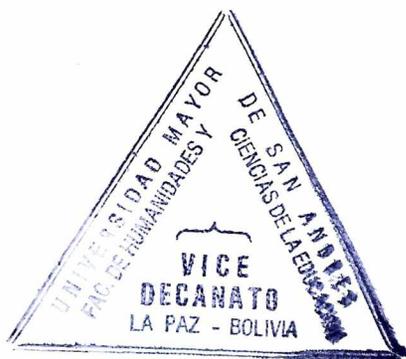


Aprobada con distinción

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA



Comandante S. J.
Presidente

[Signature]
Dr. Marco Fernández

TESIS DE GRADO

[Signature]
Bejarano Sergio C.
F. 2000

**PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON
INTENTO DE SUICIDIO**

POSTULANTE : TERESA ISABEL ALVAREZ MUÑOZ
TUTOR : Dr. SERGIO BEJARANO CAR. AL

LA PAZ — BOLIVIA

2000



**PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

Teresa I. Alvarez Muñoz

NOTA PÓSTUMA

María tenía 18 años de edad, cuando su hermana la encontró un día, casi inconsciente, en su dormitorio después de haber ingerido una gran cantidad de tabletas somníferas que pertenecían a su abuela.

María fue trasladada de emergencia al Hospital de Clínicas Universitario, donde se le hizo un lavado gástrico y permaneció bajo vigilancia durante dos días.

De regreso a su hogar, María y sus padres evitaron hablar de lo sucedido. Evidentemente, se sentían cohibidos y avergonzados. Dos semanas después, el cuerpo de María yacía en su dormitorio sin vida; había ingerido raticida (órgano fosforado), mientras sus padres habían asistido a una fiesta de cumpleaños.

María decía en su Nota Póstuma que se había sentido deprimida al no poder corresponder a lo que sus padres esperaban de ella y comprendía el reproche mudo de éstos por su anterior tentativa de suicidio. La carta terminaba así: " NO QUIERO SER PARA USTEDES UNA CARGA Y UN MOTIVO DE DISCUSIÓN Y DECEPCIÓN POR MI EMBARAZO, ESTOY SEGURA DE QUE COMPREDERAN QUE ESTO ES LO MEJOR PARA TODOS NOSOTROS."

Dedicado a mis padres
Antonio y Bertha

ÍNDICE

	Páginas
PROLOGO	8
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO 1	
PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y DEPRESIÓN EN EL INTENTO DE SUICIDIO	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. JUSTIFICACIÓN	17
1.3. OBJETIVOS	20
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	20
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.4 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS	20
1.5. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES	21
1.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	21
1.5.1.1. Pensamientos Irracionales	21
1.5.1.2. Depresión	21
1.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	22
1.5.2.1 Intento de Suicidio	22
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	22

CAPITULO II

MARCO TEORICO	26
2.1. CONCEPTOS DE LA VIDA Y LA MUERTE EN LA ADOLESCENCIA	26
2.2. PENSAMIENTO HACIA LA MUERTE Y REALIDAD DEL ACTO EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO	27
2.3. CONCEPTOS DE SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO	28
2.3.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SUICIDIO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA	31
2.3.2 PERSPECTIVA NEUROPSICOLOGICA	33
2.3.3 PERSPECTIVA LEGAL	34
2.3.4 NOTAS SUICIDAS O PÓSTUMAS	35
2.3.5 CAUSAS PRINCIPALES PARA EL INTENTO DE SUICIDIO	36
2.4. DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDIO	36
2.4.1. TEORIA COGNITIVA - CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN	38
2.4.1.1 Tríada Cognitiva	41
2.4.1.2 Pensamientos Irracionales o distorsiones cognitivas	42
2.4.1.3 Esquemas Depresogénicos	43
2.4.1.4 Predisposición y desencadenamiento de la depresión	44
2.4.1.4.1 Vulnerabilidad a los pensamientos suicidas	45
2.5. DEFINICIÓN DE PENSAMIENTOS RACIONALES E IRRACIONALES	46
2.5.1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES O DISTORSIONES COGNITIVAS	49
2.5.2. PENSAMIENTOS IRRACIONALES EN SUJETOS SUICIDAS SEGÚN BECK	50
2.5 FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO AL SUICIDIO, ALCOHOL ABUSO DE SUSTANCIAS Y HERENCIA PSICOSOCIAL	52

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	56
3.1. METODO DE LA INVESTIGACIÓN	56
3.2. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	56
3.3.1. UNIVERSO	57
3.3.2. MUESTRA	57
3.3.3. LUGAR O AMBIENTE	59
3.3.4. INSTRUMENTOS	60
3.3.5. PROCEDIMIENTO	63

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	66
4.1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK - BDI	71
4.2. CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	91

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	107
5.1 CONCLUSIONES	107
5.1.1 PROPUESTA: TERAPIA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA	111
5.2 RECOMENDACIONES	117

ANEXOS

Páginas

1 LAS DIEZ IDEAS IRRACIONALES BASICAS PROPUESTAS POR ELLIS	120
2. PENSAMIENTOS IRRACIONALES QUE COMUNMENTE SE APRECIAN EN LOS SUJETOS SUICIDAS (BECK, BURNS, FREEMAN, PRETZER, FLEMING Y SIMON - 1990).	121
ESTADÍSTICAS DE LA POLICÍA TÉCNICA JUDICIAL 1995-1999	124
4. ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL DE CLINICAS UNIVERSITARIO 1995-1999	125
5. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK — BDI	126
CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	130
7 ANAMNESIS	132
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
9. HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS	135

PROLOGO

El suicidio es un fenómeno social, que ha ido ocurriendo a lo largo de la historia y aunque han tratado de dar explicaciones causales del fenómeno, como ser: creencias religiosas, influencias culturales, etc., aún no se puede entender por que algunas personas toman una decisión tan grave como irrevocable. Suicidio se refiere al acto deliberado de acabar con su vida con el fin de escapar de un sufrimiento no llevadero, morir es preferible a desesperadas condiciones adversas de vida: como la soledad, culpa, pérdida, tristeza, depresión, 'etc.

Intento de suicidio se refiere a un deliberado pero infructuoso acto que pretende poner fin a su vida, con el propósito de poder escapar de sufrimientos no llevaderos o que ayude a cambiar las adversas condiciones de vida. El intento de suicidio tiene importancia por su relación de evento antecedente que se encuentra presente en la mayoría de los suicidios consumados y por que ayuda a entender el proceso que lleva a los sujetos al suicidio como a la tentativa de suicidio, además con el fin de evitar reincidencias.

El presente trabajo se realizó en el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, con sujetos que ingresaron a este Nosocomio con el diagnóstico de intoxicación o intento de suicidio con raticida (órgano fosforado). El estudio toma en cuenta el uso de raticida para los intentos de suicidio por ser el elemento químico más comúnmente utilizado por los sujetos suicidas que ingresan a éste Hospital. Por otra parte se estudia las edades comprendidas entre 15 a 18 años (4 sujetos por cada edad) de ambos sexos, es decir, 16 sujetos del sexo femenino y 16 sujetos del sexo masculino, se toman en cuenta estas edades por que la incidencia de adolescentes que ingresan al "Hospital de Clínicas Universitario" de la ciudad de La Paz, con el diagnóstico de intento de suicidio es representativa. En ambas razones la incidencia de casos son las más representativas del total de ingresos al "Hospital de Clínicas Universitario" y esta problemática requiere de investigaciones que permitan contribuir a encontrar soluciones.

La investigación parte de la perspectiva cognitiva-conductual que permite una visión integral del ser humano, es decir, entender su funcionamiento como la interdependencia de factores cognitivos, afectivos y conductuales en interacción con su medio ambiente; por lo que comenzamos describiendo el significado que tiene para el adolescente la vida y la muerte, luego se considera a la Depresión como el resultado de alteraciones en el procesamiento de la información (Pensamientos Irracionales), es decir, que ambos la depresión y los pensamientos irracionales van a formar un bucle de retroalimentación, generando reacciones emocionales y conductuales disfuncionales (intento de Suicidio) en el adolescente suicida.

El trabajo consta de Cinco Capítulos, en el Primero se realiza el planteamiento del problema, la justificación, objetivos, hipótesis, variables y operacionalización

de variables. En el Segundo Capítulo se define el marco teórico; el Tercer Capítulo se refiere a la metodología de la investigación; el Cuarto Capítulo destaca el análisis e interpretación de datos y en el Quinto y último Capítulo se encuentran las conclusiones y las recomendaciones del presente trabajo.

La lista de los agradecimientos comienza por el equipo de profesionales médicos y personal de apoyo del Hospital de Clínicas, especialmente al personal del Pabellón Británico por su valiosa ayuda y cooperación. Un especial agradecimiento al Dr. Sergio Bejarano, a mis amigas Carla y Patricia y a todos los que colaboraron con sus desinteresadas ideas.

Finalmente, agradezco a los pacientes que acudieron al "Hospital de Clínicas Universitario" en busca de ayuda, cargados por su dolor emocional, físico, depresión y ansiedad, esperando que la ayuda brindada en el Hospital les haya permitido sentir más alivio y menos dolor de modo que puedan superar el momento de crisis, y de esta manera, la muerte por su propia decisión, no sea una opción que se repita.

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos sociales que ha llamado la atención de la psicología desde siempre por las consecuencias negativas, tanto para quién lo comete como para su entorno próximo y la sociedad en general, es el intento de suicidio. Así en el interés por comprender mejor este fenómeno y poder identificar variables que permitan a los profesionales relacionados con el campo de la salud mental, desarrollar programas de prevención y asistencia a esta problemática, por lo que se ha considerado la necesidad de estudiarlo.

La presente investigación parte de la perspectiva cognitiva-conductual que permite una visión integral del ser humano en interacción con su medio ambiente. En el suicidio si bien existen diferentes causas para que un sujeto tome esta determinación, se considera a la depresión como causa principal; motivo por el que se ha elegido tratar la problemática por su incidencia, como producto de depresión, generado por los pensamientos irracionales que pueden tener las personas, convirtiéndose esto en un bucle de retroalimentación (pensamientos irracionales y depresión), por tanto los pensamientos irracionales además de poseer una naturaleza distorsionada, sobre las relaciones, sobre sí mismos y

sobre el mundo, adquieren la capacidad de intervenir en el razonamiento de forma automática, es decir, escapando a las posibilidades de control del sujeto.

Estas distorsiones si bien en un porcentaje provienen de tendencias calificadas como innatas en su mayoría son el resultado de experiencias de aprendizaje y de la transmisión sociocultural a la que se enfrenta el sujeto a lo largo de su desarrollo, conduciéndolo al sujeto al intento de suicidio.

Las investigaciones realizadas por Beck (1979), Byrns (1980), Freeman, Pretzer, Fleming y Simon (1990), han definido y clasificado los diferentes tipos de distorsiones cognitivas o pensamientos irracionales, inclusive han llegado a determinar cuales de entre todos son los más frecuentes en sujetos que sufren alteración del estado de ánimo o depresión y que muchas veces terminan en suicidio o en tentativa de suicidio.

Los estudios a los que se hace referencia han sido llevados a cabo en poblaciones con características que difieren de las evidenciadas en nuestro país; para la presente investigación partiremos tomando en cuenta las alteraciones en el estado de ánimo del sujeto (depresión), y los errores en el procesamiento de la información (pensamientos irracionales), ambos estrechamente relacionados, formando un ciclo de retroalimentación, los cuales van a generar conductas irracionales (intento de suicidio).

Se considera la importancia de ésta investigación, ya que existen muy pocos trabajos realizados al respecto en nuestra ciudad, referente a los pensamientos irracionales en sujetos que han intentado quitarse la vida. Fundamentalmente este estudio, servirá para futuras investigaciones donde puedan generar acciones

preventivas e interventivas, dirigidas a disminuir los intentos de suicidio y las reincidencias.

El intento de suicidio tiene importancia por su relación de evento antecedente que se encuentra presente en la mayoría de los suicidios consumados y por que ayuda a entender el proceso que lleva a los sujetos tanto al intento de suicidio como al suicidio. Además proporciona un aporte fundamental en la relación cognitiva — conductual autodestructiva que desencadena en un acto suicida.

Para lo cual se trabajó con sujetos que ingresaron al "Hospital de Clínicas Universitario" de La Paz, con el diagnóstico de intento de suicidio con raticida (órgano fosforado), se elige este método del uso de raticida, por ser el elemento químico más empleado por los adolescentes suicidas; se toman en cuenta las edades de 15 a 18 años de ambos sexos, porque la incidencia de intentos de suicidio en éstas edades es frecuente en ese Nosocomio. Se consideraron los casos de intento de suicidio con las características ya mencionadas, además, de tomar en cuenta la instrucción primaria, debían cumplir con algunos criterios clínicos para el diagnóstico de depresión.

CAPITULO 1

PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y DEPRESIÓN EN EL INTENTO DE SUICIDIO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los fenómenos sociales que ha creado mayor interés entre los profesionales de la salud mental ha sido el suicidio y el intento de suicidio, no solo por su alta incidencia a escala mundial como lo indica la OMS que aproximadamente 1000 sujetos se suicidan diariamente, sino por la pérdida innecesaria y prematura de muchas vidas, en su mayoría adolescente.

Las estadísticas internacionales indican que el suicidio, es la segunda causa de muerte en los adolescentes, después de los accidentes, la cantidad de hombres jóvenes que se suicidan sobrepasa a la estadística de las mujeres, aunque éstas lo intentan el doble de veces. Todos los estudios sobre éste tema coinciden en señalar

que es más probable que se quite la vida la persona que ha cometido ya un intento de suicidio, que otra que no haya intentado nunca un acto de esa naturaleza; si las tentativas han sido dos, aumenta considerablemente el riesgo ulterior^(REF. 1).

En nuestro país, los datos estadísticos de muerte por suicidio en adolescentes, refleja no solo la alta incidencia de esta causa, sino también la importancia que se merece. El intento de suicidio va en aumento día a día, los sujetos que deciden auto agredirse son cada vez más jóvenes y eso es lo que llama la atención, lamentablemente no existen centros de diagnóstico, prevención y rehabilitación para quienes demanden atención, según declaraciones del Comandante de la Policía Técnica Judicial (Matutino Presencia Agosto, 1998). La documentación suministrada por la Policía Técnica Judicial muestra datos de hechos de suicidio consumados e intentos de suicidio por edad, sexo y método empleado; de las gestiones de 1995 a 1999. Los mismos datos fueron proporcionados por el departamento de Estadística del Hospital de Clínicas Universitario, (ver anexo ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL DE CLINICAS UNIVERSITARIO 1995-1999).

También se conoce que el intento de suicidio ocurre frecuentemente en todos los estratos sociales, no todos los casos son plenamente detectados y muchos quedan en el anonimato, debido a su carácter de acto rechazado por la sociedad. Los métodos o medios utilizados por el suicida son: físicos, químicos o tóxicos; pero el más frecuente en nuestro país es por envenenamiento o intoxicación con órgano fosforado (raticida), según datos de la P.T.J^(REF. 2).

El intento de suicidio ha llamado la atención de la psicología desde siempre por las consecuencias negativas, tanto para quién lo comete como para su entorno próximo y la sociedad en general.

Intento de suicidio se refiere a un deliberado pero infructuoso acto que pretende poner fin a su vida, con el propósito de poder escapar de sufrimientos no llevaderos o que ayude a cambiar las adversas condiciones de vida. El intento de suicidio tiene importancia por su relación de evento antecedente que se encuentra presente en la mayoría de los suicidios consumados y por que ayuda a entender el proceso que lleva a los sujetos al suicidio como a la tentativa de suicidio. Además proporciona un aporte fundamental en la relación cognitiva — conductual autodestructiva que desencadena en un acto suicida

El presente trabajo toma en cuenta la perspectiva cognitiva-conductual, por que integra al sujeto, sus emociones, su conducta y su medio, facilitando la investigación; para realizar un buen estudio, partiremos conociendo un poco acerca del significado que tiene la vida y la muerte para el adolescente, la alteración del estado de ánimo (depresión), como causa principal, en estrecha relación con los errores en el procesamiento de la información (pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas), ambos van a generar conductas desproporcionales e irracionales (suicidio o intento de suicidio).

Según estudios realizados por Silver, Bohnret, Beck & Marcus, (1980)^(REF. 3) respecto a la relación existente entre el suicidio y la depresión; señalan que antes de tomar esta extrema decisión, el sujeto pasa por un proceso de autoaislamiento o encapsulamiento social llevándolo a cometer suicidio, o intento de suicidio. Las situaciones de aislamiento, la imposibilidad de atenerse a normas sociales o de cumplir anhelos personales y la pérdida de la autoestima, son los síntomas esenciales de la depresión. Después de varios estudios señalan la importancia de la relación existente entre los pensamientos irracionales y la depresión a partir de la observación del comportamiento, convirtiéndose en el factor fundamental para

realizar esta investigación. Por tanto, si consideramos que los Pensamientos Irracionales y la depresión forman un ciclo de retroalimentación, los pensamientos irracionales van a desempeñar un papel importante en la generación y mantenimiento de la Depresión, llevándolo al sujeto a una conducta suicida.

Por lo tanto, se plantea la importancia de conocer cuales son los Pensamientos Irracionales, los niveles de depresión y la sintomatología depresiva específica en adolescentes de 15 a 18 años, 4 sujetos por cada edad, de ambos sexos (16 sujetos del sexo femenino y 16 sujetos del sexo masculino), que ingresaron al "Hospital de Clínicas Universitario" de la ciudad de La Paz con el diagnóstico de intento de suicidio órgano fosforado (raticida).

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuales son los pensamientos irracionales más frecuentes en adolescentes de 15 a 18 años, de ambos sexos que han ingresado al Hospital de Clínicas Universitario por intento de suicidio?

¿Cuáles son los niveles de depresión que se mantienen en adolescentes de 15 a 18 años de ambos sexos con tentativa de suicidio?

¿Cuáles son los síntomas depresivos más relevantes en adolescentes suicidas de ambos sexos?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El suicidio o el intento de suicidio es un tema muy complejo por su gran connotación psicológica y social, este fenómeno va en aumento día a día, los sujetos que deciden

auto agredirse son cada vez más jóvenes y lamentablemente no existen centros de diagnóstico, prevención y rehabilitación para quienes demandan atención. Se trata de un problema que se presenta en todo el mundo, no solo en esta época, sino antiguamente también. La ausencia de estudios e investigaciones de políticas preventivas al respecto en nuestro medio y las dificultades en la intervención producto de la escasa información que tienen los profesionales respecto a la salud mental, demuestra que queda justificado el interés por estudiar esta problemática.

Se ha elegido la perspectiva cognitivo-conductual, porque permite una visión integral del ser humano; considera las cogniciones, el afecto, la conducta y los hechos ambientales como componentes interactivos que influyen recíprocamente unos sobre otros. La investigación utiliza ésta perspectiva como referente teórico; ya que a partir del reconocimiento de la interdependencia entre lo cognitivo, lo emocional y lo conductual permitirá analizar el problema del suicidio; teniendo en cuenta que lo cognitivo, al regular lo emocional y lo conductual, contiene pensamientos que permiten comprender el porqué de este tipo de decisiones en los sujetos que han intentado suicidarse. Dentro de esos pensamientos están las distorsiones cognitivas o pensamientos irracionales específicos y como precipitante común en el sujeto suicida esta la depresión, formando ambos un bucle de retroalimentación y conduciéndolo a evaluaciones y conclusiones desproporcionadas que al escapar del control del sujeto determinan la conducta suicida.

Gotlib y Hammen, (1992)³⁾ dentro del modelo cognitivo-conductual postulan la relación entre las distorsiones cognitivas específicas y los niveles de depresión; señalando que los Pensamientos Irracionales pueden considerarse como la manifestación que fortalece la depresión del sujeto, esto es como un bucle de retroalimentación que se da entre los pensamientos irracionales y la depresión hasta

llevar al sujeto al acto suicida; por lo que el sujeto deprimido tiende sistemáticamente a verse a sí mismo, su mundo y su futuro de una forma irrealmente negativa; como consecuencia de los pensamientos irracionales.

Beck (1978)^(REF. 4), señala que el suicidio o intento de suicidio es un estado mental, es decir, cada acto suicida se inicia en la mente, a través, de los pensamientos irracionales que van a influir y mantener los estados depresivos en el sujeto llevándolo al acto suicida.

