



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA Y LAS ACTITUDES
DISFUNCIONALES EN ALUMNOS DE PSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DON VASCO*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Héctor Nahúm Álvarez Ordóñez

Asesor: Lic. Perla Lizbeth Uribe Carmona

Uruapan, Michoacán., a 15 de mayo del 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	8
Objetivos	10
Hipótesis	11
Operacionalización de las variables	11
Justificación	12
Marco de referencia	13

Capítulo 1. Ideación suicida.

1.1 Definición	18
1.2. Factores de riesgo que influyen en la ideación suicida	20
1.2.1. Aspectos biológicos	20
1.2.2. Aspectos sociales y culturales	21
1.2.3. Aspectos familiares	25
1.2.4. Alcohol, drogas y suicidio	26
1.3. Características personales de riesgo	27
1.4. Categorías de clasificación del suicidio	29
1.5. Clasificación de los sujetos suicidas	32
1.6. Clasificación de la ideación suicida	36
1.7. Fases de suicidio	37

1.8.	Aproximaciones teóricas	38
1.8.1.	Modelos biológicos	38
1.8.2.	Enfoque sociológico	40
1.8.3.	Enfoque psiquiátrico	40
1.8.4.	Enfoque psicoanalítico	41
1.8.5.	Enfoque psicológico	42
1.9.	Perfil del suicida	43
1.10.	Ideación suicida y actitudes	45

Capítulo 2. Actitudes disfuncionales.

2.1.	Definición de actitudes disfuncionales	47
2.2.	Componentes de las actitudes disfuncionales	49
2.3.	Formación de las actitudes disfuncionales	52
2.4.	Esquemas de las actitudes disfuncionales	54
2.5.	Triada cognitiva negativa	57
2.6.	Distorsión cognitiva en el procesamiento de la información	58
2.7.	Factores biológicos	60
2.7.1	Alcohol y actitudes disfuncionales	61
2.7.2.	Factores genéticos	62
2.8.	Actitudes disfuncionales y suicidio	63
2.9.	Actitudes disfuncionales y conducta.	64
2.10.	Actitudes disfuncionales según Beck y Weissman.	67

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	74
3.1.1. Enfoque cuantitativo	74
3.1.2. Investigación no experimental	76
3.1.3. Diseño transversal	77
3.1.4. Alcance correlacional	77
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	78
3.2. Población y muestra	80
3.3. Descripción del proceso de investigación	81
3.4. Análisis e interpretación de resultados	84
3.4.1. Análisis de las actitudes disfuncionales presentadas.	84
3.4.2. Análisis de los resultados de ideación suicida	89
3.4.3. Las actitudes disfuncionales en relación con la ideación suicida	91
Conclusiones	95
Bibliografía	99
Mesografía	101
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

El trabajo escrito en la presente investigación examina las actitudes disfuncionales que se pueden tener en relación con la ideación de tipo suicida, debido a que se presentan invariablemente en el área cognitiva y por lo tanto, pueden identificarse y medirse. La intención de este estudio es explorar si los estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de Uruapan, Michoacán, presentan actitudes disfuncionales que se relacionen con ideaciones suicidas. Lo anterior requiere de un estudio fundamentado en un análisis teórico y metodológico, el cual se desarrolla en el presente documento. A continuación se brinda un panorama general.

Antecedentes

El comportamiento suicida actualmente es un tema de interés, en el cual se han hecho investigaciones en diversas partes del mundo y con diferentes tipos de sujetos, tales investigaciones coinciden en que el comportamiento suicida se conforma de una serie de actitudes (hacia la vida/muerte), pensamientos y acciones en las cuales el ser humano experimenta a lo largo de su vida.

La palabra suicidio proviene etimológicamente del latín ,”dui” que significa “de sí mismo” y “caedere” significando “matar”; entonces, se define el suicidio etimológicamente como “matarse a sí mismo”.

En la antigüedad, los miedos que poseía el hombre eran derivados de las preguntas, ¿cómo moriré? y ¿cuándo moriré? Cuyas respuestas dieron como resultado diversas creencias dentro de las civilizaciones, en las cuales el suicidio se ve de manera polarizada en cada una de ellas.

El suicidio ha tenido diferentes propósitos, dependiendo de la cultura y el motivo por el que se realice. A continuación se realiza un análisis de su práctica en las diferentes partes del mundo y sus diversas culturas, con base en Cruz (1998).

En Asia, específicamente en la India, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas, en búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en la nada absoluta).

En el Tíbet y en China esta doctrina se impulsó por las enseñanzas de Buda. El motivo del suicidio se originaba por dos razones: la primera era la búsqueda de la perfección, la segunda causa era al huir de un enemigo acechante.

En la cultura japonesa, existían también dos motivos por el cual quitarse la vida: en un primer plano se encontraban a los guerreros llamados “Samurai”, los cuales practicaban el “sepuku” (lavar la deshonra que han cometido). Por otra parte el concepto de honor iniciaba con los nobles que incitaban el “hara-kiri” durante los cultos, los creyentes se quitaban la vida para alcanzar a sus divinidades.

Por otra parte, en Egipto, se le pedía a la muerte la liberación, los voluntarios se juntaban en grupos en los cuales buscaban los medios más agradables para morir.

En culturas de Mesoamérica, en especial la maya, también se podían ver ciertos rituales en los cuales ofrecían sacrificios humanos voluntarios a la diosa “Ixab” (diosa del suicidio) por lo que el suicidio era considerado un honor para obtener el favor de los dioses.

En contraste con otras civilizaciones, en Atenas se castigaba el suicidio, el cadáver se le privaba de sepultura, su mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar.

De igual forma, en Inglaterra (en la antigüedad), el cadáver de quien cometía suicidio era arrastrado por la ciudad como castigo (al cuerpo) por lo que había hecho. En estas civilizaciones, la influencia de la Iglesia católica tuvo un gran peso. En el siglo IV, San Agustín consideró el suicidio como un pecado que violaba uno de los mandamientos de la religión basándose en la premisa: “No mataras ni a otro, ni a ti mismo, ya que el que se mata ¿no es acaso el asesino de un hombre?”. Aproximadamente en el siglo XIX el suicidio perdió todo sentido de ritualidad por las creencias y fanatismo de las religiones, y el temor al castigo de Dios por violar sus leyes.

Durkheim (2008) describe el suicidio como un factor de causas sociales a partir de los aspectos personales causados por una sociedad con síntomas patológicos, orillando al sujeto al suicidio; se refiere entonces a factores externos que dan origen a síntomas patológicos internos, que conducen a la decisión de dar fin a la propia vida. El autor define al suicidio como “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima” y por tanto establece que “Hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de él.” (Durkheim; 2008: 5).

El suicidio es mencionado también por Freud, describiéndolo como una agresividad o impulso dirigido hacia algo o alguien más; al no poder ser descargada esta energía, es dirigida hacia el sujeto mismo.

El suicidio se presenta en sujetos con características desadaptativas, que aumentan las posibilidades de vivir en una hostilidad cotidiana; consecuentemente, el sujeto intenta adaptarse a este estado y pertenecer a un grupo social, el cual puede infundirle temor y hacerle lograr un proceso de adaptación donde el suicidio ya no es una opción. O por lo contrario, puede fracasar en este proceso de adaptación, lo que puede llegar a originar un estado depresivo y como alternativa a esta situación, toma el suicidio como escape.

Con el fin de obtener datos más precisos sobre el intento y la ideación suicida en la población mexicana, se revisan las investigaciones hechas recientemente por Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001), las cuales muestran que

la prevalencia de ideación suicida es muy similar a la de otros países. Las prevalencias internacionales de la ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos, mientras que en México el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos, siendo más elevadas en la población adolescente que en la adulta.

Como se dijo anteriormente, se tiene evidencia en anteriores investigaciones de que el comportamiento suicida incluye una serie de actitudes (hacia la vida/muerte), pensamientos y acciones en las cuales el ser humano experimenta a lo largo de su vida, por lo tanto, es importante realizar una descripción y revisión de aquellas actitudes que pudieran generar este tipo de comportamiento.

Uno de los temas principales de la psicología, en específico de la psicología social y la sociología, desde hace ya cuatro décadas, es el estudio de las actitudes y a su vez de la disfuncionalidad de estas. El interés por este tema es la relación que se tiene con la conducta, y como se puede predecir dicha conducta, a partir de las actitudes determinadas hacia un objeto (Albarracín y cols.; 2002).

Thomas y Znanieck fueron quienes introdujeron el concepto de "actitud" en 1918, realizaron un estudio para explicar las diferencias en los estilos de vida de los campesinos que vivían en Polonia, en comparación con aquellos polacos que emigraron a Estados Unidos. Las características que se analizaron en estos grupos de personas fueron las creencias y valores que poseían de los distintos aspectos de la vida (economía, muerte, política, religión, entre otros). Ante el análisis de la

investigación, se llega al interés en el estudio de las actitudes y a su vez, la posibilidad de medirlas, cambiarlas y predecirlas (citados por Llorens y Beas; 1996: 2).

En 1893, Freud había propuesto algunas hipótesis sobre la melancolía, pero fue su discípulo Karl Abraham el primero en articular la teoría psicodinámica de la depresión. Dentro de esta propuesta, los autores asumen que las diferencias entre personas deprimidas están basadas en los distintos tipos de experiencias vitales, como causas próximas o como causas distantes, los cuales han conducido a los individuos a su estado depresivo, teniendo conflictos en sus relaciones interpersonales o sucesos que amenazan su autoestima. Asimismo, señala “que los patrones de pensamiento e interpretación de los acontecimientos, se deben a ciertas estructuras cognitivo-afectivas, las cuales influyen en el desarrollo de la personalidad y son instrumentales en causar y mantener la depresión” (citado por Sanz y Vásquez; 1995: 12).

Como ya se mencionó antes, el interés sobre las actitudes disfuncionales ha crecido desde sus orígenes, y como es de esperarse, las investigaciones van dirigidas hacia diversos temas. Entre las más relevantes, está la que lleva como título las “Actitudes disfuncionales y del estado emocional en jóvenes con y sin ideación suicida” de García Salvador y Solís Gil (2008), que fue realizada con dos grupos de jóvenes de educación media superior en la zona norte del Estado de México. La población a la cual fue dirigida dicha investigación fue a 855 estudiantes de ambos sexos, alumnos del Colegio de Bachilleres, entre los 15 y 25 años; los estudiantes

fueron divididos en dos grupos, en los cuales el primer grupo no presentaba actitudes disfuncionales a diferencia del segundo grupo, como resultado, solo un grupo presentaba ideación suicida. La investigación fue realizada con la Escala de Ideación Suicida, Escala de Actitudes Disfuncionales y la Escala de Estado Emocional, los cuales tuvieron como resultado una marcada y estrecha relación entre ideación suicida, estado emocional y actitudes disfuncionales, así como un factor de riesgo en el grado de intensidad de estas y el estado emocional.

Otra investigación realizada por Brunet (2005), fue denominada “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña”. Se concluyó que al trabajar en un contexto de pérdida, implica vivir cotidianamente con emociones negativas, las cuales generan un fuerte impacto sobre el sujeto, además de que las personas cercanas a los enfermos empiezan a tener un marcado aplanamiento afectivo; por otro lado, también pueden presentar una mayor comprensión y regulación emocional, con un marcado deseo de trabajar con pacientes terminales, lo cual genera un miedo menor ante la muerte.

La actitud ante la muerte en el mundo romano y la Edad Media se veía como un proceso lógico, asumible, tolerable y no desesperanzador. A mediados del siglo XX, la muerte solía afrontarse en el domicilio familiar y esto hacía que los niños vivieran esta experiencia como algo normal dentro del proceso. Por lo contrario, la actitud que se ha tomado en las últimas décadas es de miedo ante la muerte, incluso se ha suprimido del vocabulario de las personas y ha sido considerado un tabú en

sus conversaciones, por lo que existe cada día una mayor tendencia a excluir la velación en los hogares, aumentando la creación de tanatorios para la velación del difunto, esto tiene como resultado que se cataloguen actitudes favorables ante la vida, y desfavorables ante la muerte (Gala León; 2002).

Planteamiento del problema

Es importante tomar en cuenta todos los factores determinantes en el sujeto para poder así estipular si es posible que existan actitudes que se relacionen con una predisposición al suicidio, por lo que su incidencia podría estar generando un aumento en este comportamiento. Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señalan que en el 2012 se registraron 5,012 suicidios en el país. El informe presentado en el marco del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, detalla que en el lapso de 1990 a 2010 la cifra se duplicó: aumentaron de 2.3 a 4.5 suicidios por cada 100 mil habitantes. Cuatro de cada 10 hombres mexicanos que cometieron suicidio tenían de entre 15 a 29 años de edad, lo que representa la mayor proporción de fallecimientos, mientras que uno de cada nueve eran adultos de 60 años o más. El INEGI destaca que entre las mujeres mexicanas que se suicidaron, el porcentaje más alto correspondió a las de 15 a 19 años (22.8%).

De acuerdo con las estadísticas presentadas anteriormente, se puede observar que las actitudes tomadas por los sujetos ante sus vidas los llevan a cuestionarse de forma anormal y exagerada: cuándo y cómo morirán. Estas posturas

fuera de la realidad son de tipo desadaptativo, de acuerdo con el entorno social en que vive el sujeto. Es posible que en la mente de los sujetos con actitudes disfuncionales, estas vengan acompañadas por el sentimiento de dolor intenso, lo que los conduce a intentos suicidas como una necesidad de control ante su vida, evitando enfrentar la situación en la que se encuentran.

Conforme aumentan en grado e intensidad, estas actitudes negativas pueden ocasionar en los sujetos, estados de privación inconsciente de la realidad, en donde se desarrollan diversos mecanismos de defensa creando así mundos paralelos y perdiendo el sentido con la realidad, en el cual el individuo pueda llegar a pensar en el suicidio.

Por otra parte, es importante destacar que los estudiantes de psicología poseen problemas como las personas en general, sin embargo, el trabajo emocional realizado durante las clases puede despertar emociones y pensamientos más conscientes y con mayor fuerza, obligándolos a enfrentarse a estas situaciones estresantes, tomando actitudes desfavorables ante la situación.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe una relación significativa entre la ideación suicida y las actitudes disfuncionales en los alumnos de psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Esta investigación estuvo dirigida por el cumplimiento de los objetivos que a continuación se expresan.

Objetivo general

Conocer la relación entre la ideación suicida y las actitudes disfuncionales en los estudiantes universitarios de la carrera de psicología, de la Universidad Don Vasco, A.C., de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

- 1) Definir teóricamente la ideación suicida.
- 2) Explicar los factores que influyen en la ideación suicida.
- 3) Explicar las características específicas de la ideación suicida.
- 4) Definir el concepto de actitudes disfuncionales.
- 5) Explicar los procesos de formación de las actitudes disfuncionales.
- 6) Describir las características de las actitudes disfuncionales.
- 7) Establecer la relación existente entre la ideación suicida y las actitudes disfuncionales.

Hipótesis

En toda investigación se plantea de manera provisoria, el resultado que se intenta encontrar. En el presente estudio, los resultados que se pretenden verificar están expuestos a continuación.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre la ideación suicida y las actitudes disfuncionales en los estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre la ideación suicida y las actitudes disfuncionales en los estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La ideación suicida se evaluó operacionalmente con la ayuda de la Escala de Ideación Suicida (SSI), elaborada por Aaron Beck en 1979, la cual es una escala heteroaplicada con el propósito de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o

grado de seriedad e intencionalidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse.

Las Actitudes disfuncionales se midieron con la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS), la cual es de auto-informe, creada por Aaron Beck y Weissman en 1976 y traducida al español por Sanz y Vásquez en 1993; dicha escala es derivada del modelo cognitivo y se utiliza para medir cogniciones latentes que podrían predisponer a un individuo a desarrollar depresión.

Justificación

En esta investigación se observaron los aspectos de la ideación suicida y las actitudes que pueden orillar a esos pensamientos.

Esta investigación ayudará a conocer si las actitudes disfuncionales, pueden influir para un pensamiento suicida, de forma más específica en los estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de Uruapan, Michoacán. Dicho trabajo es importante porque no se encuentra una investigación similar dentro de la institución, lo cual puede servir para investigaciones futuras sobre estas variables de estudio.

