable de lo usual.		•		
16. Me resulta fácil tomar decisiones.		•		
17. Siento que soy útil y necesario.	•			
18. Mi vida tiene bastante interés.	•			
19. Creo que les haría un favor los demás muriéndome.			•	

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

VIDA

PASIVO	●	_____	_____	_____
CHICO	●	_____	_____	_____
BLANDO	●	_____	_____	_____
MALO	●	_____	_____	_____
ADMIRABLE	_____	_____	_____	●
JOVEN	_____	_____	_____	●
LENTO	_____	_____	_____	●
SIMPATICO	_____	_____	_____	●
ENANO	_____	_____	_____	●
FUERTE	_____	_____	_____	●
MEJOR	●	_____	_____	_____
AGRADABLE	_____	_____	_____	●
FAMILIAR	_____	_____	_____	●

YO

PASIVO	●	_____	_____	_____
CHICO	●	_____	_____	_____
BLANDO	●	_____	_____	_____
MALO	●	_____	_____	_____
ADMIRABLE	_____	_____	_____	●
JOVEN	_____	_____	_____	●
LENTO	_____	_____	_____	●
SIMPATICO	_____	_____	_____	●
ENANO	_____	_____	_____	●
FUERTE	_____	_____	_____	●
MEJOR	●	_____	_____	_____
AGRADABLE	_____	_____	_____	●
FAMILIAR	_____	_____	_____	●

ACTIVO	_____	54
GRANDE	_____	55
DURO	_____	56
BUELO	_____	57
DESPECTABLE	_____	58
VILJO	_____	59
RAFIDO	_____	60
ANTIPATICO	_____	61
GIGANTE	_____	62
DEBIL	_____	63
MEJOR	_____	64
DESAGRADABLE	_____	65
NO FAMILIAR	_____	66

ACTIVO	_____	67
GRANDE	_____	68
DURO	_____	69
BUELO	_____	70
DESPECTABLE	_____	71
VIEJO	_____	72
RAFIDO	_____	73
ANTIPATICO	_____	74
GIGANTE	_____	75
DEBIL	_____	+
MEJOR	_____	76
DESAGRADABLE	_____	77
NO FAMILIAR	_____	78
		79



## IRRATIONAL BELIEVE TEST

Este es un Inventario que pretende investigar la forma en que usted piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar en acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación encontrará los números del 1 al 5. Usted deberá encerrar en un círculo el número que mejor describa su reacción - ante cada una de las afirmaciones.

- 1.- Significa: COMPLETAMENTE EN DESACUERDO  
 2.- Significa: MODERADAMENTE EN DESACUERDO  
 3.- Significa: NI ACUERDO NI DESACUERDO  
 4.- Significa: MODERADAMENTE DE ACUERDO  
 5.- Significa: TOTALMENTE DE ACUERDO

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SIENTE acerca de la afirmación y no como usted cree que DEBERÍA SENTIR. Trate de evitar las respuestas con número 3 o neutrales lo más que sea posible.

IBT aplicado el día: \_\_\_\_\_  
 Al señor (a) (ita): \_\_\_\_\_

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.- Es muy importante para mí que otros me aprueben.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.- Odio fracasar en algo.   |   |   |   |   |   |
| 3.- La gente que comete errores, merece lo que le pasa.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.- Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.- Frecuentemente voy retrasando decisiones importantes.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.- Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.- "El que nace para maceta, del corredor no pasa"  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.- Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.- Me gusta que me respeten pero no me es necesario.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.- Evito cosas que no puedo hacer bien.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.- Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.- Las frustraciones no me molestan.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.- Las personas no se perturban por las situaciones sino por lo que piensan de ellas.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.- Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.- Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.- Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.- Es casi imposible vencer las influencias del pasado.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

20.- No hay una solución perfecta para algo.	1	2	3	4	5
21.- Quiero que todos me estimen.	1	2	3	4	5
22.- No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo.	1	2	3	4	5
23.- Los que se equivocan, merecen ser censurados.	1	2	3	4	5
24.- Las cosas deberían ser diferentes de como son.	1	2	3	4	5
25.- Yo causo mis propios estados de ánimo.	1	2	3	4	5
26.- No puedo olvidarme de mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
27.- Evito enfrentar mis problemas.	1	2	3	4	5
28.- La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma.	1	2	3	4	5
29.- Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro.	1	2	3	4	5
30.- Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida.	1	2	3	4	5
31.- Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén.	1	2	3	4	5
32.- Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario.	1	2	3	4	5
33.- La inmoralidad debe ser fuertemente castigada.	1	2	3	4	5
34.- Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan.	1	2	3	4	5
35.- Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas.	1	2	3	4	5
36.- Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo por eso.	1	2	3	4	5
37.- Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo.	1	2	3	4	5
38.- Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho.	1	2	3	4	5
39.- La gente sobrevalora la influencia del pasado.	1	2	3	4	5
40.- Siempre tendremos algunos problemas.	1	2	3	4	5
41.- Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo, no mío.	1	2	3	4	5
42.- Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
43.- Rara vez culpo a la gente por sus errores.	1	2	3	4	5
44.- Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten.	1	2	3	4	5
45.- Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así.	1	2	3	4	5
46.- No puedo tolerar el probar fortuna.	1	2	3	4	5
47.- La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras.	1	2	3	4	5
48.- Me gusta sostenerme en mis propios pies.	1	2	3	4	5
49.- Cada problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5
50.- Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser.	1	2	3	4	5
51.- Encuentro difícil estar en contra de lo que los otros piensan.	1	2	3	4	5
52.- Soy feliz en algunas actividades porque me gustan sin importarme si soy bueno en ellas.	1	2	3	4	5
53.- El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena.	1	2	3	4	5
54.- Si las cosas me molestan, las ignoro.	1	2	3	4	5
55.- Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno.	1	2	3	4	5
56.- Rara vez me preocupo por el futuro.	1	2	3	4	5
57.- Rara vez abandono las cosas.	1	2	3	4	5
58.- Soy el único que puede realmente resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
59.- Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora.	1	2	3	4	5