La presente investigación se justifica porque existe muy poca información respecto a éste tema en la ciudad de La Paz y se hace imprescindible realizar investigaciones respecto a esta problemática y lo más importante se justifica en función de los casos que diariamente ingresan al Hospital de Clínicas Universitario con el diagnóstico de intento de suicidio; se eligió intoxicación con órgano fosforado (raticida) por ser el elemento químico más utilizado por los sujetos suicidas y se tomaron en cuenta las edades de 15 a 18 años por la incidencia de casos en estas edades, además, los sujetos suicidas debían cumplir con el criterio clínico de depresión y tener instrucción primaria. Para realizar la investigación, se eligió el "Hospital de Clínicas Universitario", ya que es una institución pública que cuenta con todos los servicios de emergencia, funciona las 24 horas del día y es considerado como el más importante de la ciudad de La Paz, porque es el mejor equipado para atender y tratar éste tipo de casos. Por lo que la investigación considera la importancia de conocer cuales son los pensamientos irracionales, los niveles de depresión y los síntomas depresivos específicos en los sujetos suicidas.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Identificar los pensamientos irracionales, los niveles de depresión y los síntomas depresivos específicos en adolescentes de 15 a 18 años de edad, de ambos sexos con intento de suicidio.

1.3.2. Objetivos Específicos

Conocer los pensamientos irracionales más frecuentes en adolescentes de 15 a 18 años, de ambos sexos que han logrado sobrevivir al suicidio.

Conocer los niveles de depresión más relevantes en adolescentes, luego del intento de suicidio.

Identificar los síntomas depresivos más frecuentes en adolescentes suicidas.

1.4. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

Los Pensamientos Irracionales y los Síntomas Depresivos son específicos en adolescentes de 15 a 18 años de ambos sexos, con Intento de Suicidio.

1.5. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

1.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

1.5.1.1. Pensamientos Irracionales

Se entiende por irracionalidad cualquier pensamiento, emoción o conducta que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren en la supervivencia y felicidad del organismo. (Ellis A., 1981).

Aarón Beck (1981) ^(REF. 3) define a los pensamientos irracionales o "distorsiones cognitivas", como los causales de los diversos problemas psicológicos; debido a que la mayoría de las personas ven el mundo de manera tal, que lo perciben desde una perspectiva distante de la realidad.

1.5.1.2. Depresión

El término depresión deriva del latín "depressio", que quiere decir hundimiento, abatimiento y lo que se encuentra abatido en el sujeto deprimido es el humor.

La teoría de Beck, (1981) define la raíz de la depresión al conjunto de pensamientos irracionales que distorsionan la realidad, conformando un bucle de retroalimentación.

El modelo cognitivo conductual considera la depresión como una manifestación del fortalecimiento de los pensamientos irracionales, es decir, que esto funciona como un bucle de retroalimentación por lo que va a surgir un supuesto teórico subyacente

de que los pensamientos irracionales y la depresión van a determinar en gran medida la conducta del sujeto suicida.

1.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

1.5.2.1. Intento de Suicidio

El intento de suicidio puede entenderse como una expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. La intencionalidad suicida de un sujeto puede considerarse como un punto de un continuo. En uno de sus extremos estaría la intención irrevocable de suicidarse; en el otro, la decisión de seguir viviendo. A lo largo del continuo, se pueden encontrar diversos grados de intencionalidad.

El deseo de un sujeto depresivo de huir de la vida puede ser tan grande que la idea de suicidio representa una mejoría respecto a su situación actual, (Beck, 1983)^(REF. 5).

1.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

El pensamiento (racional - irracional) es un factor importante en el desarrollo ontogénico del sujeto, por lo tanto la distorsión de estos pueden ocasionar inseguridad, pérdida, rechazo o abandono, poca tolerancia a las frustraciones, etc., llevándolo al adolescente a estados depresivos, que derivarán en intento de suicidio; por lo que es necesario determinar cuales son los pensamientos irracionales específicos los niveles de depresión y la sintomatología depresiva que se presenta en los adolescentes suicidas.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Categoría	Dimensión	Indicadores	Escala	Instrumento
Pensamientos Irracionales	Pensamiento de todo o Nada Dicotómico	Pensamientos Extremistas.	Marcar 2, 1, 0	Cuestionario de Pensamientos Automáticos,
	Visión Catastrófica	Tendencia a exagerar sistemáticamente sus dificultades.		
	Sobregeneralización	Sacar conclusiones generales basándose en acontecimientos aislados.		
	Abstracción Selectiva	Basar las conclusiones exclusivamente en detalles sacados del Contexto.		
	Inferencia Arbitraria	Interpretación de pensamientos anticipados.		
	Magnificación o Minimización	Exageración o reducción de cosas fuera de las proporciones lógicas.		
	Razonamiento Emocional	Adopta las emociones propias como prueba del estado de las cosas.		

Categoría	Dimensión	Indicadores	Medidores	Instrumentos
Pensamientos Irracionales	Mediadores Debería	El "debería", marca la intensidad y parámetro de las exigencias. exigencias.	Marcar 2, 1, 0	Cuestionario de Pensamientos Automáticos.
	Calificación y Descalificación	Crear una identidad negativa basada en los errores e imperfecciones de uno mismo, como si esas revelaran la verdad de uno mismo.		
	Personalización	Toman acontecimientos que no tienen nada que ver con uno mismo y hacerlos personalmente significativos.		
	Falacias sobre el control	Tienen la idea de que si pierden el control durante el más mínimo intervalo, perderé totalmente el control.		
	Pensamiento comparativo	Siempre esta realizando comparaciones como eje de él con el resto.		
	Descalificar lo positivo	La afirmación clásica que acompaña a éste tipo de distorsión es "Sí, pero...".		
	Falacia de Justicia	Miden la relación constantemente en términos de "justo" o "injusto".		

Categoría	Dimensión	Indicadores	Medidores	Instrumentos
Estado de Ánimo				
Depresión	Depresión Normal	Parámetro Normal	Puntuaciones de 0 a 9.	Inventario de Depresión de Beck, (BDI).
	Depresión Leve	Deterioro no significativo, ni interferente en las esferas laboral, social y personal.	Puntuaciones de 10 a 19.	
	Depresión Moderada	Deterioro significativo, pero no interfiere en las 3 esferas.	Puntuaciones de 20 a 29.	
	Depresión Grave	Notable interferencia en las 3 esferas (laboral, social y personal).	Puntuaciones superiores a 30.	

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. CONCEPTOS DE LA VIDA Y LA MUERTE EN LA ADOLESCENCIA

Existen muchos autores que han escrito sobre la vida y la muerte, éstos temas están muy relacionados entre sí y con la presente investigación; citaremos algunos célebres autores para comprender mejor éstos conceptos.

Erikson Erik (1973)^(REF. 6) señala que en la etapa de la adolescencia el abordaje a la muerte parece paradójico, se niegan afrontar la muerte, el sentido de injusticia regresiona a la juventud.

Elizabeth Kubler Ross (1975)^(REF. 6) escribió que no hay necesidad de tenerle miedo a la muerte; ella dice que el convencimiento de la muerte es la clave para el crecimiento personal y el desarrollo del potencial humano. Para la mayoría de las personas la muerte llega en un momento y de una manera no de nuestra elección y para el adolescente la muerte es algo injusto.

Sheehy Gail (1978)^(REF. 7) señala en su libro "Las crisis de la edad adulta"; que la etapa de la adolescencia es de mayor confusión, perturbación, indecisión, ambivalencia, rebelión, imitar modelos, etc., es la etapa donde los padres se sienten alarmados por la incapacidad de no poder ayudar al adolescente. En esta edad la muerte es un tema en el que no se piensa, ya que hay otras cosas por conquistar, sin embargo, es tiempo también de las desilusiones y las frustraciones. Este es un periodo transicional precedido de mucha ansiedad, tensión emocional y depresión, debido a los compromisos afectivos e ideológicos.

Como no tenemos idea de cuánto tiempo viviremos, extractamos esta frase muy sabia "Lo que hay que enseñar a los sujetos es que la calidad de vida es más importante que la cantidad", manifestada por Oville Kelly (1978)^(REF. 6).

Rappoport L. (1977)^(REF. 5) este autor considera dos puntos como los más importantes en ésta edad: la relación con los pares y la búsqueda de la identidad. También señala que los significados de vida o muerte no son temas importantes en esta edad, ya que el adolescente ve la muerte como algo muy distante y más bien le gusta correr riesgos.

2.2 PENSAMIENTO HACIA LA MUERTE Y REALIDAD DEL ACTO EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

Según Sullivan S. Harry (1953)^(REF. 8), tanto los niños como los jóvenes descubren que pueden ejercer presión sobre otras personas con una fuga o amenaza de fuga y utilizar su desaparición como medio para provocar aflicción. La idea de la muerte por medio del suicidio aparece entonces como una forma de chantaje: el joven encuentra satisfacción en la idea de que los otros sufrirán con su desaparición, sin darse cuenta de que él no estará allí para verlo. Los adultos favorecen esa confusión al referirse a

la muerte como un sueño, lo cual refuerza la idea de que la muerte no es un estado permanente. Esta idea de la muerte puede persistir hasta la edad de 20 años e incluso más tarde entre los jóvenes que permanecen adolescentes e inmaduros, es decir, que la idea de la muerte es utilizada, pero no hay la realidad del acto, por su inmadurez, no hay preocupación ni valoración de lo que significa la vida.

El adolescente que intenta suicidarse, pasa por momentos de ambivalencia antes de realizar el acto, Kovacs y Beck (1978) ^(REF.10) en un estudio que realizaron con sujetos suicidas mencionaron, que en esos momentos tenían deseos tanto de morir como de vivir, estos sujetos experimentan una lucha interna entre el deseo de morir y el deseo de vivir; lo que indica que el acto suicida es el resultado de la lucha entre estos dos deseos.

Desde el punto de vista del adolescente suicida la muerte es el último recurso, según el no existe nada más por hacer y que ya nada tiene solución, cree que con esa decisión va a solucionar sus problemas y no piensan en el futuro, sino más bien en el pasado y el presente, el pesimismo del sujeto anula cualquier alternativa que sugiera una solución; por lo que el sujeto considera sus opciones de un modo distorsionado y ve la muerte como único alivio de su dolor. El adolescente suicida momentos antes de quitarse la vida, no hace un análisis sobre lo que es la muerte, en lo único que piensa en esos momentos es aliviar su dolor, para lo cual encuentra como única salida el suicidio ^(REF.11)

2.3. CONCEPTOS DE SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO

El suicidio se define etimológicamente como la muerte dada a sí mismo, del latín suis = así y caedus = muerte; o como lo define Emilio Durkheim, (1897) ^(REF.12) suicidio significa no solo el acto de quitarse la propia vida, sino también el que muere por su

propia mano. Por lo tanto, el suicidio es una conducta agresiva cuya meta es la obtención de la muerte mediante un acto de auto-lesión, realizada conscientemente.

El Intento de suicidio se refiere a un deliberado pero infructuoso acto que pretende poner fin a su vida, con el propósito de poder escapar de sufrimientos no llevaderos o que ayude a cambiar las adversas condiciones de vida. El intento de suicidio tiene importancia por su relación de evento antecedente que se encuentra presente en la mayoría de los suicidios consumados y por que ayuda a entender el proceso que lleva a los sujetos al suicidio como a la tentativa de suicidio (REF. 3).

Stengel, (1965) (REF. 13) escribe "Suicidio significa el acto fatal, e intento de suicidio el acto no fatal de auto perjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante ser vago y ambiguo"; también añade diciendo que "El acto suicida es una pauta de conducta muy compleja que refleja tendencias en conflicto y cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores imprevisibles".

Diekstra, (1989) (REF. 14) señala que en el (CIE-10) 10° Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se ha propuesto denominar al intento de suicidio como auto lesión intencionada y conceptualizarla como una conducta de afrontamiento. Se considera más apropiada esta expresión porque en muchas tentativas de suicidio, más que la búsqueda de la muerte, las motivaciones son conseguir una interrupción de una experiencia consciente, asociado a una demanda de atención para movilizar o modificar el entorno.

Slaiku, (1990) (REF. 3) señala que "el suicidio es un estado temporal de trastornos y desorganización caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un sujeto para manejar una situación particular usando los métodos frecuentes de resolución

de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo. La primera parte de la definición se refiere a la naturaleza transitoria de la crisis; para algunos sujetos, la crisis suicida es momentánea, transitoria y temporal y cuando se resuelve el sujeto pierde su tendencia al suicidio; para otros, sin embargo, la crisis puede convertirse en crónica y conllevar años de depresión y pensamientos suicidas. Estas acciones pueden de hecho convertirse en una forma de vida.

Procesos cognitivos en el suicidio dan cuenta de los hallazgos recientes de (Reinecke, Schotte, Clum & Beck, 1987)^{(REF. 3), q} uienes sugieren que los sujetos suicidas muestran deficiencias en su capacidad para generar y evaluar soluciones o perspectivas alternativas. Esta "rigidez cognitiva" se refleja en su ejecución pobre en la medida de resolución de problemas.

Según el DSM-IV (1994)^(REF. 15) entre 50 y 70 casos de 100 suicidios que se cometen, se dan en pacientes diagnosticados de depresión. Las ideas o tentativas de suicidios son el único síntoma de la lista que no requiere una presencia casi diaria y durante prácticamente la mayor parte del tiempo para consignar la presencia de la depresión.

Para comprender mejor esta problemática, se ha elegido la teoría cognitiva-conductual porque permite una visión integral del ser humano, al entender su funcionamiento como la interdependencia de factores cognitivos, afectivos, emocionales y conductuales, en interacción con su medio ambiente. Por lo que primero vamos a describir los significados que tienen la vida y la muerte para el adolescente suicida, que normalmente aprecia su mundo de forma constreñida porque son relativamente incapaces de identificar cursos de acción alternativos o al examinar racionalmente la validez de sus pensamientos no encuentran solución alguna, por lo que va a tener alteración en el estado de ánimo (Depresión), debido a

errores en el procesamiento de la información, es decir, Pensamientos Irracionales o distorsiones cognitivas, los cuales se van a activar por un estresor específico, dando lugar a esquemas cognitivos depresogénicos, que van a llevar a conductas suicidas.

El suicidio es un tema de gran importancia y sigue siendo uno de los problemas más preocupantes de nuestra sociedad, debido al incremento en estos últimos años.

2.3.1. Antecedentes Históricos del Suicidio desde una perspectiva psicológica

El suicidio es un fenómeno universal, que ha estado presente en todas las épocas y culturas. El estudio científico del suicidio empezó a fines del siglo XIX, época en que Durkheim propuso su hipótesis de que la conducta suicida podía explicarse en función de criterios sociológicos y puso de manifiesto la frecuencia significativa de las situaciones de desamparo social y de empobrecimiento vital que solían concurrir en los casos de suicidio. Durkheim, señala que el suicidio es una forma de conducta específicamente humana, cuyas manifestaciones pueden observarse a todo lo largo de la historia. El Seminario de trabajo de Durkheim, Suicidio (1897) ^(REF. 12) proporciona una explicación sociológica del suicidio y lo clasifica en términos de relación del individuo con su grupo social.

La teoría actual es que los suicidas se quitan la vida cuando ven amenazada su posición en la sociedad, y piensan que no han estado a la altura de su deber o de la imagen que de sí mismos querían dar a otras personas. De la tesis de Durkheim, puramente sociológica, se ha pasado en este siglo a la aceptación de explicaciones psicológicas, datos de la OMS, (1990) ^(REF. 1)

Las explicaciones psicológicas de la depresión y del suicidio han estado dominadas por muchos años por la teoría del duelo y la melancolía de Freud. Las explicaciones

psicoanalíticas del suicidio que se derivan de este paradigma, asignan a los actos suicidas significados tales como el renacimiento o la unión con el objeto perdido. Fromm y Reichmann (1959)^(REF. 3) afirman, por una parte, los pensamientos suicidas son la última explicación consciente de su ambivalencia contra sí mismo, por otra parte, significan inconscientemente la eliminación los impulsos contra la persona incorporada, quien siendo idéntico a sí mismo, se supone que será asesinado con él si se suicida.

Los investigadores conductistas (Abramson, Seligman, 1978)^(REF. 3), consideran que los sentimientos de desesperación del paciente se originan por la incontrolabilidad de los resultados negativos y positivos. Proponen que cuando un individuo se enfrenta a acontecimientos incontrolables, establecen atribuciones como causa de su predicado; estas atribuciones, por el contrario, mediatizan sus expectativas de no-contingencia futura y sus consecuentes sentimientos de depresión.

Coyne, (1976), Coates y Wortman, (1987) y Gotlib y Hammem, (1992)^(REF. 3) asumen que la cadena causal que conduce a la depresión se inicia con la ocurrencia de un estresor, la gravedad de este estresor depende de circunstancias externas pero también de ciertos factores de vulnerabilidad; tales factores de vulnerabilidad son bien interpersonales, incluyendo aquí tanto elementos cognitivos (esquemas cognitivos negativos) como conductuales (habilidades conductuales para hacer frente y manejar situaciones de estrés), Gotlib y Hammen recalcan que la adquisición de esos factores de vulnerabilidad son fruto de experiencias negativas durante la infancia (pérdida o separación de los padres, rechazo, abuso, etc) conducen al desarrollo de esquemas cognitivos negativos acerca de uno mismo interpretado por el individuo como un acontecimiento que reduce su valía personal. Si el individuo es incapaz de afrontar con eficacia el estresor (suceso vital negativo), a medida que este aumenta se incrementa la depresión y los patrones interpersonales desadaptativos

del sujeto. La capacidad del sujeto para resolver la situación de estrés depende tanto de la naturaleza de éste como de las habilidades de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales. Un factor de mantenimiento o exacerbación de la depresión, que interactúa con los anteriores procesos interpersonales es el sesgo cognitivo negativo de los depresivos (Beck lo denomina Distorsión cognitiva o pensamiento irracional). Este sesgo cognitivo o pensamiento irracional conduce a una interpretación negativa de la situación y por ende en un posterior incremento de la depresión y de los patrones interpersonales desadaptativos; esto se cerraría así en un círculo vicioso que mantendría y exacerbaría la depresión.

De todos los análisis que hacen las diferentes teorías psicológicas respecto al suicidio o al intento de suicidio, la presente investigación toma en cuenta el modelo cognitivo-conductual, porque realiza un estudio más completo respecto al sujeto, como piensa, que siente y como actúa en interacción con su medio ambiente, es decir, el sujeto llega al acto suicida, partiendo de los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas que se encuentran latentes en cada sujeto, y que frente a un estresor específico similar a aquellos sucesos que proporcionaron la base para la formación de las reglas y actitudes almacenadas en el proceso de socialización estos esquemas o distorsiones se van a activar, interviniendo en el razonamiento del sujeto de forma automática, provocando alteraciones en el estado de ánimo (Depresión) y escapando a las posibilidades de control del sujeto.

2.3.2. Perspectiva Neuropsicológica

A nivel neurológico, se ha observado que un número importante de áreas del sistema límbico ha sido relacionado con episodios de agresión: la estimulación o ablación de estas áreas confirma su papel en este tipo de conducta. En los humanos tres estructuras son de particular interés: la amígdala, el hipocampo, el tálamo y el

hipotálamo. La ablación de la amígdala modifica sustancialmente estas formas de conducta: reduce el temor, la agresividad.

En cuanto al sistema endocrino, se encuentra relacionado con todos los procesos que acontecen en el sistema nervioso central SNC y con el funcionamiento del sistema nervioso autónomo SNA, se producen modificaciones hormonales sobre todo en las reacciones de urgencia (hipófisis ACTH), como la médula suprarrenal, la tiroides y las pulsiones. Además existen los neurotransmisores que actúan en los centros del hipotálamo y el hipocampo. Entre estos encontraremos la serotonina, que es el causante de la depresión y ha recibido mucha publicidad como neurotransmisor asociado al suicidio, la agresividad y la conducta impulsiva. La serotonina, por lo tanto, puede considerarse como mediadora de una "dimensión conductual compulsiva o impulsiva" (Nordstrom & Asberg, 1992) ^(REF. 3)

2.3.3. Perspectiva Legal

Las Leyes creadas en nuestra sociedad regulan el normal desenvolvimiento de los individuos y para encontrar el equilibrio armonioso de la vida, la sociedad debe cumplir estas Leyes, que regulan la integridad física y corporal de nuestras vidas; es por ello que el Código Penal ^(REF. 16) de nuestro país señala en sus Artículos 256 y 275 como sigue:

"Artículo 256.-(Homicidio-Suicidio) el que instigare a otro al suicidio o le ayudara a cometerlo, si la muerte se hubiera intentado o consumado, incurrirá en reclusión de dos a seis años.