La necesidad de reconocer y observar este tipo de actitudes y conductas que llevan al sujeto a terminar con su propia vida, da origen a la presente investigación, obteniendo este conocimiento se llegará a una prevención de las actitudes disfuncionales que pueden llevar a las conductas suicidas, así como la creación de

proyectos y programas, los cuales puedan favorecer la salud mental de los estudiantes.

La relevancia del presente estudio reside en el tema de investigación, del cual no existe evidencia de otras investigaciones similares en la población universitaria de la Escuela de Psicología dentro de las instalaciones de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán. Por consiguiente, los resultados que de aquí se obtengan pueden ser utilizados para estudios posteriores y profundizar en el tema, así como el uso de los mismos para cualquiera que desee obtener algún provecho de los resultados obtenidos en la presente investigación.

Marco de referencia

La universidad Don Vasco, A.C., nació como una escuela secundaria, en el año de 1964, con el nombre de Instituto Cultural Don Vasco. Al terminar los alumnos de la primera generación, se inició una preparatoria, en 1967; después de que la primera generación terminó la preparatoria, se comenzó con una carrera profesional (administración de empresas), en 1971. Después, a través de los años se siguieron abriendo nuevas carreras, actualmente son 10, entre licenciaturas e ingenierías. Para el año de 1988 se hace el cambio de nombre a Universidad Don Vasco (www.udv.edu.mx).

La secundaria depende de la Secretaría de Educación Pública, la preparatoria (con el nombre de Colegio de Ciencias y Humanidades) y las carreras

profesionales están incorporadas a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Se escogió el nombre de Universidad Don Vasco en recuerdo del muy insigne fundador de la diócesis de Michoacán, Don Vasco de Quiroga, hombre altamente docto y lleno de bondad para todas las personas y, en especial, para los indígenas, a quienes enseñó diversas labores y a quien ellos llamaron “Tata Vasco” (www.udv.edu.mx).

La Universidad Don Vasco, desde su inicio, no nació como un negocio de particulares, sino como una obra de servicio desinteresado a la sociedad. La propiedad legal la tiene una asociación civil, las mensualidades son bajas. En comparación de otras universidades no oficiales y además, se dan becas completas o parciales a un alto número de alumnos de escasos recursos y el superávit que se tiene cada año, después de cubrir todos los gastos, se ocupa íntegramente en hacer nuevas construcciones o en mejorar los equipos de las diversas carreras.

Como lema, se escogieron solamente dos palabras: integración y superación. Con la primera de ellas se quiere indicar que la universidad pretende unificar diversos elementos, que a veces se ponen por separado, no se hizo solamente para varones o para mujeres, no solamente para una elite de personas adineradas o exclusivamente para pobres, no exclusivamente para creyentes en una religión: se pretendió incluir a todo mundo y por supuesto, tener muy en cuenta el pensamiento de los padres de los alumnos. Con la segunda palabra (superación) se manifiesta el

deseo de buscar siempre nuevos horizontes, en materia de ciencia y de formación en general, y de tratar cada vez con más empeño el que esta universidad tenga gran importancia en el desarrollo de Uruapan y de las poblaciones circunvecinas.

La Universidad Don Vasco cuenta con más de sesenta aulas para el aprendizaje con la modalidad de curso, diez espacios para el trabajo tipo taller y doce áreas para aprender en sesiones tipo laboratorio; todas ellas brindan las condiciones para un efectivo e integral proceso de enseñanza aprendizaje. Para complementar óptimamente lo anterior, se cuenta con nueve aulas equipadas con recursos de audio y video.

Un edificio alberga la biblioteca que, por la calidad y magnitud de su acervo bibliohemerográfico, bien puede ser considerada la biblioteca particular universitaria más completa del estado de Michoacán. En convenio con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, la biblioteca opera en calidad de centro de información de tal instancia gubernamental, de modo que se encuentra a disposición de investigadores, maestros y alumnos de otras instituciones y del público en general.

El departamento de informática ofrece a los estudiantes, sin costo adicional al pago de la colegiatura, equipos de cómputo con servicio de Internet para satisfacer las necesidades de información actualizada, con este mismo propósito, los alumnos tienen señal inalámbrica de internet en el área que ocupa el campus.

Cuenta además con instalaciones especiales como: laboratorios de fotografía, material audiovisual, laboratorio de televisión y radio, cámara de Gesell, ludoteca, laboratorios de química y física, laboratorios de hidráulica y resistencia de materiales, así como área de enfermería.

Para las actividades académico-culturales de gran afluencia, como son los congresos, jornadas o simposios estudiantiles o profesionales, la institución tiene el mejor auditorio de la región, cuya capacidad es para recibir 280 personas y posee la infraestructura física adecuada, funcional y equipada con tecnología audiovisual de punta. Para eventos especiales de menor afluencia, como son los diplomados en las diversas áreas del conocimiento, seminarios de actualización para egresados y otros de educación continua, existen dos confortables salas provistas de equipo de sonido y video, con cupo para noventa personas. Cuenta además con cafeterías, áreas verdes, canchas deportivas para la práctica de básquetbol, volibol y de usos múltiples, son parte del campus universitario en donde el estudiante puede desarrollar actividades físicas y recreativas (www.udv.edu.mx).

Actualmente, la Universidad Don Vasco se encuentra situada en el Entronque carretera a Pátzcuaro número 1100, Col. Don Vasco, en Uruapan, Michoacán, México.

CAPÍTULO 1

IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida es uno de los problemas actuales que estudian diferentes especialistas en las materias como la psicología, sociología, suicidología, entre otros, cada uno dentro de su propio campo de estudio que al final cumplen con objetivos similares, brindando un conocimiento amplio del tema.

Es importante en la investigación la identificación de los aspectos del suicida, características, criterios, signos, síntomas y comportamiento en general. Shneidman y Farberow (citado por Chávez; 2010) mencionan que es casi imposible identificar al paciente potencialmente suicida mediante una sola historia clínica, independientemente de lo perturbada o traumática que esta haya sido, refiriéndose a la conclusión en la que se deben aplicar diversos tipos de investigación como la entrevista, test proyectivos y psicométricos, observación y pruebas médicas, entre otras, para así poder identificar de una manera confiable al paciente suicida.

A continuación se presentan definiciones dentro del área de la psicología sobre la ideación suicida, así como una descripción y generalidades más detalladas sobre sus características.

1.1 Definición

Es muy difícil conceptualizar el suicidio en una sola definición, por lo cual existen diversas categorías, estas fueron planteadas por O`Carroll en el año 1996, y adoptadas por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. Que en el año 2007 tuvo una revisión realizada por Silverman, en el que describen de una forma más detallada los aspectos característicos del suicida señalando los estos en cada propuesta de definición.

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados, en donde estos actos de cambio deseados son en su forma elemental el suicidio como el acto voluntario y/o intencional de quitarse la vida. Definimos la ideación suicida como los pensamientos que se tienen sobre el suicidio, refiriéndonos al aspecto cognitivo, dentro de este se pueden encontrar fantasías, deseos, intencionalidad sin evidencia empírica que indique que la persona intentará suicidarse en algún momento.” (Álvarez, y cols.; 2012: 37).

A pesar del hecho de no encontrar evidencia empírica, el sujeto con ideas suicidas transmite pensamientos y deseos, es entonces que se le llama comunicación suicida, siendo un punto intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida. En esta se incluyen las comunicaciones verbales y no verbales en

las cuales pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones en el cuerpo, estas comunicaciones pueden presentarse de dos modos (Álvarez y cols.; 2012):

La amenaza suicida que es un acto interpersonal, que puede ser de tipo consciente o inconsciente, donde el sujeto realiza esta conducta amenazando su vida sin ponerse en riesgo realmente, en algunas situaciones son lapsus, en los cuales el sujeto no sabe por qué realizó dicha conducta. Este tipo de ideación puede ser expresada verbalmente, esta podría predecir una conducta suicida identificada como tal en un futuro cercano.

El plan suicida es un tipo de ideación más cognitiva ya que conlleva una planeación y discriminación de aspectos cotidianos, originando una propuesta del acto suicida potencial, señal de alarma que puede comunicar en dibujos, cartas, poemas entre otros métodos de comunicación.

Cabe mencionar que el suicidio, en muchos casos, no está relacionado con la depresión, en los cuales se pueden presentar los mismos indicadores de intencionalidad suicida. En estos casos el paciente presenta impulsividad que lo lleva a cometer daños hacia su propio ser, por lo tanto, cuando el paciente obtiene un incremento en la energía causada por diversos factores, debe estar en cuidado del terapeuta, instituciones y/o familiares durante algún tiempo.

1.2. Factores de riesgo que influyen en la ideación suicida

Existen ciertos factores dentro del suicidio o la ideación suicida, los cuales predisponen al sujeto a presentar este tipo de conductas, a continuación se muestran los indicadores más comunes por los cuales puede presentarse esta conducta, a partir de las dimensiones personales importantes para la formación del sujeto.

1.2.1. Aspectos biológicos

Como se menciona con antelación la ideación suicida no siempre está asociada con depresión, aunque es el más común de todos dando una estadística del 70% de los casos suicidas.

Otras causas por las cuales se pueden presentar conductas suicidas, de acuerdo con la biomédica son motivadas por aspectos biológicos como la farmacodependencia, abuso de drogas, alcoholismo y enfermedades crónicas. Todas estas causas están relacionadas con los procesos biológicos cerebrales, investigaciones recientes (Cruz y Pérez; 2003), han demostrado que ciertos desequilibrios químicos a nivel cerebral, principalmente concentraciones bajas de neurotransmisores, serotonina, adrenalina y dopamina, provocan tendencias depresivas y como resultado, actitudes y pensamientos suicidas.

De esta forma, se demuestra a partir de estos estudios que la conducta suicida está asociada al desequilibrio de la serotonina. En estudios realizados a los

cuerpos de suicidas violentos, se demostraron concentraciones bajas de ácido 5-hidroxiindolacético en el fluido cefalorraquídeo. Es por lo anterior que los pacientes con este tipo de conductas muestran una respuesta bloqueada de un liberador de serotonina y a causa de esto, tienen conductas depresivas en donde la felicidad y el placer son reducidas.

El sistema dopaminérgico (Cruz y Pérez; 2003) es otro de los causantes de la conducta suicida, ya que la dopamina es distribuida en la sustancia negra, sistema límbico, el área de la corteza pre frontal e hipotálamo, la dopamina entonces es liberada alterando a la membrana pre sináptica, esta es captada por los autorreceptores, que interrumpen la neurotransmisión llevando así a una depresión.

Como se puede ver es importante tomar en cuenta los aspectos neurológicos para una mejor comprensión de la conducta suicida, ya que el desequilibrio en el sistema límbico origina un deterioro no solamente en la capacidad para experimentar correctamente las emociones, sino también en la capacidad para emitir las conductas pertinentes en diversas situaciones y con ello afectar áreas importantes del sujeto como su entorno personal, social, laboral, entre otros.

1.2.2. Aspectos sociales y culturales

Los factores socioculturales son uno de los precipitantes para un comportamiento suicida dentro de un grupo de personas. Durkheim (2008) plantea

que hay diversos factores de riesgo, como el nivel socioeconómico, el estatus social, el trabajo, amigos, religión y estado civil.

Uno de los grandes factores sociales en los cuales hay un riesgo significativo es en el nivel socioeconómico, dentro de la sociedad el dinero es un sustento para la vida cotidiana y la adquisición de servicios, los suicidios consumados pueden verse con frecuencia en sujetos que tienen dificultad para conseguir trabajo o poco ingreso económico, esto promueve una mayor tendencia a un desequilibrio psicológico y psiquiátrico, por tanto, un gran riesgo suicida.

En contraste, el suicidio puede observarse también en sujetos con alto nivel socioeconómico, esto se debe al nivel exagerado de presión, estrés y una vida superficial basada en el dinero, dentro de este nivel socioeconómico se encuentra la posición social que los sujetos presentan, conocido también como “estatus social” si bien está relacionada con el nivel socioeconómico, no estrictamente depende de un nivel alto o bajo de ingresos monetarios.

El estatus social, si bien es una posición dentro de la sociedad, el índice suicida tiene un riesgo mayor cuando la persona pierde este estatus, es entonces que la persona se siente desadaptada de su nuevo entorno, con una mayor tendencia depresiva con situaciones estresantes en la cual el sujeto no está acostumbrado, originando ideas y fantasías suicidas, como acción compensatoria o calma al asociar la muerte con el descanso.

El nivel educativo, junto con el nivel socioeconómico, juega un papel importante en los factores que influyen en las conductas suicidas; se podría decir que los sujetos con poco nivel educativo son más propensos a cometer este tipo de actos, o debido a una estrecha relación con el estatus social y el nivel socioeconómico del sujeto; a menores estudios menor probabilidad de encontrar un trabajo bien pagado, dependiendo de las exigencias de la ciudad donde pertenecen.

Si bien el empobrecimiento del trabajo es un riesgo importante, también lo es un puesto de trabajo exigente, con muchas responsabilidades y presiones, provocando un gran nivel de angustia debido al estrés laboral, al acceso fácil a fármacos o métodos letales, la drogadicción y alcoholismo, la competitividad en la profesión, el deterioro de la imagen del médico, la conflictividad conyugal y el divorcio, entre otros factores (Vega-Piñero y cols.; 2002).

Los trabajos más estresantes físicamente y mentalmente, son los trabajos mejor pagados. En dichos empleos exigen un alto nivel de concentración en un periodo largo de tiempo, desgastando al sujeto hasta llegar a un estado favorable para la conducta suicida.

Otro factor que puede relacionarse socialmente con la conducta suicida es el estado civil del sujeto, es entonces que se puede afirmar que las personas que viven acompañadas, tienen un índice menor de suicidio que las que viven solas; generalmente, el índice mayor de suicidas son de personas divorciadas o viudas, este índice aumenta si no hay familia nuclear, hablando específicamente de hijos o

familiares dependientes del sujeto, ya que el tener a personas bajo la responsabilidad de este, le permite pensar en aquellos que están emocionalmente ligados a él.

La religión juega un papel importante dentro del tema suicida ya que si bien la religión tiene muchos aspectos negativos en los sujetos, en este caso lo ayuda. Durkheim (2008) plantea que, en general, las personas que se consideran religiosas tienen un riesgo de suicidio menor que las que se consideran ateas, por lo tanto, es posible decir que la religión es un factor protector ante el suicidio.

Se afirma lo anterior, ya que como se habló en los antecedentes del suicidio, a partir de la expansión del cristianismo y todas las religiones derivadas de este y de cuyos seguidores conforman el 75% de la población mundial, el suicidio se ve como un acto contra su dios, es decir, un pecado, el cual va a tener un castigo al alma inmortal o como en el caso del Islam, donde no se acepta el suicidio, puesto que la vida de los musulmanes solamente puede depender de Alá, pero lo consideran un acto heroico cuando el suicidio es un sacrificio voluntario religioso para el bien del Islam, por ejemplo si es realizado en la “guerra santa”.

Otra religión que rechaza el suicidio es el budismo, puesto que el tiempo de sufrimiento en la tierra no debe ser modificado, ya que es consecuencia de los actos malignos cometidos en una vida anterior. El hinduismo lo rechaza, pero es más tolerante puesto que acepta ciertos casos de suicidios. En general, las religiones consideran la vida como algo sagrado y el suicidio suele estar considerado como un

acto indeseable, por ello las personas religiosas presentan una menor tasa de suicidio frente a las personas que se consideran no religiosas.

1.2.3. Aspectos familiares

En cuanto al ámbito familiar, (Álvarez cols.; 2012) se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida, destacando algunos factores de riesgo como la vida familiar, afecto por parte de esta, etapas de desarrollo, problemas de los padres y estructura familiar. Los factores de riesgo se originan con las dificultades en las relaciones, ya que el primer contacto social depende de la familia y dependiendo de la historia de vida, junto a esta da como resultado el desempeño social, en función de la seguridad personal para con las relaciones sociales y comunicación conflictiva.

La familia conforma una gran parte afectiva desde las primeras etapas en el desarrollo del sujeto, en estas primeras etapas, la madre y el padre dan afecto y seguridad al infante, aunque en ocasiones se carece de afecto, debido a diversos aspectos y problemas que se originan dentro de las relaciones familiares, como pueden ser divorcios, hijos productos de violaciones, por trastornos mentales, entre otros; originan que el sujeto crezca con bajos niveles de cercanía afectiva.