60.- Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad	1	2	3	4	5
61.- Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí.	1	2	3	4	5
62.- Me molesta que otros sean mejores que yo en algo.	1	2	3	4	5
63.- Todos son básicamente buenos.	1	2	3	4	5
64.- Hago lo que quiero para conseguir lo que quiero sin sentirme culpable por ello después.	1	2	3	4	5
65.- Nada es en sí mismo molesto: la molestia depende de como se interprete el fenómeno.	1	2	3	4	5
66.- Me preocupo demasiado por cosas futuras.	1	2	3	4	5
67.- Me es difícil hacer tareas desagradables.	1	2	3	4	5
68.- Me desagrada que otros tomen mis decisiones.	1	2	3	4	5
69.- Somos esclavos de nuestra historia personal.	1	2	3	4	5
70.- Es raro encontrar una solución perfecta para algo.	1	2	3	4	5
71.- A menudo me preocupo por que tanto me aprueba o me acepta la gente.	1	2	3	4	5
72.- Me molesta muchísimo cometer errores.	1	2	3	4	5
73.- Es injusto que "paguen justos por pecadores"	1	2	3	4	5
74.- Me gusta el camino fácil de la vida.	1	2	3	4	5
75.- La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida.	1	2	3	4	5
76.- Algunas veces no puedo eliminar mis temores.	1	2	3	4	5
77.- La vida fácil es muy rara vez recompensante.	1	2	3	4	5
78.- Es fácil buscar consejo.	1	2	3	4	5
79.- Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará.	1	2	3	4	5
80.- Es mejor buscar una solución práctica que una perfecta.	1	2	3	4	5
81.- Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí.	1	2	3	4	5
82.- Frecuentemente me irrito por pequeñeces.	1	2	3	4	5
83.- Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad.	1	2	3	4	5
84.- Me disgusta la responsabilidad.	1	2	3	4	5
85.- Nunca hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo.	1	2	3	4	5
86.- Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra atómica.	1	2	3	4	5
87.- Las personas son más felices cuando se enfrentan a - desafíos o problemas que vencer.	1	2	3	4	5
88.- Me disgusta tener que depender de alguien	1	2	3	4	5
89.- En el fondo, la gente nunca cambia.	1	2	3	4	5
90.- Siento que yo debería manejar las cosas en la forma correcta.	1	2	3	4	5
91.- Es molesto ser criticado pero no es catastrófico.	1	2	3	4	5
92.- Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5
93.- Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo.	1	2	3	4	5
94.- Rara vez me trastornan los errores de otros.	1	2	3	4	5
95.- El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo.	1	2	3	4	5
96.- Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones peligrosas.	1	2	3	4	5
97.- Si algo es necesario, lo hago; por muy poco placentero que resulte.	1	2	3	4	5
98.- He aprendido a no esperar que algún otro esté muy - interesado en mi bienestar.	1	2	3	4	5
99.- Yo no miro al pasado con remordimientos.	1	2	3	4	5
100.- No hay nada parecido a "un conjunto ideal de circunstancias".	1	2	3	4	5

ESCALAS QUE EVALUA EL INVENTARIO DE PENSAMIENTO IRRACIONAL .

- 1.- Debo ser amado y aprobado por todas las personas importantes para mi.
- 2.- Debo ser totalmente competente siempre o casi siempre.
- 3.- La persona malvada debe ser castigada.
- 4.- Es catastrófico que las cosas no sean como yo quiero.
- 5.- La desgracia humana es causada por el exterior.
- 6.- Pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra algo peligroso.
- 7.- Evitar, es más fácil que afrontar dificultades en la vida.
- 8.- Necesito a alguien más fuerte que yo de quien pueda depender.
- 9.- La vida pasada es determinante para la conducta actual y afecta indefinidamente.
- 10.- Siempre hay una solución correcta para un problema, sino sobreviene la catástrofe.