Si con motivo de la tentativa se produjeron lesiones, la sanción será de reclusión de uno a cinco años. Aunque hubiera mediado consentimiento de la víctima en el doble suicidio, se impondrá al sobreviviente la pena de reclusión de dos a seis años".

"Artículo 275 (auto lesión).- Incurrirá en reclusión de 3 meses a 3 años.

- a) El que se causare una lesión o agravare voluntariamente las consecuencias de las mismas, para no cumplir un deber, servicio u otra prestación impuesta por la ley o para obtener un beneficio ilícito.
- b) El que permitiere que otro le cause una lesión para los mismos fines.
- c) El que lesionare a otro con su consentimiento Código Penal Pág. 108 -109.

Estos dos artículos son los que rigen nuestras vidas y son sancionados, estos artículos pretenden controlar la prohibición del acto suicida o intento suicida.

2.3.4. Notas Suicidas ó Notas Póstumas

Vigotsky, (1934) ^(REF. 17) señala que el lenguaje escrito tiene la función de servir de medio para comunicar el pensamiento. La comunicación escrita que dejan aquellos sujetos que toman la decisión de quitarse la vida guarda estrecha relación entre la vida y la muerte. Estas cartas póstumas, comunican a través del mensaje despedidas dirigidas a familiares, cónyuges, amigos, etc.

La nota suicida es con frecuencia la parte importante de la autopsia psicológica del suicidio, llamado así por Schneidman, Farberow & Litman, (1970) ^(REF. 3)

La escritura de una nota suicida es señal patológica de un intento serio pero la falta de la nota no puede usarse como indicativo de la falta de seriedad o intención de suicidio según Beck, Morris & Lester, (1974) ^(REF. 3)

Al evaluar el contenido de una nota suicida se observa a nivel cognitivo la presencia de pensamientos irracionales y síntomas depresivos en el sujeto suicida, es decir, éste va a manifestar razones conscientes del problema y la incapacidad de afrontar

con eficacia el estresor (suceso vital negativo) lo llevará al sujeto a tener conductas desproporcionales y negativas y encontrará en el suicidio la única solución a su dolor que ocasiona el estresor.

2.3.6. Causas por las que el adolescente intenta suicidarse

Las causas por las que el adolescente intenta suicidarse, se las ha clasificado de la siguiente forma desde la perspectiva cognitiva-conductual:

- a) Conflictos que se remontan a épocas pasadas, niñez o infancia.
- b) Conflictos situacionales de extrema tensión y estrés.
- c) Trastornos del Estado de Animo como la Depresión, estado disfórico, melancolía, chantaje afectivo y psicosis inducida.

Para realizar la investigación se tomó en cuenta del inciso c) la **Depresión** como causa principal, para que el sujeto intente quitarse la vida. Desde el punto de vista cognitivo - conductual la depresión relacionada con los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas específicas van a ser la causa principal para que el sujeto intente quitarse la vida. Belloch, Sandin y Ramos, (1995)¹⁵⁾

2.4. DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDIO

La Depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos y fisiológicos, cada uno de estos componentes mantienen una relación recíproca con los demás. Así que tratamos de entender al sujeto como un todo, además tomar en cuenta como los signos y síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva — conductual del sujeto.

En el intento de suicidio los sujetos atraviesan por cuatro fases de manera gradual, según Herman Contreras, (1984) ^(REF.10):

Primera Fase.- Constituida por la confrontación entre la vida y la muerte, esta es una etapa ambivalente en la que el sujeto se debate.

Segunda Fase.- Caracterizada por una aparente tranquilidad en el sujeto, esta fase se llama también estado de calma.

Tercera Fase.- Clasifica al acto propiamente como el intento de suicidio, es la etapa en la que el sujeto pretende solucionar sus problemas, pero debido a los pensamientos irracionales y al estado de ánimo en el que se encuentra (depresión) no puede pensar racionalmente ni menos actuar de la misma manera.

Cuarta Fase.- Post-intento de suicidio, una vez transcurrido el acto, el sujeto entra en un estado de incertidumbre con prevalecencia de pensamientos irracionales y depresión, existiendo una predisposición a la reincidencia.

El suicidio en la depresión es un acto de desprecio hacia uno mismo, además de una huida, no suele producirse en el estadio irritable colérico. Una razón quizás sea que el depresivo haya tomado o no la decisión conscientemente, sabe que la paz esta a la vuelta de la esquina, tienen a mano la solución, solo necesita las pastillas, la pistola o la navaja o una caída de lugares altos o cualquier otro método para alcanzarla.

2.4.1 TEORÍA COGNITIVA - CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

La teoría cognitiva-conductual de la depresión se centra en la interacción de los procesos cognitivos, conducta, emoción y situación, para entender mejor esta relación, citaremos algunos autores que trabajan con esta teoría.

La teoría de Autofocalización de Lewinsohn (1985) señala que la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un refuerzo insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conducirá a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, lo cual según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión.

Lewinsohn y colaboradores postulan que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habrían factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. La principal variable mediadora sería un aumento de la autoconciencia (es decir, un aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente), aumento que sería resultado de los esfuerzos infructuosos del sujeto de enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que le ocurren.

La teoría de autocontrol de Lynn Rehm (1977) parte de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externo, por tanto el control propio de la conducta es más importante. Rehm dice que en la depresión las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta. Esta teoría puede concebirse, como un modelo de **Diátesis-Estrés**: un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar la depresión en el sujeto.

Dentro del modelo cognitivo-conductual Coyne, (1987); Gotlib y Hammen (1992) postulan que la depresión puede ser considerada como una manifestación del fortalecimiento del sistema de pensamientos irracionales, formando así un bucle retroalimentario. Estos pensamientos son comprensibles dentro del sistema de significados personales del individuo y aunque sean muy personales e idiosincrásicos, pueden ser hechos conscientes. Se considera que estos sujetos depresivos han sido expuestos a acontecimientos infantiles que pudieron contribuir a los sentimientos de vulnerabilidad y a la sensibilidad de pérdida; estos sujetos consecuentemente, son con frecuencia vulnerables a los pensamientos irracionales y a las depresiones.

La teoría cognitiva-conductual indica que el sujeto sufre y entiende el mundo (cogniciones) de una forma errónea, por lo que la forma de respuesta (conducta) va a ser igualmente errónea. Comprendiendo la forma idiosincrásica en que el sujeto se percibe a sí, el mundo y la experiencia de forma negativa.

Los sujetos depresivos tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo, emiten juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema.

Existen muchas teorías al respecto, pero la investigación tomará en cuenta la teoría cognitiva-conductual, donde señala que la depresión se encuentra en estrecha relación con los pensamientos irracionales formando un bucle retroalimentario.

Sintomatología de la Depresión

Los sentimientos y síntomas más importantes experimentados por los sujetos

deprimidos son manifestados de esta forma:

Síntomas Afectivos:

Estado de ánimo anormalmente disminuido.
Labilidad emocional (llanto).
Sentimientos de culpabilidad.
Vergüenza.
Cólera, irritabilidad.

Síntomas Cognitivos:

Dificultades en la atención.
Indecisión.
Autocrítica.
Pensamientos Irracionales
Ideas de muerte o suicidio.

Síntomas Motivacionales:

Ausencia de motivación o de interés.
Dependencia excesiva.
Tendencia a la Evitación.

Síntomas Conductuales:

Enlentecimiento motor.
Retraimiento social.

Síntomas fisiológicos:

Disminución de apetito.
Dificultades para conciliar el sueño.
Alteraciones sexuales.

La teoría de Beck, (1978) ^(REF. 4) parte definiendo la Depresión como al conjunto de pensamientos perturbadores negativos que distorsionan la realidad y el sujeto deprimido tiene una visión (-) negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Por tanto la visión (-) negativa e irreal de estos tres aspectos resultan causales de la depresión. La teoría cognitiva de la depresión postula la existencia de tres factores en la depresión: a) Tríada cognitiva; b) Distorsiones cognitivas o Pensamientos Irracionales y c) Esquemas Depresógenos.

2.4.1.1. Tríada Cognitiva

La tríada cognitiva es uno de los factores en la depresión, y consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a verse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del sujeto acerca de sí mismo. El sujeto se ve desgraciado, torpe, enfermo con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, debido a este modo de ver las cosas, el sujeto cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. El sujeto observa el presente con demandas exageradas y lo evalúa como negativo, con exigencias sobredimensionadas; como efecto cognitivo el sujeto introyecta lo que es derrota y frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa como construye el sujeto las situaciones en una dirección negativa, aún cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. El sujeto depresivo puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando el sujeto depresivo hace proyectos de gran alcance, esta anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de

una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

2.4.1.2. Pensamientos Irracionales o Distorsiones Cognitivas ³⁾

Beck, (1976) define la raíz de la depresión al "conjunto de pensamientos perturbadores" negativos, que distorsionan la realidad. Según Beck, el sujeto deprimido tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Es así que este autor define a las "distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos", como los causales de los diversos problemas psicológicos; debido a que la mayoría de las personas ven el mundo de manera tal, que lo perciben desde una perspectiva distante de la realidad.

El modelo cognitivo-conductual considera la depresión como una manifestación del fortalecimiento de los pensamientos irracionales, es decir, se basa en un supuesto teórico subyacente de que los pensamientos y la depresión de un sujeto suicida, están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho sujeto de estructurar el mundo, formando así un bucle retroalimentario.

Estas distorsiones cognitivas o pensamientos irracionales pueden ser positivos o negativos. El sujeto que distorsiona positivamente puede observar la vida de una forma irrealmente positiva. Existe una gran cantidad de estímulos que nos rodean y debemos atender selectivamente a la información específica más valiosa para la supervivencia y adaptación favorable. Por lo tanto, la capacidad de atender, percibir y recordar acontecimientos selectivamente desempeña una función altamente adaptativa. Sin embargo estos procesos cognitivos son selectivos y existe un potencial inherente para distorsionar la realidad de diferentes formas.

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo son los

llamados pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas y son los que mantienen la creencia del sujeto en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1976)^(REF. 3). Para realizar el estudio se toma como guía de referencia los 14 pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas que utilizó Beck en sujetos con pensamientos suicidas.

- Pensamiento de todo o nada, Polarización o Dicotómico
- Visión Catastrófica
- Sobregeneralización
- Abstracción selectiva o Filtraje
- Inferencia Arbitraria
- Maximización o minimización
- Razonamiento Emocional
- Afirmaciones de "debería, debo, tengo que"
- Calificación y descalificación o Etiquetas globales
- Personalización
- Falacias sobre el control
- Pensamiento comparativo
- Descalificar lo positivo
- Falacia de justicia

2.4.1.3. Esquemas Depresogénicos

Otro factor en la depresión son los esquemas y presunciones, este concepto se utiliza para explicar porque mantiene el sujeto depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Las distorsiones cognitivas se mantienen mediante los esquemas y presunciones básicas sobre la vida del sujeto. Estos esquemas depresógenos se establecen en la primera infancia y se definen y consolidan mediante la propia experiencia a lo largo de la vida, es decir, estos esquemas se basan en las experiencias vitales y en las percepciones del sujeto, pueden ser muy personales e idiosincrásicos y se activan

mediante acontecimientos externos que pueden ser fenomenológicamente similares a su experiencia pasada. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia; el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones; así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el sujeto. La activación de los esquemas depresógenos (suceso vital estresante) sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en la depresión. Los esquemas permanecen latentes de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos.

Por lo tanto, los esquemas depresogénicos pueden ser considerados como factores causales distales que hacen a los sujetos vulnerables a la depresión bajo determinadas circunstancias.

2.4.1.4. Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión

El modelo cognitivo señala que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (Esquemas Depresogénicos) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas, es decir, que el sujeto se encuentra sensibilizado hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

Beck, (1987) ^(REF.15) también los denomina a los esquemas depresogénicos como la Diátesis cognitiva (o factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que los esquemas

pueden ser activos o latentes, son activos cuando se refieren a la conducta diaria y los que permanecen latentes son los que controlan el comportamiento en situación de depresión.

2.4.1.4.1. Vulnerabilidad a los pensamientos suicidas

Para la mayoría de los individuos, en la mayoría de las situaciones, hay un alto grado de control de los pensamientos y las acciones; sin embargo, existen ciertas situaciones o circunstancias que producen el efecto de incrementar la vulnerabilidad tanto a los estímulos internos como a los externos o disminuyen el umbral del control. Los factores de vulnerabilidad sirven para disminuir el umbral de forma tal que un acontecimiento vital que fue manejado con bastante éxito en el pasado, ahora implica una circunstancia aplastante y es en esos momentos en los que el sujeto es más vulnerable a los pensamientos irracionales o las distorsiones cognitivas, según Aarón Beck, (1987)^(REF. 3)

Entre los diversos **factores de vulnerabilidad** encontramos:

Enfermedad Aguda.- Cualquier enfermedad, independientemente de su gravedad, puede provocar vulnerabilidad, aunque la enfermedad sea transitoria, el efecto sobre el individuo durante el periodo convaleciente consiste en incrementar la sensibilidad a los pensamientos de suicidio.

Enfermedad Crónica.- Convivir con la enfermedad crónica genera grandes dosis de estrés para el paciente y su familia y puede ir acompañada por altos niveles de depresión y desesperación.

Pérdida personal.- La pérdida por muerte de un miembro familiar, un amigo, un

vecino, una mascota, puede aumentar la vulnerabilidad del individuo a los pensamientos suicidas.

Soledad.- La percepción de soledad, predispone a entretenerse más seriamente en los pensamientos suicidas.

Abuso de sustancias.- El abuso de alcohol, las medicinas, las drogas o la nicotina puede desinhibir de tal forma que el sentido común o la capacidad para resolver problemas queden incapacitados y los individuos vean el suicidio como la opción más apropiada y disponible para ellos.

Reacciones al estrés postraumático.- Cualquier experiencia estresante puede producir como secuela la notable reducción del umbral normal del individuo.

Vulnerabilidad psicológica.- El individuo depresivo o ansioso es más vulnerable de interpretar negativamente los hechos o reacciones de otras personas.

2.5. DEFINICIÓN DE PENSAMIENTOS RACIONALES E IRRACIONALES

Por lo expuesto anteriormente, señalamos que los pensamientos irracionales juegan un papel muy importante en el incremento de la depresión del sujeto, es decir, ambos están relacionados, formando un bucle retroalimentario y ambos participan en la decisión final que toma el sujeto al intentar quitarse la vida.

Los pensamientos irracionales o "creencias irracionales", como las denomina Ellis, (1976) incluyen una demanda o exigencia hacia los demás o hacia uno mismo, que incluyen un "debería", una "exigencia". De lo contrario, la persona "cree" que ha ocurrido lo más horrendo de su vida. Estas demandas o exigencias son conclusiones

erróneas extraídas de experiencias activadoras que distorsionan la realidad. Ellis dice, "se entiende por irracionalidad cualquier pensamiento, emoción o conducta que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren en la supervivencia y felicidad del organismo".

Por lo que tomamos como principal exponente para explicar acerca del pensamiento a Aarón Beck (1985) ^(REF. 3) que parte de la teoría cognitivo-conductual señalando que los pensamientos son eventos cognitivos, son procesos cognitivos y por último son estructuras cognitivas, que pueden generar razonamientos irracionales por distorsiones del contenido, como resultado de experiencias del aprendizaje y de la transmisión sociocultural los sujetos elaboran sistemas de pensamiento idiosincrásico que guían la conducta y por último el procesamiento cognitivo del sujeto que activan las respuestas de manejo maladaptativas y mecánicas.

Los pensamientos racionales son los que permiten analizar cada situación, el sujeto toma conciencia de la situación aceptándola; también permiten controlar los estados emocionales del sujeto de manera que su comportamiento sea el más adecuado. Contrariamente, los pensamientos irracionales se dan por una interpretación errónea de la situación debido a suposiciones previas, es decir, parte de una cognición errónea. Los pensamientos irracionales no solo brotan de las tendencias humanas de ver el mundo algo deformado y hacer afirmaciones anti-empíricas, acerca de lo que ha ocurrido u ocurrirá probablemente, sino de las afirmaciones exigentes e imperativas de los deseos del sujeto (Ellis, 1981) ^(REF. 4)

Según estudios realizados por (Ellis y Beck 1986) ^(REF. 17), observaron que la mayoría de los trastornos psicológicos tienen origen de carácter conceptual, es decir, que se deben en gran medida a la tendencia humana de conceptualizar al mundo y a sí mismo

en forma errada, por los diversos pensamientos irracionales que comprenden.

Se entiende por irracionalidad cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren en la supervivencia y felicidad del organismo Ellis A., (1981) ^(REF. 17) Ellis, estableció 10 creencias irracionales básicas en sujetos depresivos. (Ver anexo).

Para (Meichenbaum, 1986) los pensamientos automáticos se entienden como mensajes discretos, casi siempre creídos por el sujeto; se producen de manera espontánea y son difíciles de interrumpir.

La Teoría Cognitiva define la raíz de la depresión al "conjunto de pensamientos perturbadores", negativos, que distorsionan la realidad y también los denomina distorsiones cognitivas" o "pensamientos automáticos", como los causales de los problemas psicológicos, debido a que los sujetos ven al mundo de manera tal que lo perciben desde una perspectiva distante de la realidad.

La presente investigación parte de la perspectiva cognitivo-conductual que permita una visión integral del ser humano, es decir, la relación existente entre lo cognitivo, emocional, conductual en interacción con el medio ambiente; tomando en cuenta que el inicio de la depresión es resultado de alteraciones en la interpretación de la realidad, generando los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas, asociados a factores de vulnerabilidad cognitivos que pueden llevar al sujeto a la conducta suicida Gotlib y Hammen, (1992) ^(REF. 15).

2.5.1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES O DISTORSIONES COGNITIVAS ^(REF. 18)

Los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas tienen normalmente las siguientes características:

1. Son mensajes específicos, discretos.
2. A menudo parecen taquigrafiados. A veces el pensamiento automático es una breve reconstrucción de un suceso pasado, compuesto por unas pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.
3. No importan lo irracionales que sean casi siempre son creídos, porque casi no se notan, por lo que no son cuestionados; simplemente no permiten ser probados, ni sus implicaciones y conclusiones son sometidas a un análisis lógico.
4. Se viven como espontáneos, entran de golpe en la mente; engañosos, a veces determinan estereotipos o juicios que parecen verdaderos.
5. A menudo los pensamientos automáticos se expresan en términos de "habría de, tendría que o debería". Estos términos precipitan a un sentimiento de culpabilidad o pérdida de autoestima.
6. Tienden a "dramatizar", estos pensamientos predicen catástrofes, ven peligros en todas partes y siempre suponen lo peor.
7. Son relativamente idiosincrásicos, es decir, es una única forma de ver la situación estímulo, causando emociones diferentes e intensas.
8. Son difíciles de desviar. Puesto que son reflexibles y creíbles, se entretajan inadvertidamente a través del flujo del diálogo interno. Parecen ir y venir con voluntad propia. También tienden a actuar como señales de otro pensamiento. Todos hemos tenido la experiencia de un pensamiento deprimente que

dispara una larga cadena de pensamientos deprimentes asociados.

9. Los pensamientos automáticos o irracionales son aprendidos. Desde la infancia los sujetos han ido expresando aquello que piensa. Todas las personas han sido condicionadas por la familia, los amigos y los medios de información para interpretar los sucesos de cierta forma.

Reinecke & Beck, (1987)^(REF. 3), según estudios señalan la relación existente entre las distorsiones cognitivas o pensamientos irracionales y la depresión y son consistentes con los modelos cognitivos de depresión.

2.5.2. PENSAMIENTOS IRRACIONALES EN SUJETOS SUICIDAS SEGÚN BECK

Para el estudio de los pensamientos irracionales nos basamos en el modelo cognitivo-conductual que utiliza Beck, luego de haber realizado muchos estudios junto a sus colaboradores (Burns, Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990)^(REF. 3) llegando a extraer 14 distorsiones cognitivas o pensamientos irracionales más frecuentes a los que recurren los sujetos depresivos con intento de suicidio. Estos Pensamientos Irracionales son los siguientes:

Pensamiento de todo o nada o Polarización.- Hace referencia a la tendencia de evaluar su conducta, experiencia o cualidades personales de una manera dicotómica.

Visión catastrófica.- Muchos sujetos depresivos y suicidas tienden a exagerar sistemáticamente sus dificultades, ocasionándose un estado de constante miedo.