Esta interacción pobre de emociones puede definirse como una estructura familiar poco favorable que puede producir sujetos inestables, como en el caso más común una tendencia depresiva, agresividad ante la sociedad llevándolo a

instalaciones penitenciarias, o simplemente originando desórdenes psiquiátricos, abuso de sustancias. La asociación entre ideación suicida y el intento suicida de un familiar ha sido estudiada por otros autores, quienes señalan que en estas familias podría existir una forma de aprendizaje, previendo un modelo de solución ante dificultades emocionales o un modo de enfrentar la angustia.

1.2.4. Alcohol, drogas y suicidio

El alcoholismo es el segundo trastorno psiquiátrico (Álvarez y cols.; 2012) dentro del riesgo suicida, el cual es superior en hombres mayores con un historial de abuso, ya que además de dañar la salud de la persona el paciente pierde el control de sus conductas ante los demás, deteriorando así áreas como: personal, familiar, social y laboral. El abuso de alcohol puede influir en la depresión ya sea incrementándola u originándola y finalmente, como escape, o por un pobre control de impulsos llevar al suicidio.

Los sujetos farmacodependientes poseen un riesgo suicida elevado, en lo particular, el abuso de sustancias elevado originan un alto grado de disfunción serotónica, encontrado frecuentemente en recursos y pacientes psiquiátricos con trastornos de personalidad especialmente en aquellos con tendencia de comportamiento impulsivo y violento hacia sí mismo o hacia los demás.

1.3. Características personales de riesgo

El suicida tiene la capacidad de imaginar o fantasear con su propia ausencia en un determinado lugar o situación, (Álvarez y cols.; 2012), ya que actúa de un modo inteligente en el que piensa y planea paso a paso el cómo acabará con su vida, y como su alrededor seguirá funcionando sin él.

Como ya se explicó anteriormente, hay situaciones externas que influyen en el sujeto. Los factores externos hacen que los pensamientos suicidas se presenten con mayor fuerza y se reflejen en el comportamiento de la persona originando que el riesgo suicida incremente, no solo provocado por el entorno, sino que también por procesos cognitivos.

Estos pensamientos, fantasías y planes deterioran la vida cotidiana de la persona ya que se presentan cada vez con mayor frecuencia e intensidad teniendo así un mayor riesgo en el comportamiento suicida, el sujeto a su vez trata de enfrentar esta situación de acuerdo con su personalidad.

Los factores con mayor carga cognitiva son los siguientes, según Álvarez y cols.; 2012):

Pérdida de objetos de amor: En donde el sujeto ha tenido una relación estrecha y siente afecto por un objeto o una persona. Finalmente termina en la desaparición de ese objeto de amor y con su estado de comodidad, en algunas

personas solo puede producir tristeza este abandono, sin embargo, en otras personas puede producir un estado de depresión el cual puede orillar a fantasear con su muerte.

Depresión: La depresión es una de las principales causas del suicidio por un dolor intenso en la persona. En muchos de los casos cuando se encuentra en una de las fases del duelo (negación, ira o enojo, negociación, depresión, aceptación) donde ocurre un desequilibrio emocional, la persona intenta liberarse de este dolor tomando conductas arriesgadas o como escape, en donde es un factor importante ya que la persona siente un vacío y esto lo orilla a la conducta suicida.

Falta de control de impulsos: En donde el sujeto pierde la capacidad de control sobre sus pensamientos y sus acciones, dependiendo de la situación, ya sea en un arranque de ira, en un momento de depresión, o incluso en un momento antisocial en el que la persona se expone sin medir la consecuencia de sus actos, y cuyas acciones osadas pueden venir acompañadas por sustancias como el alcohol o drogas, en cuyo caso no se tiene el control total del cuerpo y se pierde la capacidad de razonar objetivamente.

Poca tolerancia a la frustración: ligado estrechamente con la falta de control de impulsos, en donde el sujeto experimenta pierde la capacidad de razón dejándose guiar solamente por impulsos, sin medir correcta y objetivamente la gravedad de las acciones.

Heridas narcisistas: el sujeto opta por la automutilación haciéndose diversas heridas en las que este tiene la creencia de que será admirado por los demás a causa de estas heridas autoinfligidas. Este tipo de conductas sube de nivel a medida que el sujeto se llena de prestigio, es entonces que realiza cada vez actos más arriesgados, llevándolo a automutilaciones más graves o actividades más peligrosas y arriesgadas.

Las heridas narcisistas pueden ser realizadas por conductas desencadenantes por el mismo sujeto, ya sea incitar a alguien más para que lo maltrate, cortarse partes del cuerpo y exhibirlos. Siempre tratando de acaparar la atención de los demás.

1.4. Categorías de clasificación del suicidio

A pesar de que ya se mencionaron definiciones hay categorías en las que el suicidio se clasifica de acuerdo con la forma en que se presenta (Álvarez y cols.; 2012,) de tal forma que inicialmente se encuentra la ideación suicida de la cual se desprenden tipos y subtipos y son los siguientes:

Ideación suicida: de forma elemental, la ideación suicida son pensamientos sobre el suicidio (cogniciones), dentro de la ideación suicida se desprenden la comunicación suicida, la cual se explica como un conjunto de actos dentro de la sociedad en la que se transmiten pensamientos, deseos dirigidos a terminar con la propia vida, en muchos de los casos puede existir evidencia física de esta expresión.

Pueden encontrarse comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. De este tipo se desprenden dos subtipos, los cuales son:

a) Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano, esta conducta es un reproche hacia el mismo o figuras de autoridad, puede estar dirigida ante una o más personas comunicando con una amenaza , dando el mensaje de que acabará con su vida.

b) Plan suicida: propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial. Esta propuesta es sistematizada ya que el sujeto deliberadamente elige el lugar, el día y el objeto. Inteligentemente crea un plan en el cual se deben de tener las condiciones tan específicas de acuerdo con la personalidad del sujeto. El sujeto con plan suicida observa determinadamente los objetos de modo que fantasea en acabar con su vida con ayuda del objeto o situación que está observando incluso puede dejar algunos objetos en un determinado lugar como acción anticipatoria al acto suicida.

Otro tipo de ideación suicida que se desprende de éste es la conducta suicida en el cual, el sujeto con conductas suicidas tiene evidencia de tipo cognitiva o conductual de dicha conducta, estas evidencias son de dos tipos:

- a) La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad social o personal.
- b) La persona presenta diferente gravedad de intencionalidad, a un menor grado puede no provocar lesiones, o bien en un grado alto acabar con su vida.

Otro tipo de ideación suicida es la autolesión/gesto suicida en el cual, el gesto suicida tiene una finalidad social ya que la persona no tiene intención de matarse, sino que el gesto implica un objetivo específico. El sujeto con esta conducta puede llegar a mencionarlo para espantar a los demás o generar conductas en los demás, a autoinfligirse marcas si es necesario o en un grado alto a matarse, pero sin la intencionalidad de hacerlo.

Por último, otro tipo de ideación suicida es la muerte autoinfligida no intencionada, la cual tiene subtipos que son:

- a) Intento de suicidio: Es un daño autoinfligido con diferente grado de intención de morir e igualmente, un diferente grado en las lesiones.
- b) Suicidio frustrado. Acto suicida en el cual se tenía la intención de matarse, sin embargo no llega a consumirse por un imprevisto del sujeto, este hecho no considerado por el sujeto interrumpe el proceso de acabar con la muerte.
- c) Equivalentes suicidas. En muchos de los casos la persona desplaza el impulso suicida hacia actos dirigidos físicamente hacia ellas, estos actos son automutilaciones, cortadas, golpes, insultos los cuales aparentemente no tienen una intención suicida.

- d) Suicidio racional. El suicidio de tipo racional es una conclusión en la cual el sujeto llega al estar pasando por una situación intensa, penosa, dolorosa o que simplemente sobrepase las capacidades actuales, racionalmente el sujeto piensa que es la mejor decisión para acabar directamente con los problemas, y que ha estado pensando en soluciones a lo que la más lógica para este es el suicidio.
- e) Suicidio colectivo. principalmente es un acto en el cual un grupo de personas decide quitarse la vida, generalmente son de tipo independiente y existe un líder que ha persuadido a los integrantes del grupo, los sujetos se suicidan entonces por acto de fe hacia el líder, el nivel de comprensión de la realidad, está alterado por la sugestión del líder.

1.5. Clasificación de los sujetos suicidas

Existen varios tipos de suicidas, según las características que manifiestan. Enseguida se presentan según la perspectiva de Álvarez y cols.; 2012):

- Suicida impulsivo: se refiere al sujeto que no desarrolla ningún plan para acabar con su vida, sino que de forma abrupta decide acabar con esta, este tipo de impulsos se desencadenan por algún factor estresante en el sujeto, que lo llena de emociones y por lo tanto impulsos, los cuales lo llevan a conductas suicidas.

- Suicida neurótico: Sujeto que planea con la anticipación necesaria, esto le permite organizar meticulosamente las condiciones exactas del acto suicida, y posteriormente consumar la idea de suicidarse, ya que esta ha estado presente por un periodo de tiempo significativo en el cual el pensamiento es de tipo obsesivo originando así la organización del acto suicida. De esta clase se suicida, se desprenden tres subtipos:

- a) Neurosis Obsesiva: luchan constantemente con la idea del suicidio sin llegar verdaderamente a una decisión. Si se consuma, resulta como culminación de una lucha ineficaz contra la pulsión.
- b) Neurosis Histórica: conducta dramatizada en la cual el sujeto tiene una ganancia secundaria de la teatralidad, muchas veces el suicidio es de tipo accidental ya que llevan la teatralidad a grados altos en donde el riesgo de quitarse la vida es grande.
- c) Neurosis de carácter: puede suceder en reacción impulsiva, explosiva. Puede empezar con un homicidio y luego suicidio. Ya que el conflicto sobrepasa el carácter personal, el homicidio muchas veces es impulsivo lo que lo lleva a esta reacción impulsiva

- Suicida psicopático. Sujeto el cual posee una patología que da como resultado el suicidio, algunas de los cuadros psiquiátricos son:

- a) Esquizofrenia: puede originarse en un episodio en el cual el sujeto puede quitarse la vida debido a las alucinaciones.

- b) Demencia: el sujeto tiene un deterioro mental en el cual el acto suicida puede darse en un momento de lucidez donde este decide quitarse la vida por la angustia generada por la enfermedad, o bien, dentro de estados de inconsciencia el sujeto puede acabar con su vida por actos accidentales.
- c) Toxicomanías: el sujeto puede suicidarse debido a la intoxicación de alguna sustancia lo cual lo puede llevar a alucinaciones, paranoia o a un escaso contacto con la realidad en el momento, el sujeto también puede teatralizar ante sujetos facilitadores de la droga, llegando así al suicidio por ambas razones.
- d) Epilepsia: el sujeto puede estar en un momento en el cual ocupa la concentración, generando así un accidente, o bien por las lesiones que puede tener al momento del episodio, en el cual se catalogaría como un suicidio accidental.
- e) Debilidad mental: por la emotividad o impulsividad estos actos son intentos de suicidio pero no elaborado. Sino que es un suicidio accidental.
- f) Estados depresivos: como ya se mencionó antes, la depresión puede originar pensamientos suicidas, y posteriormente llevarlo a la acción.
- g) Estados confuso: el estado confuso va estrechamente relacionado con muchos de los tipos de suicidio, ya que el momento de lucidez no está presente, y es entonces donde puede ocurrir el suicidio de manera accidental o voluntaria impulsiva por alguna alucinación.

h) Psicópatas: sujetos explosivos y fanáticos en los que debido a su incapacidad emocional pueden experimentar sensaciones e ideas que lo impulsan a un acto suicida u homicida.

- Suicida imprudente. El sujeto no tiene intención ni voluntad de suicidarse, pero el suicidio es presentado por accidente producto de la negligencia de este.
- Suicida voluntario. Sujeto el cual tiene una premeditación y voluntad de quitarse la vida.

Durkheim (2008), por su parte, señala cuatro tipos de suicidas

El primer tipo que señala el autor es el suicidio altruista, el sujeto siente culpa y se siente sin importancia ante el mismo y los demás esta es una baja del “yo” en el que el sujeto es incapaz de generar recursos para él mismo y opta por liberar a los demás de esa deshonra generada.

El segundo tipo es el suicidio egoísta, en donde los vínculos sociales del sujeto son débiles, y origina una apatía social ante el mismo y los estímulos externos, puede realizar acciones en las que no se hace responsable por un enojo aparente, este es libre de suicidarse cuando quiera y como quiera, ocurriendo este tipo de suicidio en la adolescencia.

El tercer tipo de suicidio es el anémico, los lazos afectivos del sujeto son débiles y no siente una unión o acercamiento de personas significativas, generando sensaciones de soledad y de inadecuación en los aspectos de su vida.

El suicidio fatalista es el cuarto tipo de suicidio según el autor, el cual está presente en situaciones en las que el sujeto es obligado a seguir una serie de normas las cuales llevan al sujeto al resultado del suicidio. El suicidio entonces es el resultado de los factores de riesgo y el fin de un proceso.

1.6. Clasificación de la ideación suicida

Se ha obtenido una clasificación al pensamiento (Álvarez y cols.; 2012) del sujeto el cual es un predisponente para la motivación de este:

- a) El sujeto intenta reunirse con un objeto (persona, o momento en la vida), en el cual, este pensamiento está ligado a estar en un lugar “mejor” e ir al cielo.
- b) Separación del objeto, se presenta cuando el sujeto está cansado de interactuar con una situación o una persona, siendo así que el pensamiento va dirigido a evitar este estímulo desagradable.
- c) Intento de recuperar o cambiar el objeto, el sujeto tiene la idea de poder cambiar la situación así que utiliza el chantaje como principal motivador en el cual demanda acciones o actitudes para hacerse valer en una situación.
- d) Evitación al dolor mental, en donde el sujeto es torturado de alguna forma como escape a esta tortura encuentra su alivio en el pensamiento de no estar

en ese lugar en esa situación, el excesivo pensamiento es lo que dirige al acto de suicidarse.

- e) Obtención de bienestar y tranquilidad, ligado al aspecto de evitación al dolor en donde este desea un estado de bienestar, dando como resultado lógico para la persona el terminar con su propia vida.

1.7. Fases de suicidio

Ocurren diversas fases en el sujeto suicida, este proceso va de imaginar su propia muerte, a llevar a cabo el hecho (Cruz y Pérez; 2006), el sujeto presenta características específicas, dependiendo la fase en la que se encuentre, las cinco fases son: la ideación suicida, amenaza suicida, plan suicida, acto liberador y suicidio consumado.

- Ideación suicida, se refiere a la existencia de la idea. Manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada (expresarlo por escrito, a través de dibujos). A veces imaginando un plan o método concreto para realizarlo.
- Amenaza suicida. Presencia de manifestaciones o exclamaciones acerca del deseo de morir.
- Plan suicida. Estructuración del cómo, cuándo y dónde, sin pasar al acto, con el propósito consciente de un beneficio como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás.

- Acto liberado de morir. Conducta voluntaria de quitarse la vida, esta es de modo consciente y la persona sabe de los resultados que se obtendrán.
- Suicidio consumado. Acto de autodestrucción en donde el individuo termina con su vida.

1.8. Aproximaciones teóricas

Dentro del estudio del suicidio existen tres vertientes tradicionales las cuales son, el social, individual y uno actual que es el biológico. En la orientación social explica la conducta suicida influenciada por los diferentes factores sociales y como estos afectan directa o indirectamente a la persona, en esta orientación se incluyen factores sociológicos con resultados basados en la estadística, a diferencia de la orientación personal, la cual considera que el suicidio desde las características personales del individuo se basan en las explicaciones de diversos enfoques psiquiátricos, psicológicos y psicoanalíticos basados principalmente en estudio de casos. La orientación actual está conformada de métodos biológicos explica el suicidio desde un enfoque orgánico, con evidencias físicas resultados de diversos estudios al organismo.

1.8.1. Modelos biológicos

Si bien las características emocionales influyen en el comportamiento suicida, pocas veces se conoce los predisponentes biológicos, los cuales implican un peso importante en el comportamiento suicida, a continuación se presenta algunos

modelos biológicos los cuales se deben tomar en cuenta para el análisis y la identificación de esta conducta.