Sobre generalización.-- Los sujetos suicidas a menudo tienden a sacar conclusiones generales sobre la base de acontecimientos aislados.

Abstracción selectiva o Filtraje.- Estos sujetos atienden a los detalles negativos de cualquier situación y se explayan en ellos exclusivamente.

Inferencia arbitraria.- Llamada también (Interpretación de pensamientos anticipados)

Maximización y minimización.- El sujeto o bien se halla exagerando cosas fuera de las proporciones lógicas o reduciéndolas.

Razonamiento emocional.- Esta distorsión implica adoptar las emociones propias como prueba del estado de las cosas. La lógica es "Yo siento"; por lo tanto "Yo soy".

Afirmaciones de Debería, debo, tengo que.- Estas afirmaciones se encuentran en las creencias de los sujetos depresivos. Como consecuencia de su naturaleza impositiva, sin embargo, estas afirmaciones encierran sentimientos de culpabilidad, resentimiento y agresividad. En resumen no es capaz de lograr lo que "debería".

Calificación y descalificación o Etiquetas globales.- La calificación implica crear una identidad negativa basada en los errores e imperfecciones de uno mismo como si esas revelaran la verdad de uno mismo.

Personalización.- Se atribuye a sí mismo fenómenos externos, proyectando sobre él contenidos negativos, así se concibe como causa de todos los males.

Falacias sobre el control.- Esta distorsión referida al pensamiento dicotómico. Esto hace que el sujeto se encuentre siempre alerta en el control de sí mismo o de su experiencia vital.

Pensamiento comparativo.- Los sujetos que emplean este tipo de pensamiento irracional solo existen en su perspectiva cuando se comparan a sí mismos con otros.

Descalificar lo positivo.- La afirmación clásica que acompaña a este tipo de distorsión es, "Sí, pero...". Beck señala que este tipo de distorsión es transcultural, es decir que el mensaje es el mismo.

Falacia de justicia.- Son sujetos que miden las relaciones constantemente en términos de justo o injusto.

2.6. FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO AL SUICIDIO ^(REF. 19)

ALCOHOL, ABUSO DE SUSTANCIAS Y HERENCIA PSICOSOCIAL

Los principales factores son el abuso de sustancias y alcohol. A pesar de que el alcohol y las sustancias pueden ser consideradas como el intento de suprimir la angustia mediante la automedicación, esto rara vez se logra.

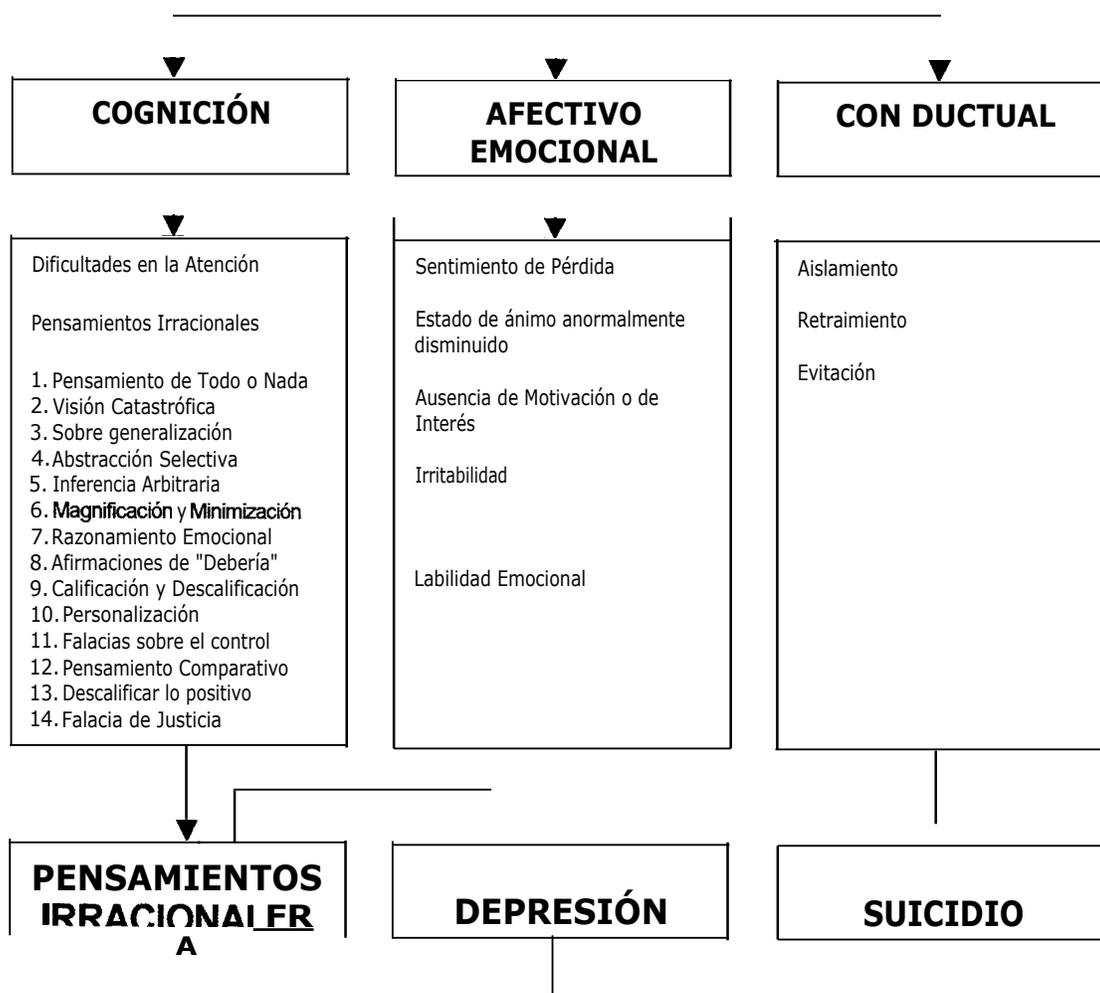
Desde una perspectiva cognitiva, el alcoholismo y abuso de sustancias potencia el riesgo de la conducta suicida reduciendo la propia capacidad para inhibir la conducta impulsiva, minimizando la capacidad para resolver problemas, incrementando los estresores y favoreciendo el retraimiento o encapsulamiento.

No es sorprendente, por lo tanto, que el abuso de alcohol y sustancias sea frecuente entre los grupos con altos índices de conductas autodestructivas, sujetos que han realizado intentos de suicidio.

Otro factor muy importante es la herencia psicosocial del suicidio, que se transmite de generación en generación. Durkheim (1879) ^(REF. 20) dice que el papel que juega la herencia en el suicidio no es propiamente el acto mismo del sujeto, sino es producto

de la afección mental de la tara nerviosa que conduce a la muerte del sujeto. Por consiguiente la herencia del recuerdo y la idea del suicidio llevan al sujeto de la misma manera que sus antecesores.

ESQUEMA COGNITIVO - AFECTIVO - CONDUCTUAL



PARADIGMA DE LA DEPRESIÓN "AARON BECK"

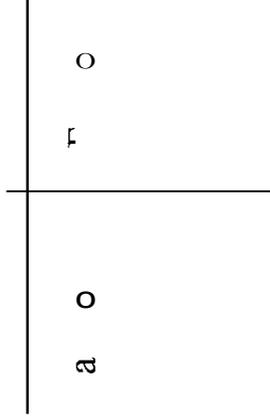
TRIADA COGNITIVA

PENSAMIENTOS IRRACIONALES

ESQUEMAS DEPRESOGENICOS

Pres a)

YO
Perspectiva
(-)



CARACTERISTICAS

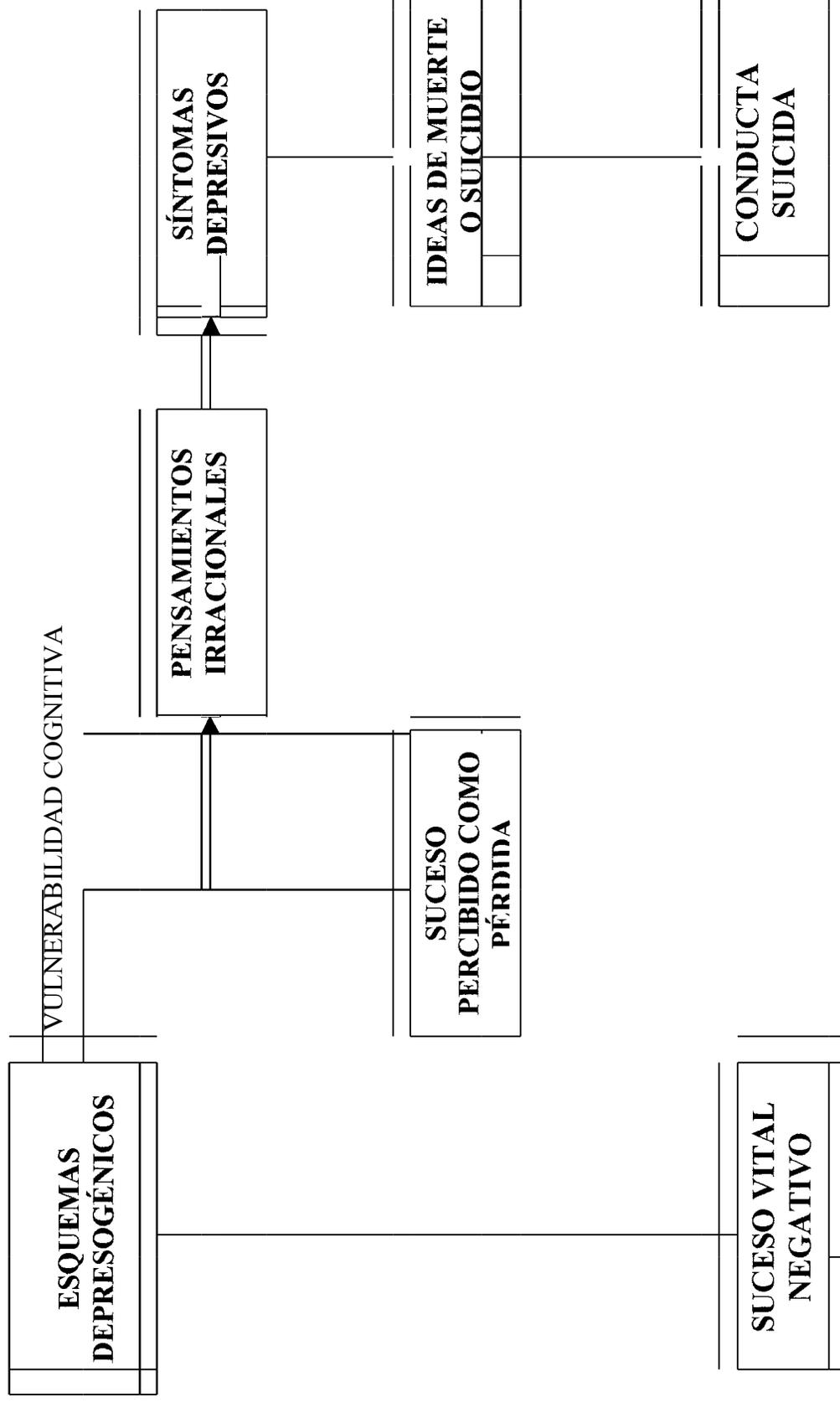
- Son mensajes específicos, discretos.
- Aparecen taquigráficos.
- Casi siempre espontáneos.
- Se viven como espontáneos.
- Son relativamente idiosincrásicos.
- Tienen a dramatizar.
- Son difíciles de desviar.
- Se expresan como "Tendría, Debería, Habría, etc".
- Son Aprendidos.

CARACTERISTICAS

- Se relacionan con las cognitivas.
- Se mantienen los Pensamientos Irracionales.
- Se organizan jerárquicamente.
- Se establecen en la primera infancia y se consolidan.
- Son personales e idiosincrásicos.
- Permanecen Activos (dominan la conducta diaria ante un suceso estresante).
- Permanecen Latentes (controlan la conducta en situaciones de estrés).

INTENTO DE SUICIDIO O SUICIDIO

TEORIA COGNITIVA - CONDUCTUAL DE LA DEPRESION



CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Método de Investigación

La presente investigación se encuentra enmarcada en el método científico a través de un modo de razonamiento inductivo, se llega a establecer la solución de la hipótesis; por lo que empleando el método inductivo se pretende a partir de casos particulares, extraer conclusiones generales que confirmen o desechen la hipótesis.

3.2. Diseño y Tipo de la Investigación

La presente investigación utiliza el diseño no experimental, es decir, que se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 1995) ^(REF. 21) La investigación estudiará el fenómeno del intento de suicidio basándose en el modelo cognitivo - conductual

partiendo de la depresión ligada a pensamientos irracionales que van a llevar al sujeto de investigación a tener un comportamiento desproporcional y negativo.

El diseño de investigación es de tipo transeccional descriptivo su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado y proporcionar su descripción, Roberto Hernández Sampieri, (1995), es decir, que se van a describir los pensamientos irracionales, los niveles de depresión más frecuentes y los síntomas depresivos específicos en los adolescentes que han intentado suicidarse.

3.3.1 Universo

El universo de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital de Clínicas Universitario el pasado año es de 450 casos, de ambos sexos, utilizando varios métodos para cometer este acto, de los cuales 184 adolescentes de 15 a 18 años emplearon raticida (órgano fosforado) para su cometido; siendo éste el método más utilizado por los sujetos suicidas.

3.3.2. Muestra

El objetivo de la investigación es conocer cuales son los pensamientos irracionales, los niveles de depresión y los síntomas depresivos específicos en adolescentes con intento de suicidio. Para lograr tales objetivos, se seleccionó una muestra no probabilística de 32 sujetos depresivos suicidas, de 15 a 18 años, 4 sujetos por cada edad, en total 16 sujetos del sexo femenino y 16 sujetos del sexo masculino y con instrucción primaria que ingresaron al Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz con el diagnóstico de intento de suicidio con raticida (órgano fosforado).

La muestra suele ser definida como un subgrupo de la población. Para obtener el

tamaño de la muestra se realizaron los siguientes cálculos:

N = Universo o población igual a 184 casos

S^2 = Varianza de la muestra, en términos de probabilidades de ocurrencia es $p(1-p)$,
tomando a $p = 90\%$ tenemos que $S^2 = 0.09$

Se = Error estándar deseado de 5%.

V^2 = Varianza de la población, definido como $(Se)^2$, es decir, el cuadrado del error
estándar, por lo tanto $V^2 = 0.0025$

Con estos datos se encuentra el tamaño de la muestra n

$$n = \frac{S^2 \text{ Varianza.MUESTRA } 0.09}{V^2 \text{ Varianza.POBLACION } 0.0025} \approx 36$$

Para ajustar el tamaño de la muestra al tamaño de la población n' se realiza la siguiente operación.

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{36}{1 + \frac{36}{184}} \cong 30$$

Por lo que el tamaño de la muestra mínimo recomendable es de 30 casos, en nuestro estudio utilizamos 32 casos como muestra de investigación.

Para realizar este objetivo se trabajó en la investigación durante 9 meses en el "Hospital de Clínicas Universitario" de la ciudad de La Paz.

La investigación utilizó el tipo de muestra No Probabilística, según Sampieri, (1991) ^(REF. 21) en las muestras no probabilísticas, la elección de los sujetos de estudio depende del criterio del investigador y al no ser probabilística no podemos calcular con que nivel de confianza hacemos una estimación.

3.3.3. Lugar o Ambiente

Para realizar la investigación se eligió el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, ubicado en la zona de Miraflores, es una institución pública que cuenta con todos los servicios y especialidades de emergencia, que funciona las 24 horas del día, es uno de los Centros Hospitalarios más importantes de ésta ciudad, por ser uno de los mejores equipados para el tratamiento de primeros auxilios. Atiende a una población que tiene como característica un bajo nivel socioeconómico.

El Hospital esta dividido en Pabellones, de acuerdo a las diferentes especialidades; la investigación se realizará en el Pabellón Británico (Medicina Mujeres II y III) y (Medicina Varones IV), ya que éstos pabellones corresponden a Medicina Interna y los casos de intento de suicidio son transferidos a éstos Pabellones, luego que salen de Emergencias, para completar con el tratamiento.

Este Nosocomio, lamentablemente no cuenta con el servicio de psicología, por lo que, la investigación se realizó en la sala de consultas externas que utiliza este

Pabellón. Esta sala cuenta con el mobiliario necesario y con las condiciones adecuadas respecto a comodidad, iluminación y privacidad, que permiten controlar variables extrañas como ruidos e interferencias que pudieran intervenir con el estudio.

3.3.4. Instrumentos

Para realizar la presente investigación, además de utilizar algunos instrumentos utilizamos la técnica de la Anamnesia, con el objetivo de identificar si el sujeto cumple con los criterios de selección; los cuales son: Datos Generales: Edad, Sexo y Grado de Instrucción Primaria; Antecedentes Personales; Motivo de Consulta y Criterios clínicos para el diagnóstico de Depresión, es decir, que el intento de suicidio se deba a la alteración del estado de ánimo (depresión), se toman en cuenta, algunos síntomas que son de gran importancia para el diagnóstico como ser:

- Estado de ánimo disminuido
- Dificultad para sentir placer
- Ausencia de motivación o de interés
- Sentimiento de tristeza
- Pérdida de apetito
- Alteraciones en el sueño
- Aislamiento
- Sentimiento de culpa
- Llanto
- Ideas de muerte o suicidio

Estas interrogantes son necesarias para que el sujeto sea incluido en el estudio. No se toma en cuenta las diferentes clasificaciones de depresión. Esta valoración se realiza cuando el paciente se encuentra en el Pabellón Británico, lugar donde es transferido del Servicio de Emergencias, aproximadamente 24 horas después de su ingreso al Hospital.

La investigación utiliza los siguientes instrumentos, que sirven para comprobar o desechar la hipótesis:

Para la evaluación de la Depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck **(BDI)** es una medida de auto informe de 21 ítems, elaborado a partir de la observación clínica de las actividades, sentimientos y síntomas experimentados por los pacientes clínicamente deprimidos. Los ítems fueron seleccionados para evaluar la gravedad de la depresión. El BDI puede usarse como instrumento cuantitativo. Se puntúa en términos de 0 a 3. El sujeto debe elegir en cada ítem la frase que mejor refleje su estado actual. Las puntuaciones de 0 a 9 pueden considerarse como normales. Los niveles leves de depresión se asocian con puntuaciones de 10 a 19 y las puntuaciones entre 20 y 29 pueden considerarse como niveles moderados de depresión y las puntuaciones superiores a 30 reflejan depresión grave.

Se tomaron en cuenta estos niveles de depresión para cuantificar en cual de éstos se encuentran los sujetos de la investigación. En las depresiones más leves, el sujeto generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. En las depresiones moderadas su pensamiento esta cada vez más dominado por ideas negativas. Cuando los esquemas idiosincrásicos prepotentes producen distorsiones de la realidad y consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo este se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves sin síntoma psicótico, el pensamiento del sujeto puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincrásicos, esta totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades

mentales voluntarias.

Este instrumento, además de proporcionar los niveles de depresión del sujeto nos muestra cuáles son los síntomas depresivos específicos en el sujeto suicida, esto se logra con la codificación de datos y la ayuda del análisis factorial, se captura los resultados más sobresalientes que son de interés para nuestro estudio.

Beck, (1980) ^(REF. 3) realiza un estudio de los Pensamientos Irracionales más frecuentes en sujetos suicidas, tomando en cuenta 14 pensamientos irracionales que sirvieron en la elaboración del Cuestionario de Pensamientos Automáticos; donde se plantean ejemplos de los pensamientos irracionales y el sujeto responderá de acuerdo con lo que más se identifica y le afecta. Este cuestionario se utiliza como instrumento cuantitativo.

Este cuestionario consta de 42 ítem los mismos, que tienen la siguiente escala de valoración:

2 Significa Siempre
1 Significa A veces
0 Significa Casi nunca

El Cuestionario contiene 3 preguntas de cada pensamiento irracional, que van en forma aleatoria, esto es para aumentar la confiabilidad, además que servirá para identificar la frecuencia de cada pensamiento irracional. Para la validez del contenido del Cuestionario se consultó con Profesionales investigadores familiarizados con el tema como la Lic. Alejandra Martínez, la metodología de validación fue la siguiente: se administraron los Cuestionarios en repetidas ocasiones a los sujetos suicidas y con los resultados obtenidos se realizaron las correcciones con la colaboración del Licenciado en Psicología Rodrigo Urioste.

Para la evaluación, el sujeto debe responder marcando en el cuestionario de pensamientos automáticos; se considera como pensamiento automático frecuente a los resultados que sumando las respuestas acumulen un puntaje de 5 y 6, las respuestas que tengan un puntaje menor a 5 no serán tomadas en cuenta.

El objetivo de estas dos pruebas es conocer cuales son los niveles de depresión, la sintomatología depresiva y los pensamientos irracionales específicos en adolescentes de ambos sexos de 15 a 18 años con tentativa de suicidio.

3.3.5. Procedimiento

La problemática del intento de suicidio nos lleva a realizar esta investigación, utilizando el diseño no experimental adecuado al tipo de investigación descriptivo se realizó el procedimiento de la siguiente forma:

Para realizar la investigación se eligió el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, que cuenta con todos los servicios y especialidades de emergencia. Se seleccionó una muestra no probabilística de 32 sujetos depresivos suicidas, de 15 a 18 años, 4 sujetos por cada edad, en total 16 sujetos del sexo femenino y 16 sujetos del sexo masculino y con instrucción primaria que ingresaron a éste Nosocomio con el diagnóstico de intento de suicidio con raticida (órgano fosforado). Aproximadamente a las 24 horas de su ingreso al Servicio de Emergencias, el paciente es trasladado al Pabellón Británico correspondiente a Medicina Interna, para continuar con el tratamiento.

Este Nosocomio, lamentablemente no cuenta con el servicio de psicología, por lo que, la investigación se realizó en la sala de consultas externas que utiliza este

Pabellón. Esta sala cuenta con el mobiliario necesario y con las condiciones adecuadas respecto a comodidad, iluminación y privacidad, que permiten controlar variables extrañas como ruidos e interferencias que pudieran intervenir con el estudio.

Para realizar la presente investigación, además de utilizar algunos instrumentos utilizamos la técnica de la Anamnesis, con el objetivo de identificar si el sujeto cumple con los criterios de selección; los cuales son los siguientes: Datos Generales: Edad, Sexo y Grado de Instrucción Primaria; Antecedentes Personales; Motivo de Consulta y Criterios clínicos para el diagnóstico de Depresión, es decir, que el intento de suicidio se deba a la alteración del estado de ánimo (depresión), se toman en cuenta, algunos síntomas depresivos que son de gran importancia para el diagnóstico.

Seguidamente, para la evaluación de la Depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) es una medida de auto informe de 21 ítems, elaborado a partir de la observación clínica de las actividades, sentimientos y síntomas experimentados por los pacientes clínicamente deprimidos. El BDI puede usarse como instrumento cuantitativo. Se puntúa en términos de 0 a 3. El sujeto debe elegir en cada ítem la frase que mejor refleje su estado actual.

Como referencia, para la elaboración del Cuestionario de Pensamientos Automáticos se toma en cuenta el estudio de Beck, (1980) ^(REF. 3) respecto a que 14 son los Pensamientos Irracionales más frecuentemente utilizados por los sujetos suicidas. En este instrumento se plantean pensamientos irracionales y el sujeto responderá de acuerdo con lo que más se identifica y le afecta. Este cuestionario se utiliza como instrumento cuantitativo, consta de 42 pensamientos irracionales, los cuales tienen la siguiente escala de valoración: 2 Significa Siempre, 1 Significa A veces, 0

Significa Casi nunca.

El Cuestionario contiene 3 preguntas de cada pensamiento irracional, que van en forma aleatoria, esto es para aumentar la confiabilidad, además que servirá para identificar la frecuencia de cada pensamiento irracional. Para la validez del contenido

Para realizar esta investigación se trabajó durante 9 meses en el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, donde no se presentaron problemas, más al contrario llegamos a integrar el plantel multidisciplinario con el que trabaja esa Institución.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE DATOS

La investigación se llevó a cabo en el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, con sujetos que ingresaron al Servicio de Emergencias con el diagnóstico de intento de suicidio. Para realizar el estudio, se toma una muestra de 32 sujetos con tentativa de suicidio empleando raticida (órgano fosforado) para su cometido, se elige intoxicación con raticida por ser el elemento químico más empleado por los sujetos suicidas, dicha muestra comprende las edades de 15 a 18 años, 4 sujetos por cada edad, en total 16 sujetos del sexo femenino y 16 sujetos del sexo masculino, se toman estos parámetros por la incidencia frecuente de casos en el Hospital, además de los criterios anteriores, los sujetos tienen que tener instrucción primaria y debían cumplir algunos criterios clínicos para el diagnóstico de depresión.

Se obtuvieron datos de dos instrumentos: El primero es el Inventario de Depresión

de Beck (BDI) y el segundo es el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de elaboración propia, los cuales capturaron información importante respecto a los niveles de depresión, la sintomatología depresiva y los pensamientos irracionales específicos luego del intento de suicidio; se aplicaron éstas pruebas a los sujetos de estudio, 24 horas aproximadamente de su ingreso al Servicio de Emergencias, tomando en cuenta los siguientes criterios clínicos: ritmo cardíaco, presión arterial, temperatura y pulso estables, los pacientes son transferidos al Pabellón Británico para continuar con su tratamiento, permaneciendo en el Hospital por el tiempo de 3 días, si es que no presentan complicaciones, en ese caso permanecen más tiempo hospitalizados.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A LA EDAD Y AL SEXO

EDADES	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO
15 AÑOS	4	4
16 AÑOS	4	4
17 AÑOS	4	4
18 AÑOS	4	4
TOTALES	16	16

CUADRO 4.1.1 (Fuente: Hospital de Clínicas)

El Cuadro 4.1.1 muestra las edades de los sujetos de estudio (15 a 18 años), la cantidad de sujetos de acuerdo al sexo y el total de sujetos (16 sujetos que corresponden al sexo femenino y 16 sujetos del sexo masculino) en total 32 sujetos que participaron en esta investigación.

Por otra parte, se recabaron datos estadísticos tanto de la Policía Técnica Judicial (PTJ) como del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, respecto a suicidios e intentos de suicidios por año desde 1995 a 1999 con el fin de ver el crecimiento incidente de tentativas de suicidio durante estos periodos, además del método más empleado.

INTENTOS DE SUICIDIO CON RATICIDA EN LA PAZ
Fuente: Policía Técnica Judicial

AÑO	TOTAL INTENTOS DE SUICIDIO	INTENTOS DE SUICIDIO CON RATICIDA 15 -18 AÑOS	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
1995	88	38	14	24
1996	95	35	16	19
1997	108	44	17	27
1998	108	49	20	29
1999	144	62	24	42

CUADRO 4.1.2 (Fuente: Policía Técnica Judicial)

El cuadro 4.1.2 muestra los años de 1995 -1999, el total de casos de intentos de suicidio con raticida (órgano fosforado), registrados por la Policía Técnica Judicial en La Paz, siendo la intoxicación con raticida el método más utilizado por los sujetos suicidas, del total se toman solo las edades de 15 a 18 años por sexo.

**GRAFICO 4.1**

El gráfico 4.1 muestra gráficamente los datos del cuadro anterior.

INTENTOS DE SUICIDIO CON RATICIDA EN LA PAZ
Fuente: Hospital de Clínicas Universitario

AÑO	TOTAL INTENTOS DE SUICIDIO	INTENTOS DE SUICIDIO CON RATICIDA 15 -18 AÑOS	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
1995	438	202	75	127
1996	403	196	69	127
1997	257	105	35	70
1998	459	197	78	119
1999	450	184	62	122

CUADRO 4.1.3

El cuadro 4.1.3 muestra el total de casos de intentos de suicidio por año que para su cometido han empleado varios métodos desde 1995 a 1999 registrados por el Departamento de Estadísticas del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, luego tomamos los intentos de suicidio con raticida tomando en cuenta las edades que corresponden a la investigación de acuerdo al sexo.

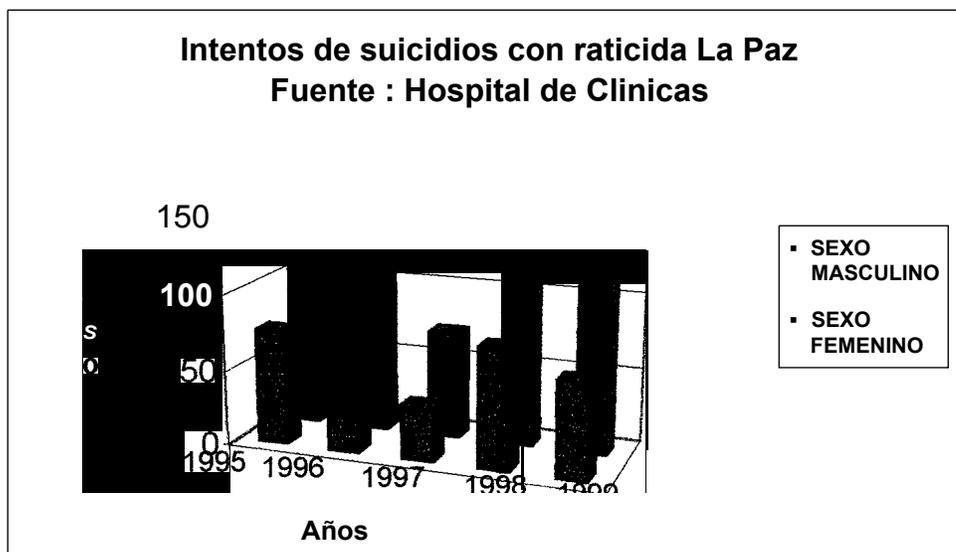


GRAFICO 4.2

Como se puede observar existen diferencias cuantitativas de acuerdo al sexo; es decir, que la tentativa de suicidio en el sexo femenino es mayor que en el sexo masculino, esto se puede ver en el gráfico 4.2.

También se puede observar que del total de los casos registrados por año, se han tomado algunos parámetros para realizar la investigación, como el intento de suicidio con raticida, esto por ser el elemento químico más empleado por los sujetos suicidas que ingresan al Hospital de Clínicas, también se eligió las edades de 15 a 18 años por la incidencia registrada en ese Nosocomio.

Una observación importante entre el cuadro 4.1.2 y 4.1.3 se refiere a la diferencia de casos registrados tanto en la Policía Técnica Judicial como en el Hospital de Clínicas Universitario, fundamentalmente se refiere a que no todos los casos que ingresan al Hospital con este diagnóstico son reportados a la PTJ por diversas razones, como ser socioculturales, religiosas, etc.; los gráficos muestran los mismos datos.

4.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN (Beck) (BDI)

El Análisis estadístico del Inventario de Depresión de Beck, va medir "**EL NIVEL DE DEPRESIÓN**" de los sujetos de estudio. La muestra de estudio es de 32 casos que corresponden a las edades de 15 a 18 años, 4 sujetos por cada edad, es decir 16 sujetos del sexo femenino y 16 sujetos del sexo masculino que ingresaron al Hospital de Clínicas Universitario con el diagnóstico de intento de suicidio con raticida.

La investigación se realizó en el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, ubicado en la zona de Miraflores. El Hospital cuenta con todas las especialidades y el equipo adecuado para tratar a los sujetos con intoxicación por raticida o intento de suicidio. Los sujetos de estudio tenían que cumplir con algunos requisitos establecidos para ser tomados en cuenta en la investigación, de los cuales el principal era que la depresión sea causante del intento de suicidio, esto es verificado con la Anamnesia que se le realiza al sujeto, a las 24 horas aproximadamente de su ingreso al Servicio de Emergencias, es decir, cuando es transferido al Pabellón Británico para su recuperación.

INTENTOS DE SUICIDIO DE ACUERDO A LA EDAD Y SEXO

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
sexo	femenino	60,0%	50,0%	62,5%	36,4%	50,0%
	masculino	40,0%	50,0%	37,5%	63,6%	50,0%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.4

(Fuente: Elaboración propia)

La distribución de la muestra por edad y sexo con relación al intento de suicidio, es como indica el cuadro 4.1.4, la frecuencia de intentos de suicidio es mayor en sujetos de 18 años del sexo masculino con un 63.6 % que ha utilizado raticida para su cometido, en el sexo opuesto la frecuencia es mayor en la edad de 17 años con un porcentaje de 62.5 %, también se observa en el cuadro que el sexo femenino tiene los porcentajes más elevados que el sexo masculino, demostrándose que el sexo femenino intenta suicidarse más frecuentemente que el sexo opuesto.

NIVELES DE DEPRESION DE ACUERDO A LA EDAD

	Edad en años				Table Total
	15	16	17	18	
	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Nivel de Depresión Normal	20,0%	12,5%			6,3%
Depresión Leve	20,0%	25,0%	37,5%	36,4%	31,3%
Depresión Moderada	60,0%	50,0%	37,5%	63,6%	53,1%
Depresión Grave		12,5%	25,0%		9,4%
Table Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.5 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.1.5 muestra la relación de niveles de depresión de acuerdo a la edad, donde se presenta el nivel de depresión moderada con los siguientes porcentajes: 60% a los 15 años, 50% a los 16 años, 37.5% a los 17 años y 63.3% a los 18 años siendo éste el porcentaje más significativo; corroborando la hipótesis esta vez mediante las edades. Como se puede observar la relación de edad en años con el nivel depresión en cuanto a totales, muestra que la depresión moderada presenta un índice significativo, luego del intento de suicidio.

NIVEL DE DEPRESION CON RELACION AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenin o	masculin o	
		Col %	Col %	Col %
Nivel de Depresión	Depresión Normal	6,3%	6,3%	6,3%
	Depresión Leve	37,5%	25,0%	31,3%
	Depresión Moderada	43,8%	62,5%	53,1%
	Depresión Grave	12,5%	6,3%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.6 (Fuente Elaboración propia)

En el cuadro 4.1.6 se observa la relación del nivel de depresión según el sexo, y el sexo masculino luego del intento de suicidio mantiene niveles de depresión moderada, con un porcentaje correspondiente a 62.5 %, en relación con el sexo femenino que presenta un porcentaje del 43.8 %. Los niveles de depresión normal, leve y grave no son tomados en cuenta ya que no son frecuencias significativas.

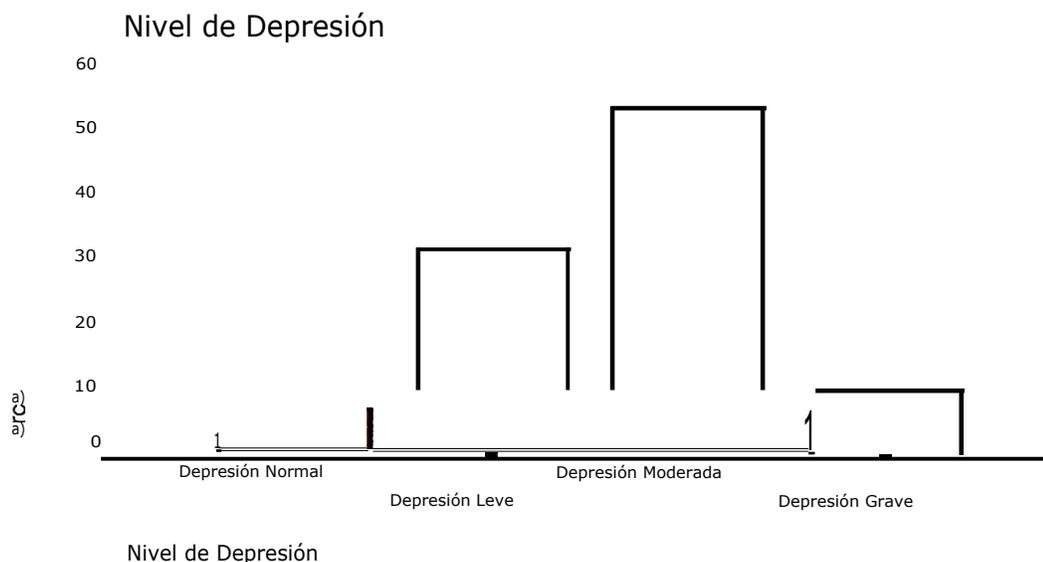


GRÁFICO 4.3 (Fuente: Elaboración Propia)

En el gráfico 4.3 se pueden observar los niveles de depresión que tiene el adolescente de 15 a 18 años, luego del intento de suicidio, estos datos se obtuvieron a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI), datos que son muy importantes y deben ser tomados muy en cuenta, para evitar reincidencias.

NIVELES DE DEPRESION CON RELACION AL SEXO Y LA EDAD

				Edad en años				Table Total
				15	16	17	18	
				Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
sexo femenino	Nivel de Depresión	Depresión Normal		12,5%			3,1%	
		Depresión Leve	20,0%	25,0%	25,0%	9,1%	18,8%	
		Depresión Moderada	40,0%		25,0%	27,3%	21,9%	
		Depresión Grave		12,5%	12,5%		6,3%	
sexo masculino	Nivel de Depresión	Depresión Normal	20,0%				3,1%	
		Depresión Leve			12,5%	27,3%	12,5%	
		Depresión Moderada	20,0%	50,0%	12,5%	36,4%	31,3%	
		Depresión Grave			12,5%		3,1%	
Table Total				100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.7 (Fuente: Elaboración propia)

El Cuadro 4.1.7 es más completo ya que muestra la relación de sexo y edad con los niveles de depresión, los cuales señalan que el índice más alto se encuentra a los 15 años de edad en el sexo femenino con 40.0 % que presenta depresión moderada y en el sexo masculino a los 16 años con un porcentaje de 50.0 %, también con depresión moderada. Estos datos llaman la atención por ser muy significativos para el propósito que tiene la investigación.

El Inventario de Depresión de Aarón Beck, tiene 21 preguntas, cada una con cuatro opciones, las mismas que van a mostrar analizando pregunta por pregunta, "**CUALES SON LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN MÁS FRECUENTES**" en los sujetos suicidas. Dicha prueba se realizó en sujetos que estén entre los 15 y 18 años de edad (4 sujetos por edad), de ambos sexos, es decir, (16 sujetos del sexo femenino y 16 sujetos de sexo masculino), que ingresan al Hospital de Clínicas Universitario con el diagnóstico de intento de suicidio con raticida y que tengan instrucción primaria, además cumplan con algunos criterios clínicos para el diagnóstico de depresión. Las pruebas se tomaran a los sujetos de estudio, una vez que son transferidos de Emergencias al Pabellón Británico Medicina Mujeres II - III y Medicina Varones IV, para continuar con el tratamiento, es decir, aproximadamente a las 24 horas de su ingreso al Servicio de Emergencias.

SENTIMIENTO DE TRISTEZA CON RELACION A LA EDAD

	Edad en años				Table Total
	15	16	17	18	
	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Sentimiento de Tristeza					
No me siento triste		12,5%			3,1%
Me siento triste	100,0%	62,5%	75,0%	63,6%	71,9%
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo		25,0%	25,0%	27,3%	21,9%
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportar				9,1%	3,1%
Table Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.8 (Fuente: Elaboración propia)

El Cuadro 4.1.8 muestra el primer ítem del inventario de depresión de Beck, respecto

al sentimiento de tristeza con relación al rango de edades establecido para el estudio, el sentimiento de tristeza se encuentra presente luego del intento de suicidio con un 100.0 % en la edad de 15 años, a la edad de 17 años con un porcentaje de 75.0 , a los 18 años con 63.6 % y 62.5 % a los 16 años; como se ve este ítem presenta datos muy significativos en todas las edades.

SENTIMIENTO DE TRISTEZA CON RELACIÓN AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Sentimiento de Tristeza	No me siento triste	6,3%		3,1%
	Me siento triste	62,5%	81,3%	71,9%
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	25,0%	18,8%	21,9%
	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportar	6,3%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.9 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.1.9 muestra el sentimiento de tristeza en relación con el sexo donde el porcentaje más significativo se encuentra presente en el sexo masculino con un 81.3 % y en el sexo femenino con un porcentaje de 62.5 %.

ESTADO DE ÁNIMO DISMINUIDO CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Estado de Animo Anormalmente Disminuido	No me siento especialmente desanimado de cara al futuro		25,0%		9,1%	9,4%
	Me siento desanimado de cara al futuro	80,0%	50,0%	62,5%	81,8%	68,8%
	Siento que no hay nada por lo que luchar	20,0%	25,0%	37,5%	9,1%	21,9%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.10 (Fuente: Elaboración propia)

Se puede observar en el cuadro 4.1.10 uno de los criterios más importantes para el diagnóstico de depresión como es el estado de ánimo disminuido esto con relación a la edad, existe muy poca diferencia cuantitativa de los 18 a los 15 años con 81.8 % y 80 % respectivamente.