- Neurobioquímicas

El principal neurotransmisor implicado en las conductas suicidas es la serotonina (Cruz y Pérez; 2003). Un déficit de esta sustancia mediante gran número de estudios: postmortem, medición del ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo, estudios plaquetarios y pruebas neuroendocrinas. La disminución de 5-HIAA en LCR se relaciona con la violencia del acto suicida.

Otra línea fecunda de investigación biológica en suicidio viene del estudio del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Así se han medido 17-hidroxicorticoesteroides y cortisol libre en orina, o cortisol en sangre o LCR. 9. En el momento actual se trabaja, en la relación entre los niveles séricos de colesterol y las conductas suicidas.

- Genéticas

Se han propuesto factores genéticos en el suicidio. El mecanismo hereditario de la conducta suicida podría incluir la transmisión de alguna enfermedad psiquiátrica. Sin embargo no se ha identificado completamente si es cuestión de herencia o imitación en los casos observados.

1.8.2. Enfoque sociológico

Uno de los representantes más importante es Durkheim quien hace toda una explicación social sobre el suicidio, en el cual define el suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima a sabiendas que abría de producir este resultado.” (Durkheim, 2008: 5).

Este autor define el intento suicida como “ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte” (Durkheim; 2008: 7). Al respecto, analiza los diferentes factores sociales los cuales pueden determinar conductas suicidas y en base a estas características establece dos grupos: los factores extra sociales, los cuales son implicaciones de los demás directamente con el sujeto y el segundo grupo es lo social, que son las variables culturales influyendo en la persona. A diferencia de estos grupos Durkheim describe a tres tipos de suicidas: el anómico, altruista y egoísta, los cuales ya fueron explicados anteriormente.

1.8.3. Enfoque psiquiátrico

El suicidio es considerado por la psiquiatría en dos orientaciones fundamentalmente, clásica y epidemiológica.

- La orientación clásica se basa en la presencia de un trastorno mental dando como resultado de este conductas suicidas, esta prospectiva parte

del siglo XIX, con las investigaciones sobre personas que intentaban suicidarse, en estas se le realizaban autopsias en las cuales los sujetos poseían lesiones cerebrales que originaban enfermedades mentales, es entonces que se empezó a dar origen la conducta suicida en alguna localización específica del cerebro.

- La orientación epidemiológica (Álvarez y cols.; 2012), son estudios los cuales son determinados por aspectos sociales y personales en los sujetos con conductas suicidas haciendo una comparación de grupos de riesgo y sus características principales y cómo el conjunto de factores presentan un predisponente para la conducta suicida. Esta rama explica algunos de los factores de riesgo estadísticos que ya se mencionaron anteriormente en este capítulo.

1.8.4. Enfoque psicoanalítico

Dentro del enfoque psicoanalítico, Freud (2008) es uno de los principales exponentes del tema suicida en el cual aborda el suicidio como una forma de castigo hacia sí mismo interpretando estas tendencias autoagresivas como agresiones a la persona amada con la que el sujeto tenía una relación estrecha siendo su objeto de amor, esta agresividad es dirigida internamente, tomando conductas suicidas o externamente, siendo así que posee conductas antisociales, Freud desarrolla en 1920 las ideas sobre “eros” y “thanatos” como instintos de vida y de muerte, en el cual el suicidio es un instinto de muerte por lo cual todas las personas somos potencialmente suicidas. Freud también afirma que el sujeto es incapaz de idealizar

su propia muerte porque estamos convencidos de nuestra inmortalidad, sin embargo nuestros instintos si permiten representar la muerte de los demás siendo que estos han causado un daño, es entonces que esta agresión hacia los demás es introyectada, originando conductas autoagresivas.

1.8.5. Enfoque psicológico

El enfoque psicológico es una de las ramas más grandes en cuanto a explicaciones de la conducta, entre ellos señalan componentes de la persona con conductas suicidas (Shneidman; 2007) las cuales son la hostilidad, la perturbación, la construcción y el cese. Dentro de estos, existen características comunes en todo el acto suicida como: el propósito de buscar una solución, el objetivo común, el estresor a las necesidades frustradas, la emoción, el estado perceptual, la acción al escape, la comunicación a la intención, y el acto suicida coherente al afrontamiento de la vida y a las situaciones, siendo estas características un predisponente interpersonal a los que ya se hizo referencia, y teniendo así un mayor riesgo en la conducta suicida.

- Teoría cognitiva.

Uno de los principales exponentes es Beck (1983) quien explica la sintomatología depresiva surgiendo de patrones cognitivos negativos y distorsionados, donde se presentan: una versión negativa del sí mismo, tendencia a la interpretación negativa de las experiencias, y esquemas de patrones cognitivos primitivos caracterizado por un pensamiento absolutista sin matices. Estos tres

aspectos son denominados como la “triada cognoscitiva”; esta triada lleva al sujeto a pensamientos desagradables los cuales ve como un problema, es entonces que desea escapar de ello, por lo cual se origina la desesperanza, así como expectativas negativas sobre el futuro, de tal forma que los pensamientos suicidas invaden la mente del sujeto creando una situación insoportable. Estas situaciones originan deseos de morir y de vivir al mismo tiempo causando un conflicto interno, el cual está alimentado por pensamientos e ideas que incrementan la posibilidad del deseo de muerte.

1.9. Perfil del suicida

Como ya se vio anteriormente existen algunas factores de riesgo predisponentes los cuales inducen a una persona a cometer actos contra su salud, sin embargo es importante identificar las características personales que una persona con características suicidas posee con mayor facilidad, y dependiendo de estas se podrá incluso observar que población o sujeto está en un mayor riesgo.

A continuación se presentan características que el sujeto suicida posee en la mayoría de los casos, por si solas pueden no conducir a conductas suicidas, sin embargo mientras más factores de riesgo se tengan, mayor es el riesgo que se tiene de presentar este tipo de conductas:

- a) Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas: ejerce un papel importante, ya que es un factor precipitante.

- b) Depresión mayor: es el trastorno mental que se asocia con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general.
- c) Otros trastornos mentales: trastorno bipolar y esquizofrenia.
- d) Factores psicológicos: desesperanza y rigidez cognitiva.
- e) Edad: los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada.
- f) Sexo: los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio.
- g) Presencia de enfermedad crónica o incapacitante.
- h) Historia familiar de suicidio: aumenta el riesgo de conducta suicida, cuando se produce en un familiar de primer grado.
- i) Factores sociales y ambientales: falta de apoyo social, nivel socioeconómico y situación laboral.
- j) Historia de maltrato físico o abuso sexual: los daños producidos durante la infancia presentan una asociación consistente con la conducta suicida. Así como maltratos a lo largo de la vida, o en el momento en que se está viviendo.
- k) Eventos vitales estresantes: pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras, problemas legales y acontecimientos negativos, pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.

- l) Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos: aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso de la ideación a la conducta suicida ya que es más probable que el sujeto lo lleve a la acción por la facilidad del objeto.
- m) Acoso por parte de pares (iguales): en adolescentes, se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas, en el ámbito laboral, familiar, de pareja, grupos sociales, y en poblaciones penitenciarias donde es más probable la violencia entre pares.

1.10. Ideación suicida y actitudes

Como ya se mencionó anteriormente los pensamientos suicidas llevan a tener actitudes hacia la vida, la muerte o el dolor, siendo que las organizaciones mentales sufren una reestructuración cognitiva, a partir del hecho de que el sujeto se intenta adaptar al medio en el cual se encuentra.

Álvarez y cols. (2009) menciona que las personas cercanas a las que tengan conductas suicidas, pueden aumentar dicha conducta al querer persuadir de dicho comportamiento, siendo que la persona con ideas suicidas se le debe considerar como alguien que tiene un serio problema a quien hay que tratar de modo adecuado y ayudar lo más posible.

Algunas actitudes que se toman por parte de los sujetos con ideación suicida son para obtener un beneficio, amenazando con esta acción si no se cumple lo que piden, las cuales pueden originar una actitud negativa por parte de los espectadores

que puedan ayudar al sujeto suicida, cuyo riesgo puede ser subestimado y además puede verse como una conducta disfuncional con un posible resultado negativo.

CAPÍTULO 2

ACTITUDES DISFUNCIONALES

En el siguiente capítulo se abordaran las actitudes disfuncionales como parte fundamental para comprender esta investigación. Se presentaran los aspectos más importantes como su término, componentes y consideraciones teóricas para un entendimiento claro sobre el tema. La información presentada está dirigida al tema principal de la investigación.

2.1. Definición de actitudes disfuncionales

Dentro de los conceptos que se abordan en este capítulo es preciso definir la palabra actitud, para así partir de la funcionalidad hacia la disfuncionalidad lo cual permitirá realizar una diferenciación de lo que implica la disfuncionalidad, siendo esta una de las variables que dirige el presente estudio.

Worchel y cols. (2002: 127) define la actitud como “un estado mental o neuronal dispuesto, organizado por juicios en el contexto de una dimensión evaluativa (de lo bueno a lo malo) que reflejan impresiones agradables o desagradables hacia el objeto”.

Otra de las definiciones señala que las actitudes son “un estado mental neutral de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una

influencia directa o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones en los que se relaciona” (Jones, citado por Albarracín y cols.; 2002: 459).

Esta definición destaca diversos elementos presentes en los estudios sobre actitudes como son: tendencias o disposiciones, que estas son a partir de la experiencia (aprendidas) e implican procesos superiores del sistema nervioso, conocidos como estados neuronales y por último influye en el individuo generando una respuesta en su entorno social.

Por otra parte, las actitudes disfuncionales se definen como “reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo, y son poco realistas, por que establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo para que se cumplan tales contingencias” (Losada y Montorio; 2006: 52).

En la teoría cognitiva, Beck define las actitudes disfuncionales como creencias tácitas y reglas vitales estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo que son de carácter rígido y poco realista, y que en la depresión establecen contingencias casi imposibles para la autovalía que en la manía exageran los aspectos positivos y elevan la autoestima (Sanz y Vázquez; 1995).

Beck, Ellis, Lazarus y Folkman (citados por Sanz y Vázquez; 1995), conciben dos supuestos clave: el primero señala que las experiencias vitales de las personas son las que conforman el sistema cognitivo de las personas, generando las creencias

o esquemas básicos de la conducta que definen la forma de pensar de los sujetos. Siendo que las personas construyen el significado de las cosas y elaboran reglas que guían su comportamiento.

El segundo supuesto hace referencia a que, como los sucesos vitales, los pensamientos, las emociones y los comportamientos interactúan unos con otros, de esta forma el sistema cognitivo de las personas, guía las respuestas emocionales y conductuales de los sujetos. Las creencias centrales básicas se expresan en forma de pensamientos automáticos que en función de su grado de adaptabilidad, tendrán distintas consecuencias afectivas o conductuales. Es entonces que una percepción de la realidad ajustada y realista es necesaria para un adecuado funcionamiento y ajuste de las situaciones cotidianas, en contraste las creencias irracionales son un factor clave a la hora de explicar por qué no se produce una percepción de la realidad ajustada y realista.

2.2. Componentes de las actitudes disfuncionales

Es importante considerar la interpretación tridimensional sobre la estructura de las actitudes que a continuación se explican.

Como ya se señaló en algunas definiciones, cada actitud disfuncional puede ser entendida como una especie de programa anticipado ante un objeto significativo, dicho de otro modo, se trata de una tendencia u orientación a actuar ante

determinadas situaciones, dichas actitudes pueden ser lo más variable posibles ya que tienen innumerables objetos de referencia.

Es entonces que los componentes de las actitudes son de tres tipos:

a) El componente cognoscitivo.

El conjunto de información relacionada al pensamiento obtenido por aprendizaje, involucra un “punto de vista” o una idea errónea sobre el objeto de referencia, es entonces que se crea gracias a este objeto un “esquema” a nivel de pensamiento en el cual se involucra un mal juicio sobre este, y como resultado una actitud hacia el objeto.

Es importante mencionar que los esquemas cognoscitivos son formados de situaciones en las que se es el protagonista activo del sistema ideológico.

b) Componente afectivo.

El componente afectivo es el que contiene los sentimientos y emociones que el objeto despierta en cada persona. Para muchos es el componente con mayor importancia en la actitud irracional.

Para la creación de este componente existen diversas explicaciones como: “El componente afectivo de una actitud se forma por una asociación entre una

categoría cognoscitiva y ciertas circunstancias placenteras o desagradables” (Worchel y cols.; 2002: 126), refiriéndose al agrado o desagrado de una situación en la que el sujeto está presentando. Asociando así situaciones negativas.

Otro posible surgimiento del componente afectivo de las actitudes disfuncionales es un proceso de condicionamiento, en donde las asociaciones establecidas entre determinados objetos y emociones, en los cuales simplemente es un proceso que se ha mostrado desde un principio, relacionado nuevamente con el desagrado que el objeto le representa al sujeto, es entonces que la actitud disfuncional se genera de la experiencia y el condicionamiento que esta haya tenido. Este autor afirma que este componente afectivo y el componente cognoscitivo están íntimamente ligados entre sí, hay que los sentimientos están muy enlazados con lo que se conoce acerca del objeto (Campos; 2006).

Como se mencionó anteriormente, para que se tenga una disposición afectiva ante un objeto, es necesario tener algún conocimiento acerca de él, aunque sea un conocimiento básico. Y así tener un punto de partida para poseer un sentimiento de agrado o desagrado.

c) El componente conductual.

Es el componente activo de las actitudes disfuncionales, provocador de las conductas incoherentes con las cogniciones y los afectos hacia los objetos de actitud, es decir, la combinación de la afectividad y pensamiento dando como

resultado una conducta determinada, lo cual se define como “ la manifestación objetiva de la actitud” (Campos; 2006: 406).

Se menciona entonces que la relación que hay entre la actitud y la conducta no es directa, si no es el resultado de los otros dos componentes, ya que son los factores que intervienen, y no toda disposición produce una acción correspondiente.

Es notable la interpretación de las actitudes disfuncionales de una persona por medio de su actividad, lo que dice, hace y demuestra con relación al objeto. Si bien los componentes afectivo y cognoscitivo son predisponentes para la conducta las características personales del sujeto también lo son y estas son dependientes de su historia personal, e histórico social: “ en toda sociedad existen pautas relativamente generalizadas para la expresión de actitudes” (Campos; 2006: 406), es entonces que el componente conductual de las actitudes disfuncionales se encuentra culturalmente condicionado, y como resultado de todas las demás variables, así como de sus componentes principales.

2.3. Formación de las actitudes disfuncionales

En primera instancia formamos actitudes de manera rápida y sin esfuerzo, ya que, somos capaces de evaluar objetos a partir de relativamente poca información y sin deliberación. Esta actitud formada es tentativa, y real. En 1980, Zajonc (citado por Worchel y cols.; 2002), menciona que las respuestas de afecto o evaluación son más primitivas, que las que se relacionan con la cognición (“muchas especies, además de

los seres humanos experimentan afecto, pero pocas “piensan” en una manera que siquiera se aproxime a la cognición humana”) en el sentido evolutivo las reacciones afectivas son anteriores o más elementales que las cognitivas. Es entonces que las respuestas afectivas básicas (agrado y desagrado) ocurren antes de que el individuo este consciente del objeto. (Antes de la categorización y reconocimiento).

Asimismo, un primer mecanismo que actúa dentro de las actitudes disfuncionales es el patrón cognitivo que se relaciona con las situaciones estresantes, Beck (citado por Sanz y Vázquez; 1995). Plantea que el repertorio conductual de las personas ante una situación de estrés está influenciado por las creencias y asunciones previas mantenidas por la persona. Para que estas se activen o se originen es necesaria la participación de un evento estresante, por lo tanto, la exposición a eventos estresantes cotidianos negativos, relevantes para las actitudes disfuncionales, está asociada con mayores niveles de impacto emocional ante estos sucesos difíciles en las personas vulnerables (con mayores niveles de actitudes disfuncionales). Estas, predisponen a las personas a responder de forma adversa a situaciones particulares. En el momento en que se produce el estresor relevante, se inicia un círculo vicioso en el que el subsiguiente procesamiento de información (otorgada por las experiencias) se vuelve cada vez más sesgado, produciendo un deterioro progresivo en el estado de ánimo.

2.4. Esquemas de las actitudes disfuncionales

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas normalmente y afectan el procesamiento de la información. Para Beck “Los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Clark y Beck, citado por Sanz y Vázquez; 1995: 343).

Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsciente se ignora o se olvida. Este proceso de “arriba-abajo” sacrifica una pérdida de información o una distorsión de esta, a favor del principio de “economía cognitiva”. En el caso de los esquemas disfuncionales el resultado de ese proceso simplificador es un procesamiento desadaptativo y distorsionado de la información y como consecuencia una interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad.

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos, los “esquemas disfuncionales” depresógenos, se diferencian de los esquemas del sujeto normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del sujeto acerca de sí mismo y de su mundo, que son de carácter disfuncional y poco realista por que establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la

propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida cotidiana obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias.

A menudo las actitudes y creencias están conectadas con recuerdos relevantes en su desarrollo y formación, recuerdos que tienen que ver con experiencias negativas tempranas de la infancia. En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en la depresión tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales (Sanz y Vázquez; 1995)

La activación de los esquemas depresógenos, sería responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos. Para que tal activación sea presente es necesaria la aparición de un suceso estresante. Similar a aquellos sucesos que propiciaron la base para la formación durante el proceso de sensibilización de los esquemas, es decir, para la formación de las reglas y actitudes almacenadas en ellos.

Según Beck (citado por Sanz y Vázquez; 1995) los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva (factor de vulnerabilidad cognitiva) para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, estos esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos ni tampoco, necesariamente se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

Beck sugiere que el tipo de estresor puede activar un esquema depresógeno también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de la personalidad. En la teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los esquemas.

Esta teoría también propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, “sociotrópica y autonomía”. Los esquemas sociotrópicos influyen actitudes y creencias que implican una consideración elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos influyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. Como consecuencia había sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Estos activan de forma específica los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que requieren la autonomía o el logro objetivo serían apropiados para activar los esquemas depresógenos que forman parte de los esquemas autónomos.

Una vez activados los esquemas depresógenos, orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas queda reflejada en ciertos errores sistémicos en la forma de procesar la información; inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobre-generalización, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico y absolutista. Aunque estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la

depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Así, se entiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva, los errores o fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan.

2.5. Triada cognitiva negativa

En la teoría cognitiva de Beck, la triada cognitiva negativa son las cogniciones que implican una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, y que forman parte instantánea de la depresión constituyendo, una causa del trastorno.

Esta triada implica una visión negativa de sí mismo como alguien inútil, indeseable, sin valor y culpable de todas las circunstancias negativas que lo rodean. También implica una visión negativa del mundo por la que el individuo percibe las demandas del medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables, y considera, que el mundo está desprovisto de interés, gratificaciones o alegrías. Y finalmente una visión negativa del futuro marcada por la convicción de que ningún aspecto negativo que el individuo percibe o experimenta en el presente podría modificarse en el futuro a no ser para aumentar las dificultades o el sufrimiento; su resultado es la desesperanza.

Estas cogniciones o productos cognitivos tienen correlatos directamente observables que se expresan como A) pensamientos o imágenes voluntarias y B)

pensamientos automáticos. Estos últimos son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que no son fácilmente controlables y parecen plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia. Los dos tipos de pensamientos comprenden un diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia, y son dañinos psicológicamente puesto que interfieren tanto con las actividades del sujeto como en su estado de ánimo.

Puesto que estos pensamientos son productos cognitivos de los esquemas activados, en la depresión giran en entorno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza, configurando la triada cognitiva, la que Beck considera como parte intrínseca de la depresión y como factor causal próximo que mantiene el trastorno.

2.6. Distorsión cognitiva en el procesamiento de la información

En la depresión, al igual que en otros estados de motivación afectiva, se producen cambios característicos en el procesamiento de la información. Estos cambios sugieren que son una acción adaptable durante circunstancias que implican peligro de muerte y exigen una acción rápida, decisiva, estas le dan forma al flujo de información, que clarifican e intensifican la emoción predominante. La tristeza en general, la depresión en particular, producen una cantidad de cambios en el procesamiento de la información, lo cual influye en la exageración en el cálculo de pérdidas y limitaciones, el desprecio por la fuerza y los recursos de uno mismo, así como un aumento de recuerdos de experiencias negativas.

A continuación se presentan una lista de errores en la lógica personal y en el procesamiento de la información (Irvin, citado por Sanz y Vázquez; 1995: 99).

- a) “Razonamiento emocional: se basa en una conclusión o una inferencia sobre el estado emocional (me siento así, por lo tanto, soy así).
- b) Generalización excesiva: se parte de una experiencia o de una serie de experiencias para llegar a una infundada conclusión con implicaciones de largo alcance.
- c) Pensamiento catastrófico: se trata de un ejemplo extremo de generalización excesiva, donde el impacto de un evento o de una experiencia claramente negativa queda ampliada hasta adquirir proporciones extremas (si me da un ataque de pánico, perderé todo el control y moriré).
- d) Pensamiento según el criterio de todo o nada: es una división innecesaria de los resultados complejos en extremos polarizados (si no logro tener éxito en esto, soy un fracaso total).
- e) Tengo que, debo: son afirmaciones imperativas acerca de uno mismo que fijan normas rígidas y reflejan un grado no realista de un supuesto control sobre hechos externos.
- f) Predicciones negativas: uso del pesimismo o de experiencias previas de fracaso para predecir prematura o inadecuadamente el fracaso en una situación nueva, se conoce popularmente como “leer el futuro”.
- g) Leer el pensamiento: interpretación teñida de negativo de los pensamientos, interacciones o motivos de otra persona.

- h) Etiquetar: una característica no deseable de una persona o de un evento se convierte en aquello que define a este evento o a esta persona.
- i) Personalización: es la interpretación de un evento, una situación o una conducta como sobresaliente o definitorio de un aspecto negativo de uno mismo.
- j) Enfoque negativo selectivo: consiste en centrar la atención sobre determinados sucesos, recuerdos o interpretaciones no deseables o negativos, a costa de dejar de recordar o identificar otra formación neutral o más positiva. De hecho, es posible que se descarte o ignore la información positiva poniéndola como irrelevante o trivial.
- k) Evasión cognitiva: se perciben como incorrectamente los pensamientos sucesos o sentimientos desagradables como avasallantes o insuperables, y se los suprime activamente o se los evita.
- l) Enfoque somático: la predisposición a interpretar los estímulos internos como indicadores seguros de sucesos catastróficos.”

2.7. Factores biológicos

Una de las creencias de la psicología social es que las actitudes disfuncionales son aprendidas, surgen de las experiencias directas o indirectas y estas producen nuevas evaluaciones a niños y adultos. Algunos teóricos como McGuire y Olson (citados por Worchel y cols.; 2002) han intentado explicar las funciones innatas y biológicas de las actitudes, sin llevar a resultados sustentables. Lo que es un hecho y una realidad es que los factores físicos determinan algunas

predisposiciones hacia ciertas actitudes, como la testosterona en un nivel elevado producen una actitud positiva hacia los deportes agresivos ya que esta hormona incita a la violencia.

A continuación se presentan uno de los factores orgánicos que influyen en las actitudes disfuncionales y conductas más comunes

2.7.1 Alcohol y actitudes disfuncionales

Es evidente en muchos casos que diversas sustancias influyen directamente en el estado de ánimo, emociones, conducta y actitudes en las personas como lo es el alcohol ya que en 1979 Borstrom y White (Worchel y cols.; 2002), encontraron que el alcohol redujo el cambio de actitud de los sujetos ante un estímulo negativo. Se dedujo entonces que el alcohol, debido a su capacidad de deprimir el sistema nervioso central (SNC) minimiza la incomodidad causada por un evento u objeto negativo, y como resultado disminuye la motivación de cambiar de actitud hacia este.

Años más tarde Steele y Joseph (Worchel y cols.; 2002), acuñaron el término miopía alcohólica, refiriéndose al hecho de que el estado alcohólico reduce la capacidad cognoscitiva. Lo que obliga al sujeto a concentrarse solo en las señales más notables del entorno, influyendo en el comportamiento del sujeto, incrementando sus conductas de amabilidad o agresión dependiendo la evaluación distorsionada y del grado de intoxicación del alcohol que el sujeto posea.

Es importante destacar que no solo el alcohol produce estos efectos de inhibición de estímulos, y de depresor del sistema nervioso central, sino que en muchos fármacos y drogas se produce el mismo efecto, que lleva al sujeto a tomar una actitud mucho más favorable que la que tendría en un estado de normalidad, como en el éxtasis, la marihuana, la cocaína y algunos fármacos legales (medicamentos) que en intoxicación podría afectar las evaluaciones razonables y alterar nuestras conductas.

2.7.2. Factores genéticos

Para Albarracín y cols. (2002), la postura biológica. La genética si tiene una participación íntimamente estrecha en las actitudes, ya que la idea básica de la “genética conductual” es que los genotipos (composiciones genéticas no observables heredadas) y a su vez los fenotipos (características heredadas observables). Las estadísticas con las que se calcula la influencia genética es el “coeficiente de heredabilidad” el cual representa una estimación de la cantidad de la varianza en una característica particular, dentro de una muestra que se atribuye a factores genéticos. Comparando las semejanzas entre parientes diversos (como gemelos).

En un estudio realizado por Tesser en 1993 se puso a prueba las implicaciones de la idea de que las actitudes tienen un componente genético. Argumentando que si las actitudes positivas o negativas tienen bases biológicas no seremos capaces de modificarlas, sino que se fortalecerán más o se harán más resistentes al cambio.

Tesser descubrió con sus investigaciones que efectivamente las actitudes muy heredables eran más accesibles a los sujetos (las expresaron más rápidamente) y fueron más resistentes a la influencia de las actitudes de baja frecuencia hereditaria. Concluyendo que las actitudes heredables son aquellas que presenta el sujeto de forma “intensa” o de manera “importante” teniendo una base biológica, haciendo difícil el cambiarlas.

2.8. Actitudes disfuncionales y suicidio

Las ideas irracionales o las actitudes disfuncionales son ejemplos de las distorsiones cognitivas las cuales son “aseveraciones del pensamiento que se asumen y no corresponden con la realidad objetiva” Ellis y Ratliff (citados por Villardón; 2009: 99).

La propensión al suicidio entre pacientes con desordenes afectivos está relacionada con puntuaciones en distorsiones cognitivas.

Concluyen en su estudio que las puntuaciones en las actitudes disfuncionales es marcadamente más alta en pacientes psiquiátricos suicidas que en pacientes no suicidas: así mismo, los suicidas presentan una puntuación mayor a la media global de cognición poco adaptativa. Las medidas de actitudes disfuncionales y de depresión contribuyen a la explicación de las puntuaciones en ideación suicida. Es decir: las actitudes disfuncionales que se relacionan de un modo significativo con la ideación suicida son las referentes al perfeccionismo y la sensibilidad a las críticas

por parte de los demás. Bonner y Rich (citados por Villardón; 2009) concluyen a partir de lo anterior que las actitudes disfuncionales cambian de un modo lineal con otras variables como la depresión o la desesperanza, para explicar la probabilidad futura del suicidio.

Mark y Broadbent (citados por Villardón; 2009) señala que las personas que han cometido un intento de suicidio presentan un retraso en el recuerdo de sucesos agradables. Siendo otro condicionante cognitivo del sujeto que puede dificultar el afrontamiento: la desesperanza o visión negativa del futuro. En realidad se puede considerar una idea irracional específica. La opinión de que este futuro no cambiará ni mejorará nada dificulta el hecho de que el sujeto tome parte activa y afronte las situaciones.

Es entonces que los condicionantes cognitivos del afrontamiento lleva a la conclusión de que las visiones distorsionadas de la realidad y de sí mismo dificultan una solución saludable a una situación de estrés, favorecen los efectos negativos del estrés en la persona, así como la aparición de actitudes disfuncionales y conductas desadaptativas.

2.9. Actitudes disfuncionales y conducta.

Como ya se explicó anteriormente, las actitudes determinan gran parte de las acciones, esto refiere que la relación de actitudes y conductas están ligadas. Fishbein y Ajzen (Worchel y cols.; 2002) argumentaron que debido a las “actitudes

generales” predicen solo “conductas generales” y a su vez, “actitudes específicas” predicen “conductas específicas”. Fishbein refiere que para medir las actitudes deben ser de forma compatible para no generar incongruencias entre actitudes y conductas.

a) Actitudes generales y conductas generales.

Fisheimer describe actitudes generales como “actitudes hacia los objetos, personas y temas” y por conductas generales como “las medidas de toda la clase de acciones hacia el objeto”. Argumentaron que una actitud individual hacia un tema pondría un carácter favorable de toda serie de conductas relevantes para el tema, pero no pronosticará conductas específicas. Siendo así, que un tema en específico, desencadenará una serie de actitudes que podrán pronosticar conductas generales, pero no conductas específicas hacia el tema de interés.

Como ejemplo es posible tomar una actitud hacia la salud, siendo una creencia favorable ya que produce un bienestar físico, es posible predecir una conducta general como el hecho de planear ir al hospital, pero no actitudes específicas hacia esa actitud, cabe mencionar que estas conductas y actitudes generales están determinadas por los aspectos ambientales, tales como la cercanía (del hospital, refiriéndonos al ejemplo).

Las medidas que incluyen una amplia variedad de conductas relacionadas con una actitud se llaman “criterio conductual de acción múltiple”, Teniendo entonces una correlación en alto grado con un criterio de acciones múltiples.

b) Actitudes específicas y conductas específicas

Una actitud específica es una postura hacia una conducta particular, una medida específica de una conducta es la acción hacia un objeto en un lugar particular en un momento determinado. Entonces las conductas se especifican a lo largo de cuatro dimensiones: acción (lo que es la conducta), el objeto (a lo que se dirige la acción), contexto (donde todo ocurre) y tiempo (cuando ocurre la acción). Las actitudes hacia la conducta producirían por lo regular una buena predicción de cualquier conducta específica. La predicción de estas conductas ayuda a los sujetos a deliberar las consecuencias de estas.

Dentro del cambio de actitudes, las normas subjetivas se refieren a la presión social percibida a actuar de cierta manera. Son el resultado de nuestras creencias acerca de lo que los demás quieren que hagamos (creencias normativas) siendo así, que si una persona a la que le tenemos respeto dice que quiere que hagamos cierta actividad en la cual estamos en una postura poco favorable o poco desfavorable, la realizaremos, siempre que interese lo que la persona quiere.

Como ya se explicó en otro apartado la teoría de la acción razonada postula que las acciones de la persona en situaciones particulares se determinen de forma conjunta por la manera en que evalúa las conductas posibles en la situación. (Worchel y cols.; 2002).

2.10. Actitudes disfuncionales según Beck y Weissman.

Visto anteriormente, una actitud es “lo que impulsa hacer algo” en la cual hay muchos motivantes para realizar la conducta. Beck y Weissman en su test “Escala de Actitudes Disfuncionales” menciona siete actitudes generales las cuales son: aprobación, amor, ejecución (logro), perfeccionismo, derecho sobre los otros, omnipotencia y autonomía. Las cuales se explicarán a continuación:

a) Necesidad de aprobación

Es un hecho que las personas presentan ciertos tipos de necesidades (Sánchez; 2013), ya sean fisiológicas, materiales, emocionales etc. Para tener un equilibrio en la vida cotidiana, Maslow en 1943 introdujo el concepto de “jerarquía de necesidades” en una pirámide que consta de cinco niveles en los cuales el nivel inferior se presentan las necesidades fisiológicas, después le sigue las necesidades de seguridad, de protección, de afiliación, de reconocimiento, y en el nivel más elevado se encuentra la necesidad de autorrealización.

Con base en esta pirámide, se encuentra la necesidad de aprobación en donde se entiende que la persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, estará muy pendiente y será muy sensible a las señales que los demás le muestren sobre comportamientos. Si bien es normal que se tenga un cierto nivel de ser aprobados por los otros, es importante señalar que cuando se tienen comportamientos muy activos, casi

obsesivos en dirección a tener esta aprobación, se estaría hablando de una actitud disfuncional la cual hace que se dependa de la valoración que los demás tengan hacia los otros, generando así sentimientos desagradables e incluso pensamientos irreales.

La necesidad de esta aprobación disfuncional origina que el sujeto busque aprobación de modo obsesivo, con emociones negativas, desagradables e incertidumbre, el “aprobado” (sujeto en busca de la aprobación) deja de lado sus derechos dándoles el poder a los demás.