ESTADO DE ANIMO DISMINUIDO CON RELACIÓN AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Estado de Animo Anormalmente Disminuido	No me siento especialmente desanimado de cara al futuro	18,8%		9,4%
	Me siento desanimado de cara al futuro	56,3%	81,3%	68,8%
	Siento que no hay nada por lo que luchar	25,0%	18,8%	21,9%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.11 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.1.11 muestra la relación estado de ánimo disminuido respecto al sexo, con un porcentaje significativo del 81.3 % en el sexo masculino y 56.3 % en el sexo femenino, esto nos indica que el sexo masculino se siente más desanimado de cara al futuro que el sexo opuesto.

PÉRDIDA DE INTERÉS O MOTIVACIÓN CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Pérdida de Interés ó Motivación	Las cosas me satisfacen tanto como antes		12,5%	12,5%		6,3%
	No disfruto de las cosas tanto como antes	80,0%	87,5%	75,0%	90,9%	84,4%
	Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas			12,5%		3,1%
	Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	20,0%			9,1%	6,3%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.12 (Fuente: Elaboración propia)

En el Cuadro 4.1.12 se observa que la pérdida de interés o motivación prevalece luego de la tentativa de suicidio, esto se observa de acuerdo a las edades establecidas para la investigación donde el porcentaje más elevado con 90.9 % se da en la edad de 18 años, seguido muy de cerca por el porcentaje de 87.5% en la edad de 16 años.

PÉRDIDA DE INTERÉS O MOTIVACIÓN DE ACUERDO AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Pérdida de Interés ó Motivación	Las cosas me satisfacen tanto como antes	12,5%		6,3%
	No disfruto de las cosas tanto como antes	75,0%	93,8%	84,4%
	Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas		6,3%	3,1%
	Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	12,5%		6,3%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.13 (Fuente: Elaboración propia)

En el cuadro 4.1.13 se observa la relación pérdida de interés o motivación con el sexo, esta incidencia se ve en el sexo masculino con un porcentaje de 93.8 %, que cuantitativamente representa el porcentaje más significativo de éste instrumento, seguido por el sexo femenino con 75.0 %, dato que también es considerado de importancia para nuestro estudio.

SENTIMIENTO DE CULPA CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Sentimiento de Culpa	No me siento especialmente culpable	20,0%	12,5%			6,3%
	Me siento culpable en bastantes ocasiones	60,0%	25,0%	75,0%	45,5%	50,0%
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	20,0%	62,5%	25,0%	54,5%	43,8%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.14 (Fuente: Elaboración propia)

El Cuadro 4.1.14 muestra la relación del sentimiento de culpa con la edad, el sujeto depresivo va a sentirse culpable en bastantes ocasiones, se observa esta sintomatología a la edad de 17 años con un porcentaje de 75.0 % y que se sienten culpables en la mayoría de las ocasiones a los 16 años con 62.5 %, estas cifras muestran porcentajes significativos, en cuanto a como se sienten los sujetos luego de la tentativa de suicidio.

SENTIMIENTO DE CULPA CON RELACIÓN AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Sentimiento de Culpa	No me siento especialmente culpable	12,5%		6,3%
	Me siento culpable en bastantes ocasiones	75,0%	25,0%	50,0%
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	12,5%	75,0%	43,8%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.15 (Fuente: Elaboración propia)

En el cuadro 4.1.15 se observa que el sentimiento de culpa en bastantes ocasiones y en la mayoría de las ocasiones se encuentra presenta en ambos sexos con 75.0 %, datos significativos, que van a enriquecer nuestro estudio.

DISGUSTO CONSIGO MISMO CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Disgusto consigo mismo	No estoy descontento de mi mismo	40,0%	12,5%	12,5%		12,5%
	Estoy descontento de mi mismo	40,0 %	50, 0%	62, 5%	54, 5%	53,1%
	Estoy a disgusto conmigo mismo	20,0%	37,5%	12,5%	45,5%	31,3%
	Me detesto			12,5%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.16 (Fuente: Elaboración propia)

Observamos en éste cuadro, el disgusto consigo mismo en los sujetos depresivos suicidas con relación a la edad muestra que a la edad de 17 años con un porcentaje de 62.5 %, y a los 18 años un 54.5 %, estos son datos igual de importantes.

DISGUSTO CONSIGO MISMO CON RELACIÓN AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenim o	masculin o	
		Col %	Col %	Col %
Disgusto consigo mismo	No estoy descontento de mi mismo	18,8%	6,3%	12,5%
	Estoy descontento de mi mismo	56,3%	50,0%	53,1%
	Estoy a disgusto conmigo mismo	25,0%	37,5%	31,3%
	Me detesto		6,3%	3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.17 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.1.17 muestra uno de los criterios importantes para el diagnóstico de depresión como es el disgusto consigo mismo con relación al sexo, donde el dato más significativo esta en el sexo femenino con 56.3 %, aunque no muy lejos esta el sexo opuesto con 50.0 %, cifras que son consideradas importante para el propósito del estudio.

DESEO DE ESCAPAR CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Deseo de Escapar	No tengo ningún pensamiento de suicidio	20,0%	12,5%		9,1%	9,4%
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo hare	60,0%	50,0%	62,5%	63,6%	59,4%
	Desearía poner fin a mi vida	20,0%	37,5%	37,5%	18,2%	28,1%
	Me suicidaría si tuviese oportunidad				9,1%	3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.18 (Fuente: Elaboración propia)

El Cuadro 4.1.18 muestra la frecuencia de pensamientos de muerte o ideas suicidas, luego de una tentativa de suicidio, persiste más en la edad de 18 años con un 63.6 % y con 62.5 % la edad de 17 años, la edad de 15 años con 60.0 %; dando índices significativos y alarmantes, porque son sujetos de alto riesgo al reintentó.

DESEO DE ESCAPAR DE ACUERDO AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Deseo de Escapar	No tengo ningún pensamiento de suicidio	12,5%	6,3%	9,4%
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo hare	68,8%	50,0%	59,4%
	Desearía poner fin a mi vida	12,5 %	43,8%	28,1%
	Me suicidaría si tuviese oportunidad	6,3%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.19 (Fuente: Elaboración propia)

En este cuadro se puede ver que el deseo de escapar o la idea de muerte o suicidio es importante dentro de los criterios clínicos de depresión, esto con relación al sexo, donde el sexo femenino con 68.8 %, piensa con más frecuencia en la muerte o suicidio, el sexo masculino con un porcentaje de 50.0 %, también piensa lo mismo, datos muy significativos para nuestro estudio.

BAJO RENDIMIENTO EN EL NIVEL DE ACTIVIDAD CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Bajo Rendimiento en el Nivel de Actividad	Trabajo igual que antes	60,0%	25,0%		27,3%	25,0%
	Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar a hacer algo		75,0%	75,0%	72,7%	62,5%
	Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo	20,0%		25,0%		9,4%
	Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	20,0%				3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.20 (Fuente: Elaboración propia)

En el Cuadro 4.1.20 se puede ver el bajo rendimiento en el nivel de actividad, este criterio clínico corresponde al diagnóstico de depresión y se encuentra presente con un índice significativo en las edades de 16 y 17 años, ambos con el mismo porcentaje de 75.0 %, y con 72.7 % en la edad de 18 años, datos considerados significativos.

BAJO RENDIMIENTO EN EL NIVEL DE ACTIVADA DE ACUERDO AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Bajo Rendimiento en el Nivel de Actividad	Trabajo igual que antes	18,8%	31,3%	25,0%
	Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar a hacer algo	56,3%	68,8%	62,5%
	Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo	18,8%		9,4%
	Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	6,3%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.21 (Fuente: Elaboración propia)

El Cuadro 4.1.21 muestra la sintomatología de bajo rendimiento en el nivel de actividad con relación al sexo, dando un porcentaje de 68.8 % en el sexo masculino y 56.3 % en el sexo femenino.

ALTERACIONES DEL SUEÑO CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Alteraciones del Sueño	Duermo tan bien como siempre	20,0%	25,0%		18,2%	15,6%
	No duermo tan bien como antes	40,0%	75,0%	62,5%	81,8%	68,8%
	Despierto 1-2 hs. antes de lo habitual y ya me cuesta dormir	20,0%		37,5%		12,5%
	Me despierto varias hs. antes de lo habitual y ya no duermo	20,0%				3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.22 (Fuente: Elaboración propia)

El Cuadro 4.1.22 muestra que las alteraciones del sueño, es un síntoma importante de la depresión y los índices confirman la presencia de éste síntoma según la edad con un porcentaje significativo del 81.8 % a la edad de 18 años y a los 16 años el porcentaje de 75.0, señalando que no duermen tan bien como antes.

ALTERACIONES DEL SUEÑO CON RELACIÓN AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Alteraciones del Sueño	Duermo tan bien como siempre	12,5%	18,8%	15,6%
	No duermo tan bien como antes	62,5%	75,0%	68,8%
	Despierto 1-2 hs. antes de lo habitual y ya me cuesta dormir	18,8%	6,3%	12,5%
	Me despierto varias hs. antes de lo habitual y ya no duermo	6,3%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.23

(Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.1.23 muestra alteraciones del sueño con relación al sexo, dando resultados interesantes respecto a que el sexo masculino con un 75.0 % presenta éste síntoma y en el sexo femenino se presenta con un 62.5 %, estos datos son importantes para la investigación.

ENLENTECIMIENTO MOTOR CON RELACIÓN A LA EDAD

	Edad en años				Table Total
	15	16	17	18	
	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Enlentecimiento Motor					
No me siento más cansado de lo normal	20,0%	25,0%	25,0%	27,3%	25,0%
Me canso más que antes	60,0%	62,5%	37,5%	54,5%	53,1%
Me canso en cuanto hago cualquier cosa	20,0%	12,5%	25,0%	18,2%	18,8%
Estoy demasiado cansado para hacer nada			12,5%		3,1%
Table Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.24 (Fuente: Elaboración propia)

Este cuadro muestra otro de los síntomas para el diagnóstico de depresión como es el enlentecimiento motor, significa que el sujeto ya no realiza el trabajo habitual, sino le cuesta, debido a la lentitud y el desgano con que lo realiza, esto con relación a la edad se presenta con mayor frecuencia a los 16 años con un porcentaje de 62.5 % y a los 15 años con un porcentaje de 60.0 %.

ENLENTECIMIENTO MOTOR CON RELACIÓN AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Enlentecimiento Motor	No me siento más cansado de lo normal	25,0%	25,0%	25,0%
	Me canso más que antes	43,8%	62,5%	53,1%
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa	25,0%	12,5%	18,8%
	Estoy demasiado cansado para hacer nada	6,3%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.25 (Fuente: Elaboración propia)

Este cuadro muestra enlentecimiento motor, síntoma de la depresión con relación al sexo, con 62.5 % el índice más significativo en el sexo masculino.

ALTERACIONES DEL APETITO CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad en años				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Alteraciones del Apetito	Mi apetito no ha disminuido	40,0%	37,5%	12,5%	54,5%	37,5%
	No tengo tan buen apetito como antes	40,0%	50,0%	62,5%	45,5%	50,0%
	Ahora tengo mucho menos apetito	20,0%	12,5%	25,0%		12,5%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.26 (Fuente: Elaboración propia)

El Cuadro 4.1.26 muestra disminución o pérdida del apetito, otro síntoma fisiológico para el diagnóstico de depresión y los resultados indican que éste síntoma se encuentra a los 17 años más significativamente con un porcentaje de 62.5 % y a los 16 años con 50.0 %, estos datos son importantes en la elaboración de resultados finales.

ALTERACIONES DEL APETITO CON RELACIÓN AL SEXO

		sexo		Table Total
		femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %
Alteraciones del Apetito	Mi apetito no ha disminuido	25,0%	50,0%	37,5%
	No tengo tan buen apetito como antes	50,0%	50,0%	50,0%
	Ahora tengo mucho menos apetito	25,0%		12,5%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.27 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.1.27 muestra alteraciones del apetito, síntoma presente en el diagnóstico de depresión, esto con relación al sexo, con iguales índices cuantitativos del 50.0 % en ambos sexos.

		Edad en años				sexo		Table Total
		15	16	17	18	femenino	masculino	
		Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
Pérdida de Interés ó Motivación	Las cosas me satisfacen tanto como antes		12,5%	12,5%		12,5%		6,3%
	No disfruto de las cosas tanto como antes	80,0%	87,5%	75,0%	90,9%	75,0%	93,8%	84,4%
	Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas			12,5%			6,3%	3,1%
Sentimiento de Tristeza	Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	20,0%			9,1%	12,5%		6,3%
	No me siento triste		12,5%			6,3%		3,1%
	Me siento triste	100,0%	62,5%	75,0%	63,6%	62,5%	81,3%	71,9%
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo		25,0%	25,0%	27,3%	25,0%	18,8%	21,9%
Estado de Animo Anormalmente Disminuido	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportar				9,1%	6,3%		3,1%
	No me siento especialmente desanimado de cara al futuro		25,0%		9,1%	18,8%		9,4%
	Me siento desanimado de cara al futuro	80,0%	50,0%	62,5%	81,8%	56,3%	81,3%	68,8%
Alteraciones del Sueño	Siento que no hay nada por lo que luchar	20,0%	25,0%	37,5%	9,1%	25,0%	18,8%	21,9%
	Duermo tan bien como siempre	20,0%	25,0%		18,2%	12,5%	18,8%	15,6%
	No duermo tan bien como antes	40,0%	75,0%	62,5%	81,8%	62,5%	75,0%	68,8%
	Despierto 1-2 hs. antes de lo habitual y ya me cuesta dormir	20,0%		37,5%		18,8%	6,3%	12,5%
	Me despierto varias hs. antes de lo habitual y ya no duermo	20,0%				6,3%		3,1%
Bajo Rendimiento en el Nivel de Actividad	Trabajo igual que antes	60,0%	25,0%		27,3%	18,8%	31,3%	25,0%
	Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar a hacer algo		75,0%	75,0%	72,7%	56,3%	68,8%	62,5%
	Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo	20,0%		25,0%		18,8%		9,4%
	Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	20,0%				6,3%		3,1%
Deseo de Escapar	No tengo ningún pensamiento de suicidio	20,0%	12,5%		9,1%	12,5%	6,3%	9,4%
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo hare	60,0%	50,0%	62,5%	63,6%	68,8%	50,0%	59,4%
	Desearía poner fin a mi vida	20,0%	37,5%	37,5%	18,2%	12,5%	43,8%	28,1%
	Me suicidaría si tuviese oportunidad				9,1%	6,3%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.1.28 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.1.28 muestra datos con los resultados más significativos del Inventario de Depresión de Beck (**BDI**), estos resultados se obtuvieron a través del análisis factorial, este es un análisis completo que se realiza relacionando todas las variables, dando como resultado los datos más significativos por su frecuencia cuantitativa en forma descendente, es decir, se muestran los porcentajes más altos; éste cuadro muestra los datos elegidos a través del análisis factorial de los diferentes criterios para el diagnóstico de depresión con relación a la edad y al sexo. Estos resultados son de gran importancia para nuestra investigación.

Cabe hacer notar que de los 21 ítems, solo se toman en cuenta en este cuadro 6 ítems por ser los más representativos según el análisis factorial.

4.2 ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

El Cuestionario de Pensamientos Automáticos se elaboró, tomando en cuenta los 14 pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas que plantea Beck (1986), de un estudio que realizó en sujetos suicidas deprimidos. El cuestionario consta de 42 ítems, cada pensamiento irracional contiene tres opciones que van aleatoriamente dispuestas en el cuestionario para obtener resultados válidos y confiables. El estudio cuenta con 32 sujetos de estudio de 15 a 18 años (4 sujetos por cada edad), es decir, 16 sujetos del sexo femenino y 16 sujetos del sexo masculino, las pruebas se las realizaron a los sujetos aproximadamente a las 24 horas de su ingreso al Servicio de Emergencias cuando son transferidos al Pabellón Británico para continuar con el tratamiento.' Cabe hacer notar que la calificación en el análisis de resultados se toman en cuenta las cantidades que indican PI presente = 5 y PI presente = 6, ya que estos resultados muestran la presencia de pensamientos irracionales y no son tomados en cuenta los porcentajes de PI presente = 3 y 4 que son menores a 5.

POLARIZACIÓN CON RELACIÓN A LA EDAD

	Edad				Table Total
	15	16	17	18	
	Col %				
Polarización PI presente = 3	20,0%	12,5%	12,5%	9,1%	12,5%
PI presente = 4		37,5%	12,5%	9,1%	15,6%
PI presente = 5	60,0%	50,0%	37,5%	54,5%	50,0%
PI presente = 6	20,0%		37,5%	27,3%	21,9%
Table Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.1 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.2.1 presenta el pensamiento irracional de polarización que se refiere a la tendencia que tienen muchos sujetos de evaluar de una manera dicotómica el mundo, esto para comprender mejor con relación a la edad, muestra que a los 18 años se encuentra presente con un porcentaje de 81.8 %, y a los 15 años con un 80.0 %, también se considera la edad de 17 años como dato importante ya que se observa un porcentaje significativo de 75.0.

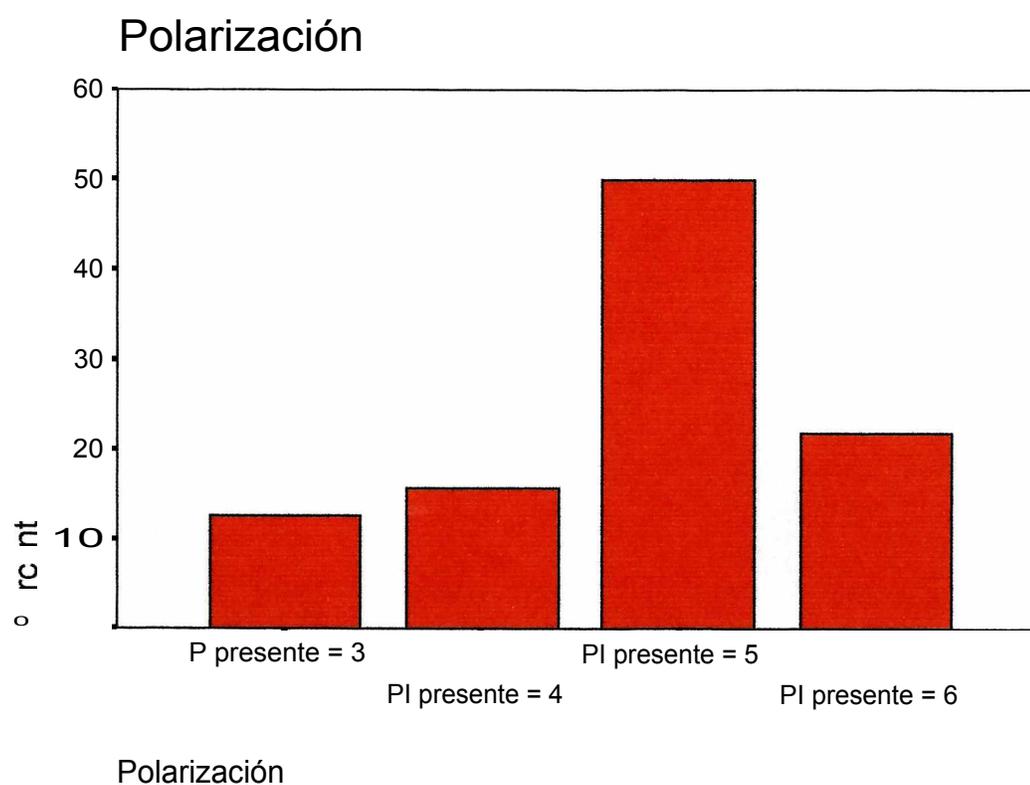


GRÁFICO 4.4 (Fuente: Elaboración propia)

En el gráfico podemos ver más claramente la explicación anterior.

POLARIZACIÓN CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenino	Masculino	
		Col %	Col %	Col %
Polarización	PI presente = 3	12,5%	12,5%	12,5%
	PI presente = 4	12,5%	18,8%	15,6%
	PI presente = 5	50,0%	50,0%	50,0%
	PI presente = 6	25,0%	18,8%	21,9%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.2 (Fuente: Elaboración propia)

En este cuadro se observa el pensamiento irracional (polarización) con relación al sexo, presente más significativamente en el sexo femenino con un porcentaje de 75.0 %, es decir, sumamos los resultados que dan 5 y 6 que indican que existen pensamientos irracionales y en el sexo opuesto procedemos de la misma forma obteniendo como porcentaje 68.8 %, datos que son muy valiosos para la investigación.