Las actitudes disfuncionales suelen relacionarse entre sí, siendo así que la actitud disfuncional de aprobación está relacionada con problemas de autoestima y carencias de asertividad, algunas de las conductas dirigidas a satisfacer esta necesidad cuando ya es disfuncional se pueden encontrar:

- a) Acabar las frases con preguntas “¿verdad que sí?” (siempre y cuando no sean muletillas).
- b) Cambiar una postura porque a otro no le parece.
- c) Suavizar comentarios para evitar desagradados por los demás.
- d) Sentimientos de desagrado o tristeza cuando alguien más está en desacuerdo.
- e) Sentir humillación cuando alguien más presenta una opción contraria a la suya.

- f) Pedir permiso para hacer cualquier cosa, a una persona importante en tu vida porque temes su desagrado.
- g) Pedir excusas continuamente; los excesivos “lo siento” y “perdón” que están destinadas a hacer que los demás te perdonen y te aprueben constantemente.
- h) Tratar de impresionar a los demás con tus conocimientos de algo que ignoras “pretendiendo” saberlo.
- i) Sentirte infeliz porque alguien que tú aprecias tiene una opinión contraria a la tuya y te la expresa. (Sánchez; 2013).

Es importante determinar las creencias por las cuales el sujeto se está guiando para ver la base de sus conductas para darles una orientación más adaptativa.

b) Necesidad de amor

Se entiende como una necesidad de amor de forma disfuncional a aquella donde “la persona se valora en función del amor de otras personas, ello le genera una extrema dependencia y una baja autoestima cuando cree no tenerlo o sea rechazada” (Sánchez; 2013), Dando como resultado efectos emocionales negativos, ya que cuando el amor de personas importantes para el sujeto, esta pasará por diversas fases, dirigidas hacia la dependencia, estados depresivos, autoestima e ideación suicida.

De manera desadaptativa, la persona renunciará a sus derechos personales, presentándose comúnmente con una dependencia de aprobación y constantemente dentro del núcleo familiar. Siendo así que el sujeto se condicionará a reprimir sus derechos personales, actitudes y creencias, para adoptar un papel sumiso, en el que la creencia de malestar personal es menos importante que el de los derechos personales.

Las personas con esta actitud disfuncional suelen temer a los cambios, prefieren más lo seguro y conocido que la novedad, actúan en muchas situaciones de forma sentimental irracional deseando o esperando a “la media naranja” o al “príncipe azul”. Generando expectativas poco razonables y tomando actitudes inmaduras y por lo tanto disfuncionales en sus relaciones sentimentales.

c) Ejecución o motivación de logro

Para Sánchez (2013), generalmente las personas buscan siempre hacer un buen trabajo, presentable, y de calidad, siendo esta una actitud saludable y adaptativa, aunque en contraste, algunas personas están extremadamente pendientes a ser competentes en sus trabajos, poniendo su valor en función a los resultados conseguidos, siendo así que se encontrará expuesta o vulnerable en situaciones que considere como fracasos, dejando a un lado el ocio o los momentos de diversión, tomando una actitud poco favorable hacia estas actividades, teniendo creencias de pérdida de tiempo.

Es posible distinguir dos motivaciones:

- A. El motivo para seguir el éxito: donde este, está relacionado con el logro, el trabajo duro, y la competitividad.
- B. El motivo para evitar el fracaso: teniendo como como relación al miedo y la ansiedad. (Sánchez; 2013).

Para realizar un trabajo se toman en cuenta las dos motivaciones, en las cuales están en un equilibrio constante, o con un margen de desmotivación estrecho, sin embargo de manera disfuncional, esta conducta aparece estrechamente relacionada niveles altos de perfeccionismo dejando de lado las características personales que se consideran para la valoración, y tomando en cuenta únicamente los logros y fracasos conseguidos, dando únicamente el valor a estos.

d) Perfeccionismo

Teniendo una estrecha relación con la actitud de ejecución, el perfeccionismo es entendido como las creencias mantenidas en forma rígida e inflexible acerca de cómo ser uno y los demás, siendo así que la persona disfuncional en este aspecto estará excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades, se exigirá todo, sin faltas, y ante la mínima desviación se valorará de forma negativa y rígida, también valorará a los demás de la misma forma, se mostrará con esta actitud en los cambios relacionados en su vida. Deteriorando así su relación con los otros y con

ella misma, teniendo sentimientos negativos a partir de estas actitudes desfavorables. (Sánchez; 2013).

e) Omnipotencia

La omnipotencia en este caso equivale a la creencia de tener todo el poder o un poder muy amplio, dando origen a las causas de esta actitud disfuncional que comúnmente se conoce como “complejo de superioridad”. Es el sentimiento de poder, superioridad, grandeza, los cuales encubren sentimientos de inseguridad, inferioridad, baja autoestima, autocríticas o vacío, teniendo una estrecha relación con el “complejo de inferioridad”, en donde favorecen conductas de sometimiento ligadas al sentimiento de impotencia,

La persona entonces se creará responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relaciona, como si aquellas dependieran de una forma exagerada de él, anulándose las decisiones de los demás.

f) Derecho sobre los otros

El derecho sobre los otros es una actitud de creencia egocéntrica donde el sujeto olvida los derechos de los otros, sintiéndose como el dueño de los demás, obligándolos, o imponiendo actividades de forma exagerada y poco ética, generalmente presentado en personas con poder lo cual obliga a los demás a someterse a su régimen.

g) Autonomía

De forma disfuncional la autonomía puede verse en “la persona que cree que sus sentimientos son modificables o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos. No tendrá en cuenta que esos sentimientos dependen, en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos, que puede llegar a controlarlos en gran parte” (Sánchez; 2013), siendo así que las ideas que afianzan la actitud en un aspecto disfuncional, hacen referencia a la impotencia al darle valor a lo que sentimos como si fuera una prueba objetiva de la realidad, pensando que estas son modificables, o engañarles y sin embargo dándoles importancia. Dando así una actitud de renuncia al control personal a la hora de poder modificar los estados emocionales negativos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se describirán los aspectos metodológicos, los cuales serán explicados haciendo la relación con el trabajo de campo realizado y los capítulos teóricos anteriormente mencionados, para comprender claramente los resultados y conclusiones que al final se presentan.

3.1. Descripción metodológica

En la siguiente información se presentan los lineamientos que conforman la estructura de esta investigación y que respaldan su carácter científico, que resulta de suma importancia, ya que estructura el seguimiento y las estrategias para la recolección de datos obtenidos del trabajo de campo.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

El enfoque de esta investigación es de carácter cuantitativo, identificado por sus características específicas. Hernández y cols. (2003) señalan que el enfoque utiliza la recolección de datos para contrastar preguntas de investigación, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente, el uso de la estadística, para establecer una exactitud de patrones de comportamiento de una población.

Estos estudios se basan de forma inicial en suposiciones u observaciones acerca de la realidad, en los cuales se someten a prueba, se identifican las variables involucradas y se transforman las mediciones en valores numéricos para fortalecer los esquemas teóricos o bien, para el análisis de técnicas estadísticas y extender ampliamente los aspectos teóricos.

De manera general, el enfoque cuantitativo utiliza cinco fases para su realización, las cuales son:

- a) Llevar a cabo la observación y evaluación de los fenómenos.
- b) Establecer suposiciones o ideas como consecuencia de las observaciones realizadas.
- c) Probar y demostrar el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamentos.
- d) Revisar tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o el análisis
- e) Y por último, promover nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar o fundamentar las suposiciones e ideas, teniendo la oportunidad de generar nuevo conocimiento (Hernández y cols.; 2003).

Los estudios cuantitativos se asocian también a experimentos o estudios que emplean instrumentos de medición estandarizada, los cuales contienen una validez y confiabilidad aceptable para la investigación.

Con respecto a lo antes mencionado, esta investigación es de tipo cuantitativo, ya que pretende interpretar de forma numérica los resultados de una realidad investigada lo cual lleva al tipo de investigación no experimental.

3.1.2. Investigación no experimental

De acuerdo con Hernández y cols. (2003: 269) “las investigaciones no experimentales son aquellas que se realizan sin manipular deliberadamente variables, situaciones, sino que se observan los fenómenos ya existentes tal como se dan en su contexto natural para después analizarlos, esto se debe a que las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas”

De acuerdo con el autor, esta investigación no es experimental ya que no se modificaron variables de forma deliberada, sino que únicamente se estudió el fenómeno en un contexto natural para después analizarlo.

Las investigaciones no experimentales pueden ser de dos tipos: longitudinal y transeccional o transversal. Esta modalidad pertenece la presente investigación, por lo que se explica enseguida.

3.1.3. Diseño transversal

El diseño de investigación transversal, “recolecta datos en un solo momento en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández y cols.; 2003: 247).

Hernández y cols. (2003), señalan que los estudios transversales se dividen en tres alcances diferentes, los cuales son: exploratorio, descriptivo y correlacional-causal. Esta investigación comprende el último de estos, por lo que será explicado a continuación.

3.1.4. Alcance correlacional

Para Hernández y cols. (2003), el propósito de este tipo de estudio es evaluar la relación que exista entre dos o más categorías o variables. Los estudios cuantitativos correlacionales miden el grado de relación entre esas dos o más variables. Es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y después también miden y analizan la correlación. Tales vínculos se expresan en las hipótesis sometidas a prueba.

La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales cuantitativos radican en saber cómo se puede comportar un concepto o una variable, conociendo el comportamiento de otras. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que

tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen las variables relacionadas.

Según Hernández y cols. (2003), la correlación puede ser positiva o negativa. En el primer caso, significa que los sujetos con altos valores en una variable, tenderán a mostrar altos valores en la otra; si es negativa, significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra. Si no hay correlación entre las variables, ello indica que estas varían sin seguir un patrón sistemático entre sí: habrá sujetos que tengan altos valores en una de las variables y bajos en la otra; otros, que tengan altos valores en ambas; sujetos con valores bajos ambas y otros más, con valores medios en las dos variables.

El presente trabajo de tesis es un estudio cuantitativo correlacional, ya que se midieron en primer lugar las actitudes disfuncionales en los sujetos de estudio y después, se realizó la medición de la ideación suicida en aquellos sujetos que presentaron un valor significativo, es decir, aquellos que presentaron al menos una actitud disfuncional, lo que permitió realizar posteriormente un análisis de la correlación.

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para fines de esta investigación se utilizaron instrumentos de recolección de datos estandarizados, es decir, instrumentos desarrollados por especialistas de la investigación que favorecen a la recolección de datos, así como su validez.

En primera instancia se utilizó la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS, Weissman y Beck; 1978, que se encuentra de forma física en el apartado de anexos), la cual es una escala de auto-informe derivada del modelo cognitivo de Beck (1976) para medir cogniciones latentes que podrían predisponer a un individuo a desarrollar depresión. Consiste en treinta y cinco reactivos, los cuales se dividen en siete grupos de preguntas, cada uno de los cuales está diseñado específicamente para medir una de las actitudes que Weissman y Beck consideran principales como disfuncionales, las cuales son: aprobación, amor, ejecución, perfeccionismo, derecho sobre los otros, omnipotencia y autonomía.

Posee una confiabilidad y consistencia interna que fluctúa entre .79 y .93 (Garber, Weiss, y Stanley, citados por Sanz y Vázquez; 1993). Al realizar la adaptación y traducción al español, se encontró que este instrumento resulta útil para distinguir entre sujetos deprimidos.

Posteriormente el instrumento que se utilizó fue la Escala de Ideación Suicida, (Scale for Suicide Ideation, SSI, ver en anexos) la cual es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck, en 1979, para cuantificar y evaluar la intensidad suicida, o grado de seriedad e intencionalidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse, traducida y adaptada al español por Comeche Díaz y Ros (1997).

Es una escala de 19 ítems, las cuales se dividen en varias secciones que recogen una serie de características relativas, las cuales son: actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y

realización del intento proyectado. Cabe mencionar que se añade una quinta sección con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos ítems tienen un valor descriptivo, ya que no se utilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem, hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. De manera que hay dos formas de aplicación de esta prueba: la primera es haciendo referencia al momento presente, la otra es haciendo referencia al peor momento de la vida; las formas de aplicación serán designadas para aplicar, dependiendo del investigador.

En las investigaciones realizadas en México, la puntuación media (y desviación estándar) en pacientes hospitalarios por tentativa o ideación suicida fue de 13.5 (6.9) y 11.6 (6.8) respectivamente. En el estudio de fiabilidad de consistencia interna, dio una nota alta (coeficiente alfa de Cronbach) de 0.89-0.96 y una fiabilidad ínter examinador de 0.83.

3.2. Población y muestra

Según Hernández y cols. (2003), la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, entonces es necesario establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles son los parámetros muestrales.

La recolección de datos se llevó a cabo en la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con clave 8727-25, en la cual se encuentran 210 estudiantes.

Hernández y cols. (2003), hacen referencia a que la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Es entonces necesario establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles son los parámetros muestrales, de tal manera que de la población evaluada 38 sujetos presentaron por lo menos una actitud disfuncional; con esto se determina la claridad de las características necesarias por los sujetos para delimitar los parámetros de la muestra en el presente estudio.

Se realizó la aplicación de la Escala de Actitudes Disfuncionales para valorar la primera variable, que son las actitudes disfuncionales en la población; esta población comprende a los sujetos de entre 18 y 24 años de edad, de todos los semestres de la carrera de psicología. Realizando un análisis de los resultados, se encontró que 38 estudiantes presentaron al menos una actitud disfuncional, por lo que se seleccionó en específico a estos sujetos para verificar la relación con la ideación suicida.

3.3. Descripción del proceso de investigación

Para fines de la presente indagación, se dio seguimiento a las distintas fases que caracterizan los estudios científicos, de tal forma que en primer lugar se diseñó

un proyecto de investigación, en el que se realizó la selección de las variables. Siendo así que la variable dependiente es la ideación suicida y la variable independiente es el conjunto de las actitudes disfuncionales. Una vez delimitado el proyecto, se procedió a la recopilación de los contenidos teóricos, realizando un capítulo para cada variable de estudio.

Se pidió permiso a las autoridades correspondientes para poder aplicar las escalas antes mencionadas, posteriormente se pasó a los salones con permiso previo del profesor. A los estudiantes se les dio una hoja impresa por ambos lados, con los reactivos de la Escala de Actitudes Disfuncionales la cual se aplicó los días 6 y 7 de noviembre de 2013 a toda la población universitaria de la Escuela de Psicología. Se explicó a los estudiantes que algunos de ellos serían llamados para la aplicación de otro test, dependiendo de los resultados obtenidos en este. Se les explicaron las características de realización de la prueba y se repitió este proceso en todos los salones de la Escuela de Psicología.

Al analizar los resultados de la Escala de Actitudes Disfuncionales, se obtuvo como resultado que de los 210 estudiantes de la carrera de psicología, solo 38 presentaron al menos una actitud disfuncional, por lo que a esta población en específico se les administró la Escala de Ideación Suicida los días 11 y 12 de noviembre de 2013 en el salón audiovisual, donde ellos pudieran contestar con mayor libertad esta escala. Se les explicó las características del test, así como la confidencialidad de las respuestas al contestar dicha prueba. Al finalizar la aplicación

se les pidió que pusieran sus datos en las hojas de respuesta en caso de querer conocer los resultados.

Posteriormente se calificaron las pruebas, obteniendo puntajes en percentiles y posteriormente, se dio lugar al vaciado de información obtenida para su proceso estadístico en el programa Excel del paquete Microsoft Office, para obtener el coeficiente de correlación (r) de Pearson. Finalmente, se realizó el análisis e interpretaciones de los resultados, mismos que se exponen a continuación.

3.4. Análisis e interpretación de resultados de la investigación

Una vez que se cuenta con las mediciones de los datos recabados en el proceso de investigación de campo, es posible comenzar con el análisis de las variables involucradas. En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Actitudes Disfuncionales de los sujetos que obtuvieron por lo menos una actitud disfuncional. En segundo lugar, se abordan los resultados obtenidos de la Escala de Ideación Suicida de los sujetos que como resultado de la primera aplicación, son seleccionados para corroborar la relación de estas dos variables, las cuales son las actitudes disfuncionales y la ideación suicida, las cuales dirigen la presente investigación.