VISIÓN CATASTRÓFICA CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %				
Visión Catastrófica	PI presente = 3		12,5%	12,5%		6,3%
	PI presente = 4	40,0%	12,5%	37,5%	36,4%	31,3%
	PI presente = 5	40,0%	75,0%	50,0%	45,5%	53,1%
	PI presente = 6	20,0%			18,2%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.3 (Fuente: Elaboración propia)

Este cuadro muestra que el adolescente presenta pensamiento de visión catastrófica luego de la tentativa de suicidio, es decir, que tiende a exagerar sistemáticamente sus dificultades esto con relación a la edad se encuentra presente en los 16 años con 75.0 %, en los 18 años con 63.7 % y en los 15 años con un porcentaje de 60.0 %. Estos porcentajes son importantes para nuestro estudio.

VISIÓN CATASTRÓFICA CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenin o	Masculin o	
		Col %	Col %	Col %
Visión Catastrófica	PI presente = 3	6,3%	6,3%	6,3%
	pi presente = 4	43,8%	18,8%	31,3%
	PI presente = 5	43,8%	62,5%	53,1%
	PI presente = 6	6,3%	12,5%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.4 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.2.4 muestra que el pensamiento irracional visión catastrófica con relación al sexo, se encuentra presente con mayor porcentaje en el sexo masculino con 75.0 % y en el sexo opuesto con 50.1 %.

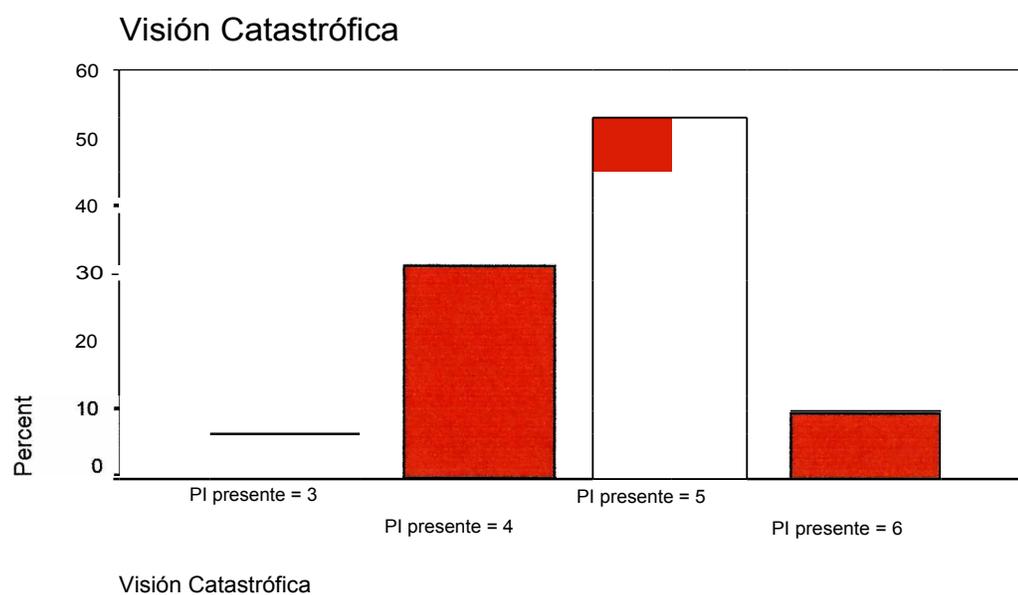


GRAFICO 4.2.5 (Fuente: Elaboración propia)

Gráficamente se puede comprender mejor la explicación del cuadro anterior.

SOBREGENERALIZACIÓN CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %				
Sobre generalización	PI presente = 3			12,5%	9,1%	6,3%
	PI presente = 4		37,5%	50,0%	45,5%	37,5%
	PI presente = 5	100,0%	50,0%	25,0%	36,4%	46,9%
	PI presente = 6		12,5%	12,5%	9,1%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.6 (Fuente: Elaboración propia)

El presente cuadro muestra que se encuentra presente el pensamiento irracional de sobregeneralización, donde los sujetos tienen a menudo la tendencia de sacar conclusiones generales sobre la base de acontecimientos aislados, esto con relación a la edad se ve que a los 15 años esta presente con el 100% y a los 16 años con un porcentaje de 62.5, haciendo notar siempre que sumamos los porcentajes presentes en 5 y 6, ya que estos indican la presencia de éste pensamiento irracional.

SOBREGENERALIZACIÓN CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenino	Masculino	
		Col %	Col %	Col %
Sobre generalización	PI presente = 3	6,3%	6,3%	6,3%
	pi presente = 4	43,8%	31,3%	37,5%
	PI presente = 5	37,5%	56,3%	46,9%
	PI presente = 6	12,5%	6,3%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.7 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro muestra la presencia del pensamiento irracional de sobre generalización con relación al sexo, presente en el sexo masculino con 62.6 % y con 50.0 % en el sexo opuesto, este datos son significativos para nuestro estudio.

PENSAMIENTOS IRRACIONALES CON RELACIÓN AL SEXO

	Sexo					
	Femenino			Masculino		
	Polarización	Visión Catastrófica	Sobre generalización	Polarización	Visión Catastrófica	Sobre generalización
	%	%	%	%	%	%
PI presente = 3	12,5%	6,3%	6,3%	12,5%	6,3%	6,3%
PI presente = 4	12,5%	43,8%	43,8%	18,8%	18,8%	31,3%
PI presente = 5	50,0%	43,8%	37,5%	50,0%	62,5%	56,3%
PI presente = 6	25,0%	6,3%	12,5%	18,8%	12,5%	6,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.8 (Fuente: Elaboración propia)

El siguiente cuadro muestra los 3 pensamientos irracionales más frecuentes utilizados por los sujetos depresivos suicidas: Polarización, Visión Catastrófica y Sobre generalización con relación al sexo. Polarización persiste tanto en el sexo femenino con 75.0 %, como en el sexo masculino con 68.8 %. Visión Catastrófica presente en ambos sexos, en mujeres con 50.1 % y en varones con 75.0 %. Sobre generalización presente en el sexo femenino con un porcentaje de 50.0 % y en el sexo opuesto el porcentaje es 62.6 %, se realizó este cruce de variables, porque que según la literatura estos son los pensamientos irracionales más frecuentemente utilizados por los seres humanos y por los sujetos suicidas.

INFERENCIA ARBITRARIA CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %				
Inferencia Arbitraria	No Existe PI	40,0%	25,0%	12,5%		15,6%
	No Existe PI	40,0%	37,5%	25,0%	36,4%	34,4%
	Si Existe PI	20,0%	37,5%	50,0%	54,5%	43,8%
	Si Existe PI			12,5%	9,1%	6,3%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.9 (Fuente: Elaboración propia)

Para comprender mejor la presencia de los pensamientos irracionales en los siguientes cuadros, **se cambio el formato de PI presente =3, 4, 5 y 6, por No Existe y Si Existe, refiriéndonos a la presencia de los pensamientos irracionales.** En este cuadro observamos que a los 18 años esta presente el pensamientos irracional inferencia arbitraria, con 63.6 % y a los 17 años con un porcentaje de 62.5 %, en los sujetos suicidas.

INFERENCIA ARBITRARIA CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenino	Masculino	
		Col %	Col %	Col %
Inferencia Arbitraria	No Existe PI	25,0%	6,3%	15,6%
	No Existe PI	37,5%	31,3%	34,4%
	Si Existe PI	31,3%	56,3%	43,8%
	Si Existe PI	6,3%	6,3%	6,3%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.10 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.2.10 muestra la presencia del pensamiento irracional Inferencia Arbitraria que se refiere a la tendencia a obtener conclusiones arbitrarias y negativas en ausencia o en contradicción directa de las pruebas existentes, esto con relación al sexo muestra al sexo masculino con un porcentaje de 62.6 %, muestra significativa para la investigación, no tomamos en cuenta los porcentajes menores al 50.0%.

RAZONAMIENTO EMOCIONAL CON RELACIÓN A LA EDAD

	Edad				Table Total	
	15	16	17	18		
	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	
Razonamiento Emocional	No Existe PI			27,3%	9,4%	
	No Existe PI	20,0%	50,0%	25,0%	36,4%	34,4%
	Si Existe PI	80,0%	50,0%	62,5%	36,4%	53,1%
	Si Existe PI			12,5%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.11 (Fuente: Elaboración propia)

Este pensamiento irracional con relación a la edad se encuentra presente con mayor porcentaje en la edad de 15 años con 80.0 %, a la edad de 17 años con 75.0 % y a los 16 años con 50.0 %, estos datos son muy importantes por su frecuencia y que servirán para fortalecer la investigación. El Razonamiento Emocional se refiere a adoptar las emociones propias como prueba del estado de las cosas, siguiendo una lógica "yo siento; por lo tanto yo soy".

RAZONAMIENTO EMOCIONAL CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenino	Masculino	
		Col %	Col %	Col %
Razonamiento Emocional	No Existe PI	6,3%	12,5%	9,4%
	No Existe PI	25,0%	43,8%	34,4%
	Si Existe PI	62,5%	43,8%	53,1%
	Si Existe PI	6,3%		3,1%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.12 (Fuente: Elaboración propia)

En éste cuadro se puede observar que el pensamiento irracional llamado razonamiento emocional con relación al sexo, se encuentra presente con mayor porcentaje en el sexo femenino con 68.8 %, dato significativo para el propósito de la investigación.

MEDIADORES "DEBERÍA" CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %				
Mediadores "Debería"	No Existe PI				9,1%	3,1%
	No Existe PI		25,0%	25,0%	36,4%	25,0%
	Si Existe PI	80,0%	75,0%	62,5%	45,5%	62,5%
	Si Existe PI	20,0%		12,5%	9,1%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.13 (Fuente: Elaboración propia)

El pensamiento irracional conocido con el nombre de Mediadores "Debería", se refiere a que el sujeto no es capaz de lograr lo que debería, esto con referencia a la edad, se puede ver que a los 15 años se encuentra con 100.0 %, a los 16 y 17 años con 75.0 % y a los 18 años con 54.6 %, considerados datos importantes.

MEDIADORES "DEBERÍA" CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenino	Masculino	
		Col %	Col %	Col %
Mediadores "Debería"	No Existe PI	6,3%		3,1%
	No Existe PI	12,5%	37,5%	25,0%
	Si Existe PI	68,8%	56,3%	62,5%
	Si Existe PI	12,5%	6,3%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.14 (Fuente: Elaboración propia)

Este pensamiento irracional con relación al sexo, se presenta significativamente en el sexo femenino con 81.3 % y en el sexo masculino con 62.6 %, éstos datos sirven para la consistencia de la investigación, ya que son significativos.

ETIQUETAS GLOBALES CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %				
Etiquetas Globales	No Existe PI	20,0%	12,5%	12,5%	27,3%	18,8%
	No Existe PI		25,0%	25,0%	45,5%	28,1%
	Si Existe PI	80,0%	37,5%	62,5%	18,2%	43,8%
	Si Existe PI		25,0%		9,1%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.15 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.2.15 muestra el pensamiento irracional llamado etiquetas globales, esto se refiere a que los sujetos están etiquetando constantemente a los demás, esto relacionado con la edad se encuentra presente con mayor porcentaje en los 15 años con 80.0 % y a los 16 y 17 años con el mismo porcentaje de 62.5 %, estos son datos igual de importantes para nuestro estudio.

ETIQUETAS GLOBALES CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenino	Masculino	
		Col %	Col %	Col %
Etiquetas Globales	No Existe PI	31,3%	6,3%	18,8%
	No Existe PI	18,8%	37,5%	28,1%
	Si Existe PI	43,8%	43,8%	43,8%
	Si Existe PI	6,3%	12,5%	9,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.16 (Fuente Elaboración propia)

En el cuadro 4.2.16 se puede ver la relación pensamiento irracional (etiquetas globales) con sexo, dando un porcentaje de 56.3 % en el sexo masculino y en el sexo opuesto 50.1 %, considerados como resultados significativos para la conclusión de la investigación.

PERSONALIZACIÓN CON RELACIÓN A LA EDAD

	Edad				Table Total
	15	16	17	18	
	Col %				
Personalización No Existe PI			12,5%	9,1%	6,3%
No Existe PI	40,0%	25,0%	25,0%	18,2%	25,0%
Si Existe PI	60,0%	37,5%	25,0%	18,2%	31,3%
Si Existe PI		37,5%	37,5%	54,5%	37,5%
Table Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.17 (Fuente: Elaboración propia)

El pensamiento irracional (personalización), se refiere a que el sujeto toma acontecimientos que no tienen nada que ver con uno mismo para hacerlos personalmente significativos, esto en relación con la edad se presenta con mayor incidencia a los 16 años con 74.0 %, a los 18 años con un porcentaje de 72.7 %, a los 17 años con 62.5 % y a los 15 años con 60.0 %.

PERSONALIZACIÓN CON RELACIÓN AL SEXO

	Sexo		Table Total
	Femenin o	Masculin o	
	Col %	Col %	Col %
Personalización No Existe PI		12,5%	6,3%
No Existe PI	6,3%	43,8%	25,0%
Si Existe PI	37,5%	25,0%	31,3%
Si Existe PI	56,3%	18,8%	37,5%
Table Total	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.18 (Fuente: Elaboración propia)

Este cuadro muestra Personalización con relación al sexo presente, en el sexo femenino con un porcentaje del 93.8 % del total de la muestra, no se toma en cuenta al sexo opuesto por presentar porcentajes menores al 50.0 %.

PENSAMIENTO COMPARATIVO CON RELACIÓN A LA EDAD

	Edad				Table Total
	15	16	17	18	
	Col %				
Pensamiento No Existe PI		12,5%	25,0%		9,4%
Comparativo No Existe PI	40,0%	12,5%	25,0%	27,3%	25,0%
Si Existe PI	20,0%	37,5%	25,0%	36,4%	31,3%
Si Existe PI	40,0%	37,5%	25,0%	36,4%	34,4%
Table Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.19 (Fuente: Elaboración propia)

El pensamiento comparativo es otro pensamiento irracional que se encuentra presente en el sujeto depresivo suicida, esto se refiere a que este tipo de pensamiento sólo existe en su perspectiva cuando se comparan a sí mismos con otros, se carece de autoestima, esto con relación a la edad presenta porcentajes significativos en la edad de 16 años con 74.0 %, a los 18 años con 72.8 %, a los 15 años con 60.0 % y a los 15 años con 50.0 %, representando los porcentajes más significativos que van a servir en la elaboración de las conclusiones.

PENSAMIENTO COMPARATIVO CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenin o	Masculin o	
		Col %	Col %	Col %
Pensamiento Comparativo	No Existe PI	6,3%	12,5%	9,4%
	No Existe PI	25,0%	25,0%	25,0%
	Si Existe PI	25,0%	37,5%	31,3%
	Si Existe PI	43,8%	25,0%	34,4%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.20 (Fuente: Elaboración propia)

El pensamiento comparativo prevalece en el sexo femenino con un 68.8 % y en el sexo opuesto esto se muestra con el siguiente porcentaje de 62.5 %, datos que servirán para nuestro estudio.

FALACIA DE JUSTICIA CON RELACIÓN A LA EDAD

		Edad				Table Total
		15	16	17	18	
		Col %				
Falacia de Justicia	No Existe PI	20,0%	37,5%	37,5%	18,2%	28,1%
	Si Existe PI	60,0%	50,0%	50,0%	63,6%	56,3%
	Si Existe PI	20,0%	12,5%	12,5%	18,2%	15,6%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.21 (Fuente: Elaboración propia)

El cuadro 4.2.21 muestra el pensamiento irracional llamado falacia de justicia, esto se refiere a que la vida debería ser justa o de que las buenas cosas llegan a quien espera (o sufre) llega a ser para muchos sujetos, la base de sus dificultades; esto con relación a la edad, presenta un porcentaje significativo de 81.8 % en los 18 años, en los 15 años un porcentaje de 80.0 % y a los 16 y 17 años con 62.5 %, datos significativos que fortalecerán nuestro estudio.

FALACIA DE JUSTICIA CON RELACIÓN AL SEXO

		Sexo		Table Total
		Femenino	Masculino	
		Col %	Col %	Col %
Falacia de Justicia	No Existe PI	31,3%	25,0%	28,1%
	Si Existe PI	50,0%	62,5%	56,3%
	Si Existe PI	18,8%	12,5%	15,6%
Table Total		100,0%	100,0%	100,0%

CUADRO 4.2.22 (Fuente: Elaboración propia)

En el Cuadro 4.2.22 se observa que este pensamiento irracional es utilizado con frecuencia por el sexo masculino con un porcentaje de 74.0 % y en el sexo femenino con 68.8 %, datos significativos que ayudarán en la elaboración de las conclusiones.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados y al análisis de contenido respecto a las variables en estudio se llega a las siguientes conclusiones:

Los Pensamientos Irracionales o Distorsiones Cognitivas con la ayuda del Cuestionario de Pensamientos Automáticos que contiene 14 Pensamiento Irracionales más frecuentes, se obtienen los siguientes resultados haciendo un Análisis Factorial se extraen los datos más significativos de acuerdo a la incidencia: Polarización, Mediadores Debería, Falacia de Justicia, Personalización, Pensamiento Comparativo, Visión Catastrófica, Sobre generalización y Razonamiento Emocional, 8 son los pensamientos irracionales más significativos obtenidos a través del análisis factorial.

Sobre la base de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos se ha creado la siguiente tabla que muestra los pensamientos irracionales específicos de acuerdo al sexo y la edad.

PENSAMIENTOS IRRACIONALES MÁS FRECUENTES CON RELACIÓN AL SEXO Y LA EDAD

PENSAMIENTO IRRACIONAL	SEXO	EDAD
Polarización	Femenino	15 y 18 años
Mediadores Debería	Femenino	15 y 17 años
Falacia de Justicia	Masculino	15 y 18 años
Personalización	Femenino	16 y 18 años
Pensamiento Comparativo	Femenino	16 y 18 años
Visión Catastrófica	Masculino	16 y 17 años
Sobre generalización	Masculino	15 y 16 años
Razonamiento Emocional	Femenino	15 y 17 años

Las conclusiones referentes al Cuestionario de Pensamientos Irracionales muestran en el cuadro que el sexo femenino tiene mayor incidencia respecto al sexo masculino y en cuanto a las edades las más frecuentes están resaltadas.

Con la ayuda de los instrumentos se concluye que los pensamientos irracionales de los adolescentes de 15 a 18 años depresivos con intento de suicidio, se centran frecuentemente en temas específicos de vulnerabilidad a la pérdida, el abandono y a su incapacidad o desmerecimiento de amor. Estos pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas pueden estar latentes durante mucho tiempo y luego activarse en cualquier momento por determinados acontecimientos vitales específicos; estos se basan en las experiencias vitales y en las percepciones del adolescente, pueden ser muy personales e idiosincrásicos y se activan mediante acontecimientos externos que pueden ser similares a su experiencia.

Con ayuda del Inventario de Depresión de Beck (BDI), se ha podido determinar que continúan los niveles de depresión en los adolescentes después de la tentativa de suicidio. El nivel de depresión más significativo por su frecuencia es la depresión moderada en ambos sexos, pero con mayor incidencia en el sexo masculino. Según la edad, el nivel de depresión moderada esta en adolescentes del sexo femenino de 15 años de edad y en el sexo masculino se da éste nivel de depresión a los 18 años.

En cuanto a los criterios clínicos para el diagnóstico de depresión, según el Inventario de Depresión de Beck, los más frecuentes por su alta incidencia de acuerdo al Análisis Factorial realizado y tomando en cuenta solo los porcentajes con mayor incidencia y son los siguientes: Pérdida de interés o motivación, Sentimiento de tristeza, Estado de ánimo disminuido, Alteraciones del sueño, Bajo rendimiento en el nivel de actividad, Deseo de escapar o ideas de muerte o suicidio, Enlentecimiento motor, Autoestima disminuido, Sentimiento de culpa, Alteraciones del apetito; de los 21 ítems que presenta este Inventario solo 10 son los ítems más significativos, por lo que estos van a ser tomados en cuenta en las conclusiones de nuestro estudio.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA CON RELACIÓN AL SEXO Y LA EDAD

SINTOMATOLOGIA	SEXO	EDAD
Pérdida de Interés o Motivación	Masculino	15 y 17 años
Sentimiento de Tristeza	Masculino	15 , 16, 17 y 18 años
Estado de ánimo disminuido	Masculino	15, 17 y 18 años
Alteraciones del Sueño	Femenino	16, 17 y 18 años
Bajo rendimiento en el nivel de actividad	Masculino	16 , 17 y 18 años
Deseo de Escapar Ideas de suicidio	Masculino	15, 17 y 18 años
Autoestima disminuida	Masculino	17 y 18 años
Enlentecimiento Motor	Masculino	15 y 16 años
Sentimiento de Culpa	Masculino	15 y 17 años
Alteraciones del Apetito	Femenino	16 y 17 años

La sintomatología depresiva de acuerdo al sexo y edad se puede ver en la siguiente tabla explicativa, donde se concluye que los criterios de diagnóstico de depresión con mayor frecuencia se da en el sexo masculino que en el sexo opuesto y en cuanto a las edades más significativas éstas se encuentran resaltadas.