3.4.1. Análisis de las actitudes disfuncionales presentadas.

En este apartado se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Actitudes Disfuncionales que se presentaron en los estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco.

Las actitudes disfuncionales, como se dice en el primer capítulo teórico, se entienden como las creencias que establecen organizaciones poco realistas, inflexibles e inadecuadas para la propia valía, ya que favorecen la aparición de depresión por los obstáculos de la vida cotidiana, originando sentimientos desagradables en la persona.

Para la comprensión profunda del análisis de los resultados de esta escala, cabe recordar que se compone por reactivos que evalúan el conjunto de actitudes; cada reactivo comprende frases o creencias, y el sujeto, conforme al grado de acuerdo con cada una, les otorga un valor por medio de una escala Likert de 0 a 4. Cada grupo de frases evalúa una actitud disfuncional en específico. Las actitudes que se valoran son 7: aprobación, amor, ejecución, perfeccionismo, derecho sobre los otros, impotencia y autonomía. Según el grupo de frases que evalúa alguna de estas actitudes, para considerarla disfuncional debe tener un como mínimo la cantidad de 15 puntos, teniendo como puntuación máxima 20 puntos. Acorde con la calificación de esta prueba, se tienen entonces que a mayor puntuación, existe una mayor disfunción en la actitud valorada.

Los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Actitudes Disfuncionales a 210 estudiantes de todos los semestres que comprenden la carrera de psicología, dieron como resultado que 38 de los sujetos presentaron al menos una actitud disfuncional

Para generar un análisis homogéneo de los resultados, se realizó la conversión de puntuación bruta a percentiles, lo que permite efectuar una calificación estandarizada, además es una de las puntuaciones que estadísticamente es de las más utilizadas para normalizar las calificaciones de una prueba.

En el análisis de resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes Disfuncionales, se encontró que hubo sujetos que presentaron más de una actitud

disfuncional: 24 de los sujetos presentaron solo una actitud disfuncional, los cuales se encuentran situados entre los percentiles 10 y 14. Lo anterior significa que en sus actitudes solo presentan una característica de sí mismos que les impide actuar de manera funcional, presentando niveles de ansiedad bajos.

De los 210 sujetos evaluados, se encuentra que 7 de ellos que obtuvieron como resultado dos actitudes disfuncionales y se ubican entre los percentiles 15 y 25, lo que representa que pueden tener una cierta desadaptabilidad, lo que puede generar un mayor nivel de ansiedad que los sujetos que solo presentan una actitud disfuncional.

Cinco de los sujetos objeto de estudio presentaron hasta 3 de las actitudes disfuncionales que mide la prueba, encontrándose entre el 26 y 35, lo que permite observar que en estos se presenta un incremento en su actuar por medio de sus actitudes disfuncionales, debido a que suelen ser más inadaptadas en el medio, presentando una mayor ansiedad por conductas y pensamientos erróneos y como consecuencia, inconformidad hacia el medio o hacia sí mismos.

Finalmente, 2 de los sujetos evaluados presentaron 5 actitudes disfuncionales, ya que obtuvieron valores de percentiles más altos y se encuentran entre el 47 y 60 puntos, lo que significa que tienen una fuerte tendencia a presentar actitudes disfuncionales en su forma de actuar, esto significa que la persona crea esquemas en donde la realidad es mal interpretada en distintos aspectos personales por que los pensamientos que crea de sí mismo y de los demás, son distorsionados y como

resultado, sus actitudes también lo son, lo que significa que su actuar es disfuncional y por lo tanto, son sujetos que tienden a la desadaptación social. (Ver anexo 1).

Se observó que algunas actitudes disfuncionales aparecen con cierta frecuencia en los 38 sujetos que presentaron como mínimo una actitud disfuncional; la frecuencia y las actitudes disfuncionales que se observaron de mayor a menor, son:

La actitud disfuncional con mayor frecuencia, la cual se representa con un 63% es el derecho sobre los otros; el autor sugiere que las personas que presentan esta actitud disfuncional, son personas que creen de manera egocéntrica (centrada en sí mismas) que tienen unos derechos que los otros deben corresponder, olvidándose de los derechos y deseos de los demás que no tienen por qué coincidir con los personales, de modo que son susceptibles a la ira.

La actitud que le sigue en frecuencia, con un 36%, es la actitud disfuncional de autonomía, en la cual la persona creerá que sus sentimientos son influenciados o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos. No se dará cuenta de que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los conocimientos de las decisiones de sus actos, y que por lo tanto, puede llegar a controlarlos en gran parte.

Con una menor frecuencia de aparición, en un 15%, se encuentran las actitudes disfuncionales de necesidad de amor y ejecución o motivación de logro,

donde la primera significa que la persona estará pendiente por obtener el afecto de otras personas, generando una dependencia y baja autoestima cuando sea rechazada de algún modo. La segunda se refiere a la persona que se encuentra excesivamente pendiente de ser competente en sus tareas, poniendo su valor en manos de los resultados conseguidos; estará expuesta a las situaciones que considere como fracasos y se mostrará excesivamente centrada en los trabajos, olvidando otros aspectos de su vida, como el descanso o la diversión.

La omnipotencia es una actitud disfuncional, en ella, la persona se creará excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de los demás con los que se relacionan, como si los demás fueran “bebés” que dependen de ella; se olvidará y hasta anulará las decisiones de los demás y no tendrá en cuenta que ellos son responsables de sí mismos. Su frecuencia fue de menor grado que las anteriores, representada por el 13%.

Por último, dos de las actitudes disfuncionales de menor aparición en frecuencia de los sujetos es del 10%, las cuales son necesidad de aprobación y perfeccionismo. La primera significa que la persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales; la segunda hace referencia a los sujetos que están excesivamente pendientes de no cometer errores en sus vidas, se exigirán todo sin falta, y ante la mínima desviación se volverán negativamente hacia sí mismos, de manera rígida o hacia otros, si no cumplen con su normas, su actitud en general será de rigidez, con poca flexibilidad ante los cambios.

En los resultados anteriormente descritos, se aprecia la frecuencia de aparición de cada una de las actitudes disfuncionales que presentaron los sujetos evaluados. Sin embargo, la mayor relevancia de los resultados obtenidos y el dato más importante para la presente investigación, es que se identificó que de los 210 sujetos a quienes se les aplicó la Escala de Actitudes Disfuncionales, 38 presentaron como mínimo una actitud disfuncional (Ver anexo 2).

3.4.2. Análisis de los resultados de ideación suicida

En el presente apartado se lleva a cabo el análisis de los resultados obtenidos de la Escala de Ideación Suicida.

Para la calificación de esta prueba, en primera instancia se deben observar los ítems 4 y 5: si estos presentan una puntuación de cero, es un indicativo de la inexistencia de intensidad suicida y no se procede a continuar.

Cada ítem se puntúa de 0 a 2 y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 ítems. El rango de puntuación es de 0 a 38, en donde se considera que una puntuación igual o mayor a 1 (uno) es indicativo de riesgo suicida, una mayor puntuación indica un elevado riesgo de suicidio.

Es importante mencionar que esta prueba va en función de cuatro secciones que son: actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos de suicidio, proyecto

interno de suicidio, y realización del intento proyectado. A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Ideación Suicida.

Como se mencionó anteriormente, de los 210 estudiantes de la Escuela de Psicología, solo 38 personas presentaron al menos una actitud disfuncional, por lo que a estos sujetos se les realizó la aplicación de la Escala de Ideación Suicida.

Para presentar los resultados obtenidos en esta escala se transformaron los puntajes brutos a percentiles, para efectuar una calificación estandarizada, ya que estas puntuaciones son estadísticamente más utilizadas para sistematizar las calificaciones de la prueba y homogeneizarlas con los resultados obtenidos en la primera variable.

Para el análisis numérico, es importante mencionar que 7 personas de los 38 sujetos a los que se les aplicó la Escala de Ideación Suicida, obtuvieron como resultado una puntuación de cero, lo que significa que no presentan ideación suicida, teniendo un total de 31 personas con calificación en percentiles de entre 2 a 60 puntos.

La prueba indica que a mayor puntuación, existe mayor ideación suicida, y viceversa. Por lo que se traduce que los sujetos que obtuvieron un puntaje más bajo, es decir, una puntuación de percentiles entre 1 al 33, tienen una menor ideación suicida; los sujetos que obtuvieron un puntaje entre 34 al 65 puntos, significa que tienen una ideación suicida en un nivel medio; finalmente, aquellos sujetos que

obtuvieron un puntaje en percentiles de entre 66 a los 100 puntos, tienen una mayor incidencia en la ideación suicida, lo que se traduce como un mayor riesgo de cometer suicidio.

De los 31 sujetos que indican ideación suicida, 22 de ellos no superan percentiles mayores a 33, lo que significa que la ideación suicida se presenta en un menor grado. Por otra parte, 7 de los sujetos valorados presentan entre 34 al 65 puntos en percentiles, lo que significa que tienen una ideación suicida a un nivel medio y finalmente, 2 de los sujetos objeto de estudio obtuvieron los percentiles más altos: 57 y 60 puntos, lo que representa un riesgo suicida mayor de entre los 38 estudiantes de la Escuela de Psicología (Ver anexo 3).

3.4.3. Las actitudes disfuncionales en relación con la ideación suicida

La investigación se orientó hacia un alcance correlacional, lo que significa que tiene como intención encontrar evidencias de la relación existente entre dos variables, por lo que se midió y analizó la correlación de las dos variables.

En las actitudes disfuncionales, los sujetos que las presentan tienden a suponer, creer y predecir su realidad de forma errónea o distorsionada, la cual les impide relacionarse con su entorno. Por otro lado, la ideación suicida se refiere a la existencia de la idea y manifestación consciente sobre pensar o desear morir, que puede ser o no declarada (expresarlo por escrito, a través de dibujos) a veces imaginando un plan o método concreto para realizarlo, estableciendo entonces que la

ideación suicida es una serie de pensamientos que se tienen sobre el suicidio, en donde el sujeto fantasea con acabar con su propia vida.

Estas dos variables antes definidas muestran cierta relación desde la perspectiva teórica; en el apartado de investigación documental se encuentra que las actitudes disfuncionales conducen a la ansiedad y a la depresión. Esta susceptibilidad a la depresión lleva al sujeto a ideaciones suicidas. Los autores refieren que, para que se presenten estas ideaciones suicidas y se lleven a cabo, se requiere de un evento estresante (una pérdida o duelo).

Habiendo explicado de manera teórica las variables, se intenta comprobar la relación entre estas en la muestra de estudio. Como se explicó en los apartados anteriores, los resultados obtenidos de la aplicación de estas dos escalas se obtuvo que de los 210 estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Don Vasco, 38 presentaron al menos una actitud disfuncional; en la aplicación de las 38 personas que respondieron la Escala de Ideación Suicida, 7 de ellos presentaron una puntuación de cero, lo que significa que hay ausencia de ideación suicida, teniendo un total de 31 sujetos con calificación en percentiles de entre 2 a 60 puntos (siendo estos la puntuación más baja y más alta obtenida respectivamente) en los resultados de esta escala.

Con base en los resultados estandarizados en medida de percentilar, se procedió a obtener la medida de dispersión conocida como varianza para posteriormente obtener la "r" de Pearson y conocer el grado de relación entre las

dos variables. El resultado de dicha operación entre las variables medidas con la Escala de Actitudes Disfuncionales (con una varianza de 159.87) y la Escala de Ideación Suicida (con una varianza de 273.25) fue de 0.14.

La manera de verificar dicha relación es comparar el resultado tomando los valores de entre -1 y 1, explicados a continuación:

Los valores próximos a .10 indican una correlación positiva débil, los próximos a .50 indican una correlación positiva media, los próximos a .75 indican una correlación positiva considerable, y los próximos a .90 indican una correlación positiva fuerte y los próximos a 1, indican una correlación positiva perfecta lo cual significa que a medida que aumentan los valores de una de las dos variables, aumentan los de la otra. Por otro lado, los valores negativos cercanos a -.10 indican una correlación negativa débil, los próximos a -.50 indican una correlación negativa media, los próximos a -.75 indican una correlación negativa considerable, los próximos a -.90 una correlación negativa muy fuerte, finalmente, los valores próximos a -1 indican una correlación negativa perfecta, lo que significa que a medida que aumentan los valores de una de las dos variables, disminuyen los de la otra. Sin embargo, los valores próximos a cero, indican que no existe asociación lineal entre las variables (Fernández; 2002).

Para comprobar si las variables tienen una relación entre ellas, debe mostrarse el coeficiente de determinación también conocido como varianza de factores comunes (r^2) por lo cual se elevó al cuadrado el índice de correlación "r" de

Pearson, misma que fue de 0.0196 y refleja una influencia del 1.9% de las actitudes disfuncionales sobre la ideación suicida.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede afirmar entonces que las actitudes disfuncionales presentan una relación positiva débil con la ideación suicida.

Es importante mencionar que si bien los sujetos que tienen al menos una actitud disfuncional, también presentaron ideación suicida. Sin embargo, esto no significa que las actitudes disfuncionales presentadas se relacionen con la ideación suicida, ya que existen otros factores externos que pudieran generar esa ideación suicida presentada.

CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones constituyen un análisis resumido de toda la investigación realizada, además de que se comentan aquellos hallazgos que no estaban previstos en el estudio realizado.

En primer lugar, se mencionan los objetivos que se alcanzaron en el proceso de la investigación; se logró cumplir con el objetivo de definir el concepto teórico de la ideación suicida, explicar los factores que influyen en el mismo, así como sus características; este objetivo se logró a partir de la revisión de los contenidos teóricos, mismos que fueron expuestos en el capítulo 1.

De igual forma, los objetivos referentes a la definición del concepto de actitudes disfuncionales, explicar sus procesos de formación y características relevantes, fueron abarcados en el capítulo 2.

El objetivo que hace referencia a establecer la relación existente entre las variables, se cumplió al exponer los resultados obtenidos de la Escala de Actitudes Disfuncionales y la Escala de Ideación Suicida, así como el análisis cuantitativo de ambas variables.

Lo anterior se realizó por medio de la presentación de los resultados en medidas estandarizadas de percentiles y posteriormente, la medida de dispersión

conocida como varianza; para así obtener la “r” de Pearson y conocer el grado de relación entre las dos variables, mismas que se exponen en el capítulo 3 de esta investigación.

El objetivo general planteado al principio de esta investigación, el cual se enfoca en conocer la relación entre la ideación suicida y las actitudes disfuncionales en los estudiantes universitarios de la carrera de psicología en la Universidad Don Vasco, A.C., de Uruapan, Michoacán. Logró cumplirse como resultado del proceso de la investigación.

La incógnita que dirigió el curso de esta investigación, se formuló de la siguiente manera: ¿Existe una relación significativa entre la ideación suicida y las actitudes disfuncionales en los alumnos de psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Como respuesta a esta incógnita, es posible afirmar que los resultados obtenidos de la Escala de Actitudes Disfuncionales, reveló que de los 210 estudiantes a quienes se les aplicó esta escala, 38 presentaron al menos una actitud disfuncional. Posteriormente, con la aplicación de la Escala de Ideación Suicida, se encontró que 7 personas de los 38 sujetos a los que se les aplicó esta escala, obtuvieron como resultado una puntuación de cero, lo que significa que no presentan ideación suicida.

Se registró un total de 31 personas que presentan ideación suicida con un rango de 2 a 60 puntos, por lo que se traduce que los sujetos que obtuvieron un puntaje más bajo, tienen una menor ideación suicida, así como los sujetos que obtuvieron resultados más elevados tienen una mayor incidencia en la ideación suicida, lo que se traduce como un mayor riesgo de cometer suicidio.

De los resultados obtenidos de estas dos variables, se obtuvo que el grado de correlación de acuerdo con la "r" de Pearson, fue de 0.14, lo que significa que existe una asociación lineal positiva débil entre las variables, a su vez, representa que no existe una relación significativa entre las actitudes disfuncionales y la ideación suicida.

De acuerdo con lo anterior, se acepta la hipótesis nula, la cual se refiere a que no existe relación significativa entre la ideación suicida y las actitudes disfuncionales en los estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Con los resultados obtenidos en el proceso de investigación realizado, no se encontró una correlación entre las variables investigadas. Es importante mencionar que los sujetos que tienen como mínimo una actitud disfuncional, también presentaron ideación suicida, por lo cual, pueden estar relacionadas con otros factores externos que generarían esa relación.

Finalmente, los fenómenos observados durante la investigación muestran que la cantidad de sujetos que presentan como mínimo una actitud disfuncional, disminuye a medida que avanzan de grado escolar dentro de la licenciatura. Por otro lado, todas las personas que presentaron ideación suicida coincidieron en que el factor disuasorio más importante es la familia o sus seres queridos. Por lo anterior, sería interesante analizar estos fenómenos más a profundidad en investigaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

Albarracín, Dolores T.; Blair, Johnson; Mark, P. Zanna. (2002)
Manual de actitudes
Instituto Nacional de Salud. Estados Unidos.

Álvarez, María; Atienza, Gerardo; Ávila, María José; Canedo, Celia; Castro, Manuel; Combarro, Jesús; De las Heras, Elena; Fernández Martínez, Rafael; Ferrer, Ernesto; García Alejandro; Gonzales, Amparo; Losada, Cristina; Del Carmen, María; Martínez, Belén; Mazaira, José; Mosteiro, Luisa; Pérez, Laura; Rojo, Águeda; Tovar, Margarita; Triñanes, Yolanda. (2012)
Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida
Editorial Agencia de Evaluación de Técnicas Sanitarias de Galicia. España.

Campos Santelices, Armando. (2006)
Introducción a la psicología social
Editorial universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.

Colell Brunet, Ramón. (2005).
Análisis de las actitudes ante la vida y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña.
Universidad autónoma de Barcelona. España.

Cruz Arceo, Jesús Benjamín; Pérez Cadena, Elvira. (2003)
El suicidio, un fenómeno de origen multifuncional.
Editorial Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México.

Cruz Revueltas, Juan Cristóbal; Cruz, Rene, Esqueda, Susana. (1998)
El suicidio, primer morón.
Editorial Lito Arte, S.A. Colombia.

Donal, P. P.; Stewart, Gary; Cutrer, William; Demy, Timothy; Cunningham, Paige; Kilner, John; Bevington, Linda. (2000)
Preguntas básicas sobre suicidio y autoestima
Editorial portavoz. USA.

Durkheim, Emile. (2008)
El suicidio.
Editorial Ekai. Madrid, España.

Fernández, S. (2002)
Estadística descriptiva.
Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2003)

Metodología de la investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

Llorens, Susana; Beas, Isabel. (1996)

Diseño y validación de un instrumento de evaluación de actitudes hacia la búsqueda de empleo.

Universitat Jaume. España.

Lozada, Andrés; Montorio, Ignacio; Izal, María; Márquez, María. (2005)

Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de las actitudes disfuncionales.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.

Salvador García, María Teresa; Solís Gil, Martha Leticia. (2008)

Actitudes disfuncionales y estado emocional en jóvenes con y sin ideación suicida.

Universidad Autónoma de México. Tlalnepantla, Edo. De México.

Sanz, J.; Vázquez, C. (1995)

Manual de psicopatología: trastornos del estado de ánimo.

McGraw-Hill. Madrid.

Villardón Gallego, Lourdes. (2009)

El pensamiento suicida en la adolescencia

Universidad de Deusto. España.

Worchel, Stephen; Cooper, Joel; George, R.; James, M. (2002)

Psicología social.

Interned International Thomson Editors, S.A. de C.V. España.

MESOGRAFÍA

Chávez Hernández, Ana María. (2010)

“Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna”:

Departamento de Psicología de la Universidad de Guanajuato, México. Abril del 2010.

www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008

Gala León, F.J.; Jiménez Lupiani, M.; Hernández Raja, R.; Guillén Gestoso, C.; González Infante, J.M.; Villaverde Gutiérrez, Ma. C.; Alba Sánchez, I. (2002).

“Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual.”

Cuadernos de Medicina Forense, Sevilla España. Oct. 2002

<http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062002000400004>

González Macip, Socorro; Díaz Martínez, Alejandro; Ortiz León, Silvia; González Forteza, Catalina; González Núñez, José de Jesús. (2000)

“Características psicométricas de la escala e ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México”.

Salud Mental V. 23, No. 2, abril del 2000.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam002d.pdf>

Mondragón, Liliana; Borges, Guilherme; Gutiérrez, Reyna. (2001)

“La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos.”

Red de Revistas Científicas de América Latina. Vol. 24, núm. 6.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal, México.

www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262402

Sánchez Medina, Rafael. (2013)

“Actitudes disfuncionales”.

<http://psicologoalgecirasrafaelsanchezmedina.wordpress.com/2013/03/03/actitudes-disfuncionales/>

Universidad Don Vasco. (2010)

“Origen de la Universidad Don Vasco”.

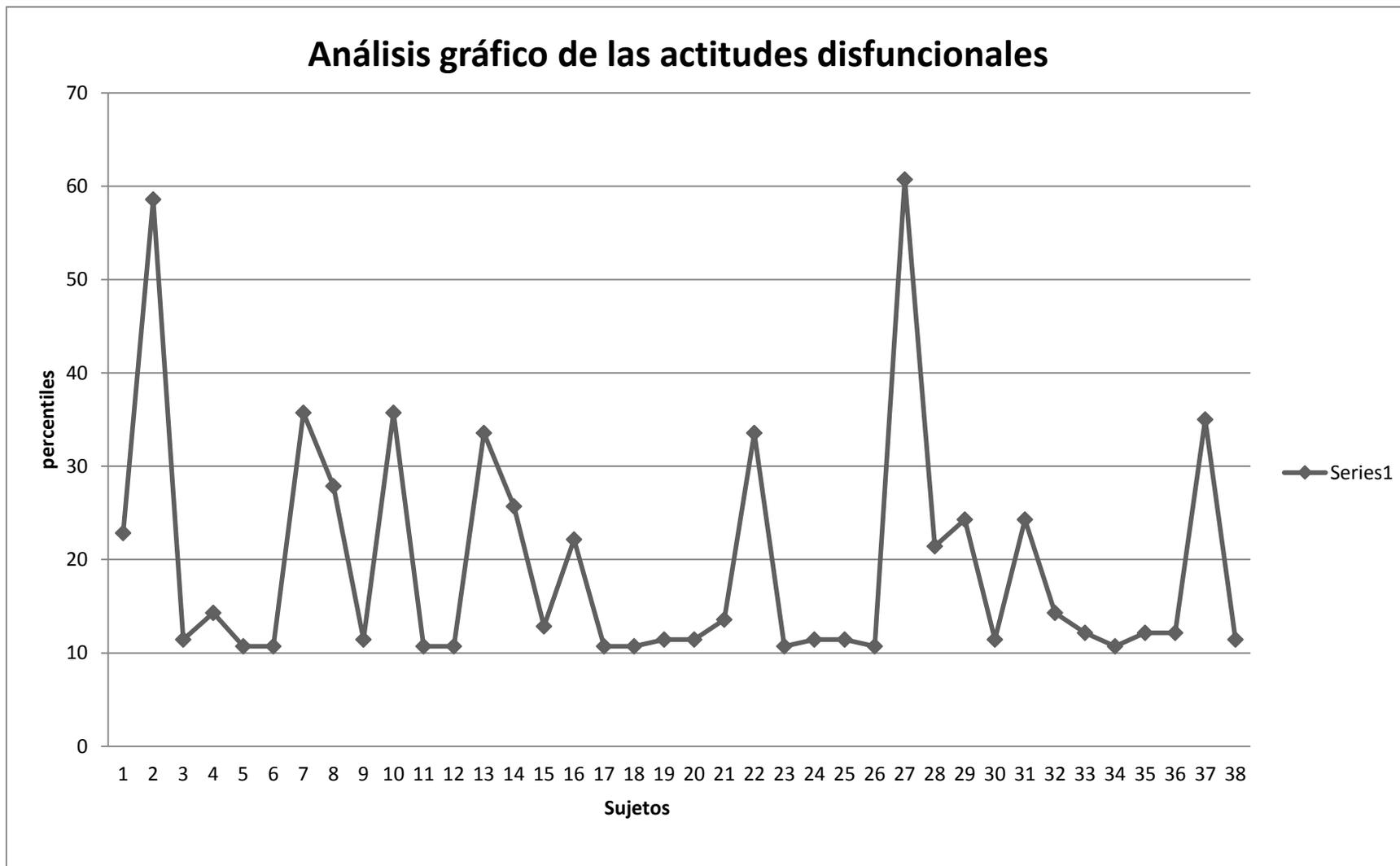
www.udv.edu.mx

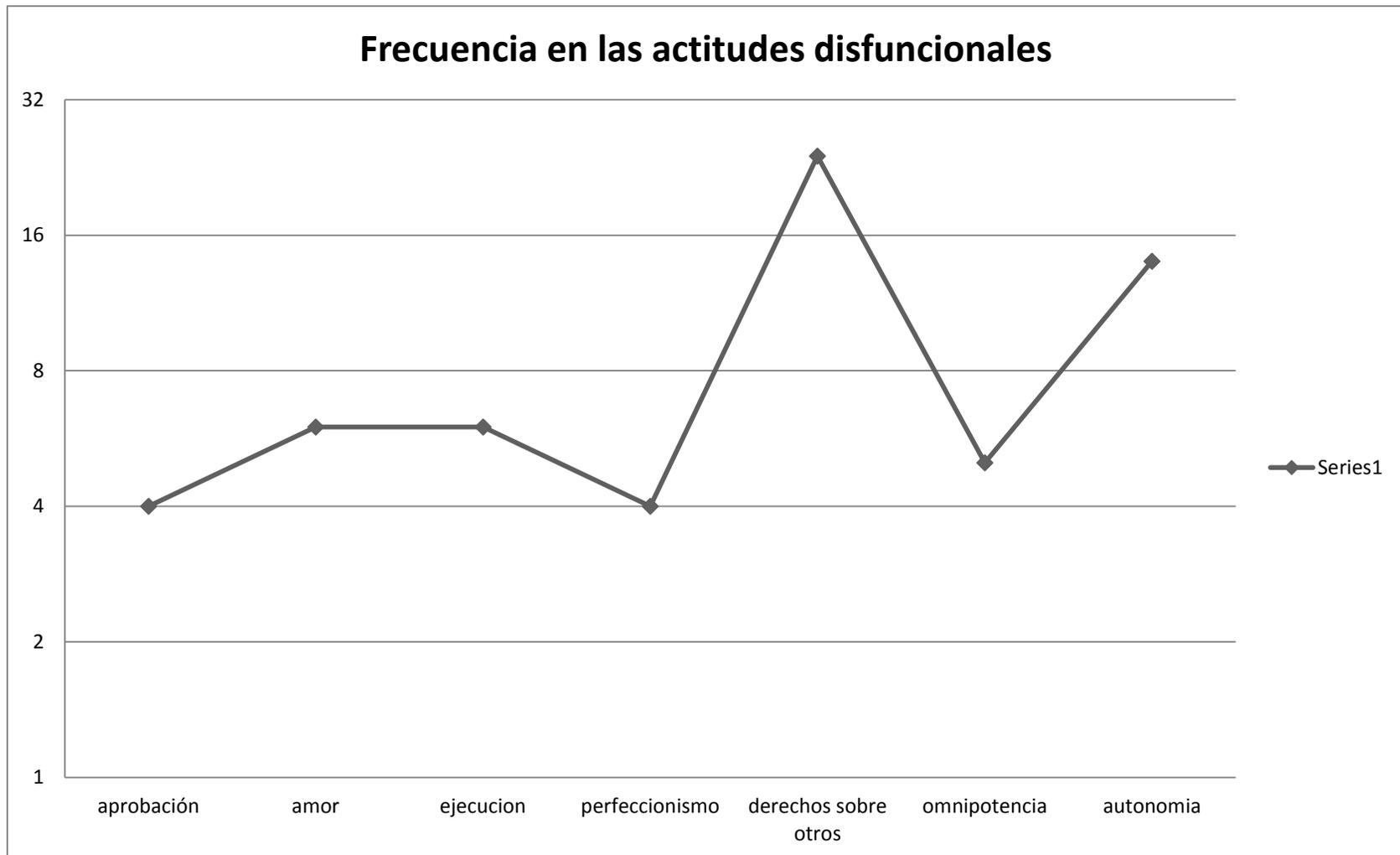
Vega-Piñero, Miguel; Blasco, Fontecilla H.; Baca García, E.; Díaz Sastre, C. (2002)

“El suicidio”

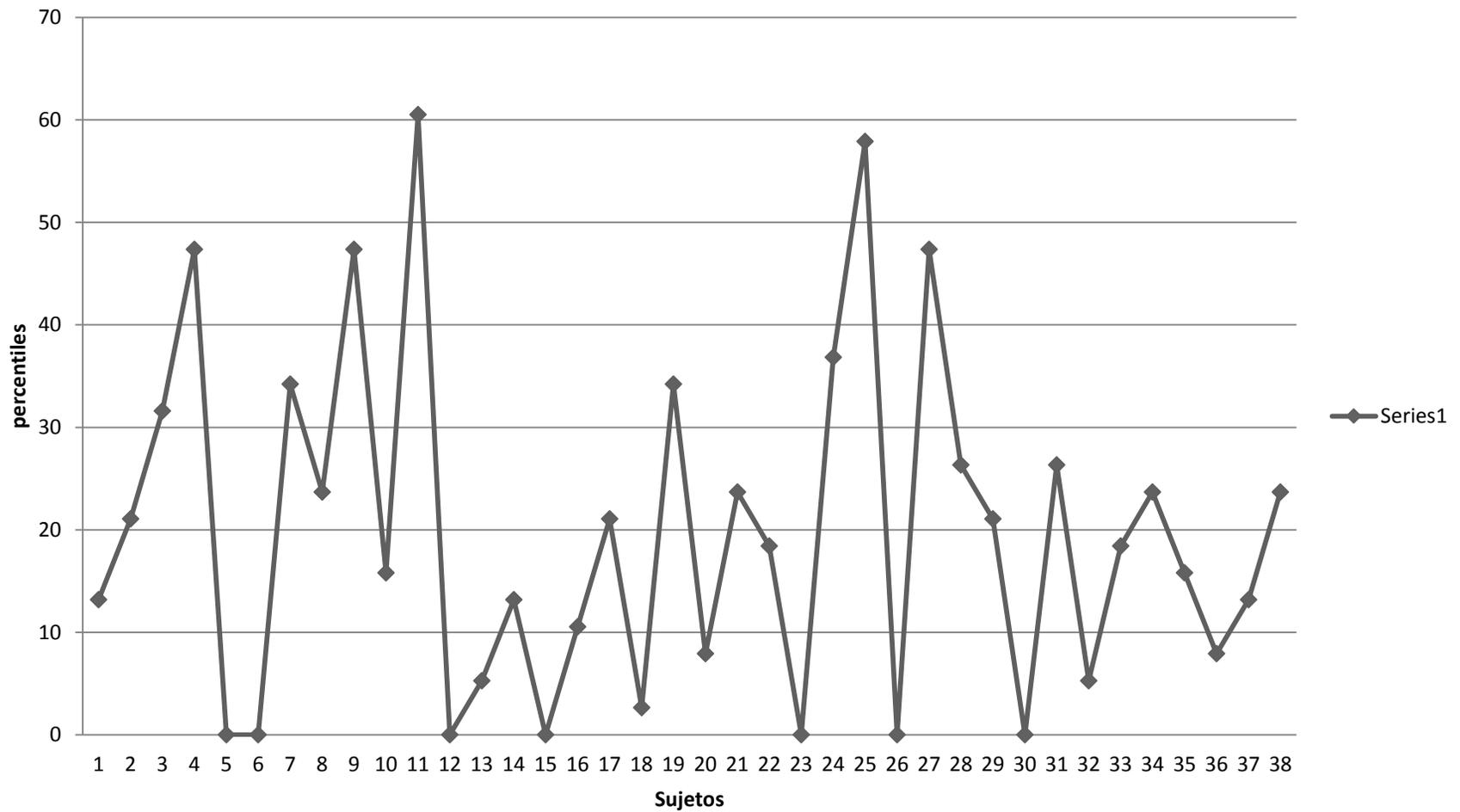
Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal. Madrid, Universidad de Alcalá de Henares.

www.eutanasia.ws/hemeroteca/j79.pdf





Análisis gráfico de los resultados de los alumnos que presentan ideación suicida



Correlación entre la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) y la Escala de Ideación Suicida (ISS).