Luego de una Tentativa de Suicidio, es el momento propicio de conocer la verdad del caso, ya que las causas determinantes ejercen aún una poderosa influencia y ni el paciente ni su familia han tenido todavía oportunidad de intentar ocultar los verdaderos móviles. Durante la breve estancia de los pacientes en el servicio de urgencia, no se realiza un trabajo psicológico, debido a que el Hospital de Clínicas Universitario no cuenta con el Servicio de Psicología y las interconsultas las derivan al Servicio de Psiquiatra.

Las conclusiones más significativa a las que se llegó por medio de los instrumentos utilizados, es la incidencia tanto de Pensamientos Irracionales específicos como sintomatología depresiva que determinan el nivel de depresión en el que se encuentran los adolescentes de 15 a 18 años de ambos sexos, luego de un intento de suicidio; estos datos son los que corroboran la hipótesis planteada en la investigación.

Para finalizar con las conclusiones tomaremos en cuenta estas palabras que se extractan de la Revista "Salud Mundial", el tema "Suicidio", septiembre 1988 "Todos los estudios sobre este tema coinciden en señalar que es más probable que se quite la vida la persona que ha cometido ya un intento de suicidio que otra que no haya intentado nunca un acto de esa naturaleza. Si las tentativas han sido dos, aumenta considerablemente el riesgo ulterior".

5.1.1. PROPUESTA: TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA

La presente propuesta planteada, surge de los resultados de investigación, que han permitido evidenciar la presencia de pensamientos irracionales específicos, niveles de depresión y sintomatología depresiva específica en adolescentes suicidas.

Se plantea un tratamiento a través de la Terapia Cognitiva aplicada a la conducta suicida, ya que es un enfoque efectivo para el tratamiento de los trastornos depresivos y del suicidio.

Esta terapia desarrollada por Aarón T. Beck (1967, 1973, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), estos incluyen los trabajos de Ellis (1985), Lazarus (1984) y Meichenbaum (1977), consiste en ayudar al sujeto a examinar la manera en que construye y entiende el mundo (cogniciones) y a experimentar con nuevas formas de respuesta (conductual). Comprendiendo la forma idiosincrásica en que el sujeto se percibe a sí, el mundo, la experiencia, y las perspectivas del futuro; pudiendo ayudar al sujeto a modificar las perspectivas negativas y a comportarse más adaptadamente.

PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA

La propuesta planteada, surge de los resultados de las investigaciones realizadas en el Hospital de Clínicas Universitario de La Paz, en adolescentes con intento de suicidio, han permitido evidenciar pensamientos irracionales específicos y niveles de depresión.

Objetivo de la Propuesta

El objetivo primordial de la propuesta es que a través de técnicas cognitivas se logre modificar los pensamientos irracionales que conducen a consecuencias autodestructivas, para evitar reincidencias.

Desarrollo de la Propuesta

Tratamiento Primario: Evaluación

Considerando que la presente investigación se realizó sobre la base de la teoría cognitiva-conductual, se tomará en cuenta los pensamientos irracionales que generaron la conducta igualmente irracional.

1. Se realizará la Valoración Psicológica para conocer antecedentes personales, familiares y patológicos del paciente y también en base a entrevistas se efectuará (rapport) para entablar confianza (empatía) entre psicólogo y paciente.
2. Mediante una introspección, se procederá a que el paciente exprese sus pensamientos negativos, para así aliviar el estado emocional en el que se encuentra.

Tratamiento Secundario: Intervención

En el Centro de Intervención, después del tratamiento somático, Es importante evaluar el riesgo de un reintento de suicidio al paciente deprimido, aplicando el test de Depresión de Aaron T. Beck, el test de pensamientos suicidas de Beck y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos para ver si detectamos síntomas depresivos y pensamiento irracionales presentes.

Síntomas de la depresión (cognitivo):

- La incapacidad para trabajar normalmente
- Indecisión
- Ideas de muerte o suicidio
- Dificultad para concentrarse
- La desesperanza
- Autocrítica

Una vez comprobado que el sujeto está en riesgo de reintento de suicidio, es muy importante intervenir inmediatamente.

Tratamiento Terciario: Tratamiento**Objetivo 1:** Adaptación a la rutina hospitalaria y desarrollar la alianza terapéutica

- Manifestar que el tratamiento puede ayudar.
- Quitar de su alcance los medios que pueda utilizar para auto agredirse como (medicamentos, armas, etc.).

Objetivo 2: Reducir la depresión aplicando técnicas cognitivas y modificar pensamientos irracionales.

- Aliviar el aislamiento haciéndole ver que hay personas que se interesan por él (familiares y otros significantes).
- Comentar la influencia del pensamiento sobre los sentimientos.
- Identificar los pensamientos e ideas que contribuyen a disminuir la autoestima y desafiarlos.
- Conseguir que se enfrente a sus problemas, los acepte, y tenga la capacidad de resolverlos.
- Comentar los pensamientos y sentimientos además de conceptualizar: pérdida,

separación, tristeza, etc.

Reestructurar los pensamientos ilógicos, del paciente en pensamientos lógicos y positivos, a través de técnicas cognitivas.

Objetivo 3: Evitar recaídas

- Establecer los contactos para que el paciente continúe con la terapia después de ser dado de alta.

Cualesquiera sean las medidas que se adopten para reducir la incidencia del suicidio deben tener la finalidad de evitar:

- El desenlace mortal de los actos suicidas.
- La repetición de dichos actos

Los métodos utilizados por los suicidas varían considerablemente de un lugar a otro y cambian con el tiempo. La elección depende, en parte, de los medios disponibles y de la tendencia predominante en un determinado momento.

Se ha señalado el hecho de que el peligro de repetición de una tentativa de suicidio depende de que la anterior haya determinado o no un cambio en las condiciones de vida y el estado mental del paciente.

La asistencia primaria y la labor psicoterapéutica se fundamentan sobre el pensamiento de ambivalencia y sobre el posible significado de búsqueda de ayuda o de impacto sobre los demás por parte del suicida.

Trabajar a través de preguntas utilizando técnicas cognitivas, los pensamientos irracionales negativos que tenga, transformarlos en pensamientos positivos lógicos sin emitir juicios de valor por parte del psicólogo.

Por medio de los siguientes mecanismos:

1. Orientación Psicológica a los pacientes y a familiares sobre el intento de suicidio, sus orígenes, sus consecuencias.

2. Aplicación de test, "Inventario de Depresión de Beck", "Cuestionario de Pensamientos Automáticos" y "Escala de Pensamientos Suicidas de Beck" para medir las diferentes áreas (cognitiva, afectiva, conductual) en los pacientes con intento de suicidio.

3. Aplicación de algunas técnicas cognitivas específicas:
 - Comprensión del significado idiosincrásico
 - Ventajas y Desventajas
 - Opciones alternativas
 - Descatastrofizar
 - Graduación

Tratamiento aplicado:

En la investigación, el tratamiento aplicado se basa en técnicas cognitivas y conductuales: Comprensión del significado idiosincrásico, Ventajas y Desventajas, Opciones Alternativas, Descatastrofizar, y Graduación.

Comprensión del significado idiosincrásico.- Dada la diversidad de significados que tienen las palabras, nadie puede estar seguro de lo que quiere decir el paciente, por lo tanto es fundamental preguntar al paciente directamente sobre el significado de sus verbalizaciones.

Ventajas y Desventajas.- Esto consiste en hacer que el paciente elabore una lista de las ventajas y desventajas de mantener un pensamiento o una conducta particular, así como las ventajas y desventajas al modificarla, podemos ayudar al paciente a lograr una perspectiva más equilibrada y le sirve al paciente a abandonar la posición de todo o nada y le permita explorar posibilidades positivas, con esto se logra que el paciente tenga una perspectiva más adaptativa y razonable.

Opciones Alternativas.- Los pacientes suicidas son el ejemplo más claro que creen haber perdido todas las opciones o que consideran que sus opciones y alternativas son tan limitadas que entre sus escasas posibilidades, la muerte puede ser la más fácil o simple; por lo que se tiene que trabajar con el paciente para generar opciones adicionales, además el terapeuta debe considerar como una opción el suicidio, esto con el fin de evitar distanciamiento con el paciente.

Descatastrofizar.- Se puede ayudar al paciente para que no vea la consecuencia de sus acciones como todo o nada y por lo tanto de forma menos catastrófica, también se le ayuda a evaluar si está sobreestimando la naturaleza catastrófica de la situación, a través de ejemplos.

La **Graduación** es particularmente útil para el paciente que ve las cosas de forma dicotómica. Como los pacientes suicidas se hallan en el punto de los pensamientos y conducta extremas, cualquier movimiento hacia un punto medio puede ser útil.

Lo más importante de toda ésta técnica es enseñarle al paciente a reconocer un pensamiento irracional de un racional, este es uno de los primeros pasos, la identificación de los errores propios del pensamiento.

5.2. RECOMENDACIONES

De acuerdo con la investigación realizada a la problemática del Intento de Suicidio se realizan las siguientes recomendaciones.

Es recomendable efectuar un reconocimiento psicológico y psiquiátrico completo de todos los suicidas atendidos en los servicios médicos de urgencia, a las pocas horas de ser admitidos, para determinar si son reincidentes.

Los servicios médicos de urgencia suelen disponer de los medios necesarios para aplicar los primeros auxilios; pero cuando el paciente se encuentra fuera de peligro se le da de alta y éste vuelve a enfrentarse con la misma situación que le impulsó atentar contra su vida, por tanto el riesgo de suicidio continúa en éstos sujetos que han realizado tentativas suicidas o han amenazado con llevarlas a cabo. Por lo que es necesario y urgente la orientación e información respecto del suicidio y del intento de suicidio a través de la creación del departamento de psicología en el Hospital de Clínicas, donde el psicólogo pueda realizar entrevistas, anamnesia, cuestionario, test, terapias, etc., a los pacientes y cuando se les dé alta continuar la terapia por Consultorio Externo, para evitar reintentos, ya que no es suficiente el trabajo de quimioterapia que realiza el Pabellón de psiquiatría.

Promover en el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, Seminarios, Conferencias y otros orientados al personal médico y paramédico, sobre el tema de la depresión en el suicidio, para tener un buen conocimiento respecto al tema y esto ayude en el tratamiento del paciente.

Se hace imprescindible dar información a la población en general y a los adolescentes en particular, respecto a las sustancias químicas que se emplean para intentar quitarse la vida. En los últimos años, ha habido un aumento importante en los casos de envenenamiento con raticida (órganos fosforados), ya que la venta es indiscriminada, convirtiéndose en un peligro.

Lamentablemente, no existen normas para regular la venta de tóxicos. El porcentaje de estos envenenamientos se podría reducir mediante una fiscalización más estricta de la prescripción y venta de tales productos, el empleo de marcas y etiquetas que facilitasen su identificación y la eliminación en las viviendas de todas las sustancias innecesarias y peligrosas.

A nivel estado, establecer políticas de orientación y educación destinados a proporcionar a los adolescentes formas de afrontamiento y aprender a sobrellevar las frustraciones.

ANEXOS

Anexo 1. LAS DIEZ IDEAS IRRACIONALES BASICAS PROPUESTAS POR (ELLIS A. 1972)

1. Para un adulto, existe la necesidad absoluta de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
2. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
3. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
4. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
5. Hay que ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.
6. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.
7. Es horrible cuando las personas y las cosas no son como uno quisiera que fueran.
8. Hay que sentir miedo y ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
9. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

**Anexo 2. PENSAMIENTOS IRRACIONALES QUE MÁS
COMUNMENTE SE APRECIAN EN LOS SUJETOS
SUICIDAS SEGÚN BECK (1979), BURNS (1980),
FREEMAN, PRETZER, FLEMING Y SIMON 1990**

1. Pensamiento de Todo o Nada (Dicotómico)

Son los pensamientos extremistas.

2. Visión Catastrófica

Tienden a exagerar sistemáticamente sus dificultades.

3. Sobre generalización

Tendencia a sacar conclusiones generales, como resultado de una sola experiencia.

4. Abstracción Selectiva

Basar las conclusiones exclusivamente en detalles sacados del contexto.

5. Inferencia Arbitraria

Sacar conclusiones apresuradas.

6. Magnificación o Minimización

Exageración o reducción de las cosas fuera de las proporciones lógicas.

7. Razonamiento Emocional

Adoptar las emociones propias como prueba del estado de las cosas.

8. Mediadores "Debería" o "Tengo que"

No sentirse capaz de lograr los límites que se ha establecido para sí mismo

9. Calificación y Descalificación

Crear una identidad negativa basada en los errores e imperfecciones de uno mismo, como si esas revelaran la verdad de uno mismo.

10. Personalización

Adoptar las emociones propias como prueba del estado de las cosas.

11. Falacias sobre el Control

Sujeto se descontrola a partir del descontrol emocional del otro.

12. Pensamiento Comparativo

Sujetos que todo el tiempo se comparan con otros sujetos.

13. Descalificar lo positivo

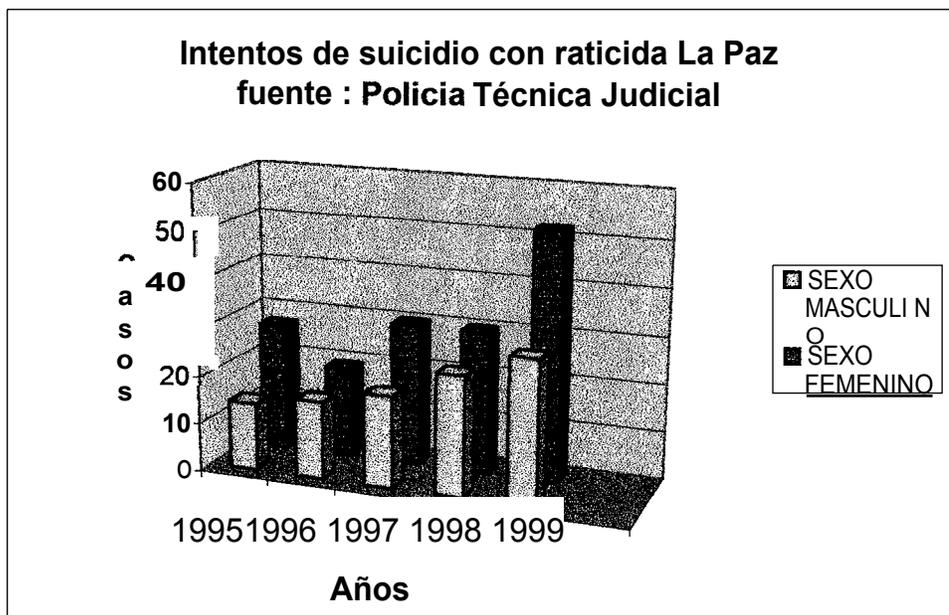
La afirmación clásica que acompaña a este tipo de distorsión es "Sí, pero..."

14. Falacia de justicia

La idea de que la vida debería ser justa o de que las buenas cosas llegan a quien espera (o sufre).

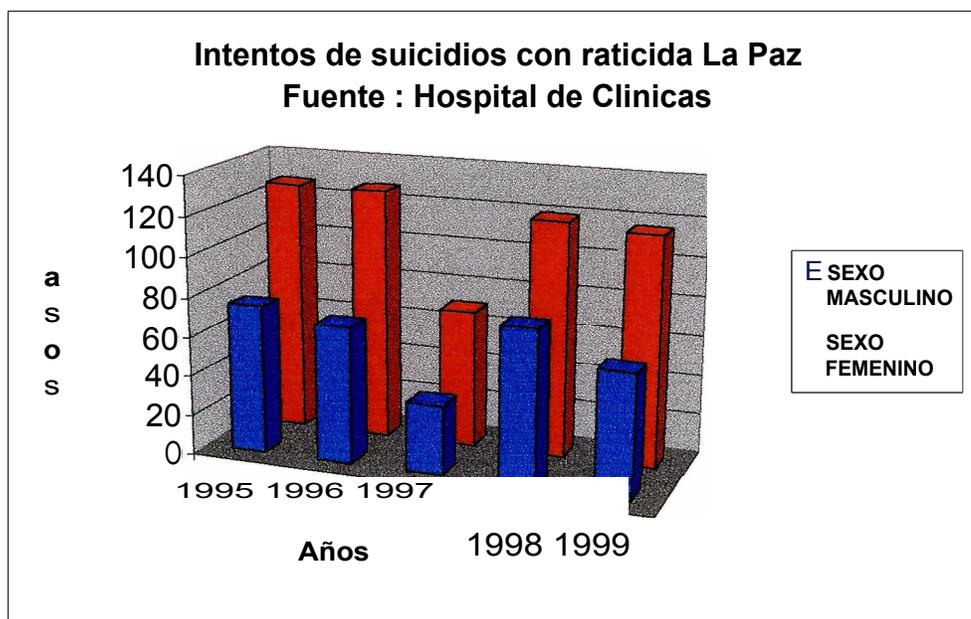
Anexo 3. ESTADISTICA DE LA POLICIA TÉCNICA JUDICIAL 1995 -1999

AÑO	INTENTOS DE SUICIDIO CON RATICIDA 15 -18 AÑOS		SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
	INTENTOS DE SUICIDIO L. P.	AÑOS		
1995	88	41	14	27
1996	95	35	16	19
1997	108	49	19	30
1998	108	55	25	30
1999	144	82	30	52



Anexo 4. ESTADISTICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS UNIVERSITARIO 1995 - 1999

AÑO	INTENTOS DE SUICIDIO	INTENTOS DE SUICIDIO CON RATICIDA 15 -18 AÑOS	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
1995	438	202	75	127
1996	403	196	69	127
1997	257	105	35	70
1998	459	197	78	119
1999	450	184	62	122



Anexo 5. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

EDAD..... SEXO M / F FECHA ____/____/____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que esta a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- | | | |
|---|----|--|
| 1 | ,0 | No me siento triste. |
| | 1 | Me siento triste. |
| | 2 | Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. |
| | 3 | Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. |
| 2 | 0 | No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. |
| | 1 | Me siento desanimado de cara al futuro. |
| | 2 | Siento que no hay nada por lo que luchar. |
| | 3 | El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. |
| 3 | 0 | No me siento como un fracasado. |
| | 1 | He fracasado más que la mayoría de las personas. |
| | 2 | Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro. |
| | 3 | Soy un fracaso total como persona. |
| 4 | 0 | Las cosas me satisfacen tanto como antes. |
| | 1 | No disfruto de las cosas tanto como antes. |
| | 2 | Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas. |
| | 3 | Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo. |

- 5 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 3 Me siento culpable constantemente.
- 6 0 No creo que esté siendo castigado.
 1 Siento que quizá esté siendo castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7 0 No está descontento de sí mismo.
 1 Estoy descontento de mí mismo.
 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
 3 Me detesto.
- 8 0 No se considero peor que cualquier otro.
 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 2 Desearía poner fin a mi vida.
 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10 0 No lloro más de lo normal.
 1 Ahora lloro más que antes.
 2 Lloro continuamente.
 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11 0 No estoy especialmente irritado.
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2 Me siento irritado continuamente.
 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

- 12 0 No he perdido el interés por los demás.
 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 2 He perdido gran parte del interés por los demás.
 3 He perdido todo interés por los demás.
- 13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
 2 Notan cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.
 1 Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16 0 Duermo tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como antes.
 2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
- 17 0 No me siento más cansado de lo normal.
 1 Me canso más que antes.
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.
 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 3 He perdido completamente el apetito.
- 19 0 No he perdido peso últimamente.
 1 He perdido más de 2 Kg. Estoy tratando
 2 He perdido más de 4 Kg. intencionalmente de perder
 3 He perdido más de 7 Kg. peso comiendo menos.
 Sí..... NO.....
- 20 0 No está preocupado por mi salud.
 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de
 estómago o los catarrros.
 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras
 cosas.
 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de
 pensar en otras cosas.
- 21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 3 He perdido totalmente el interés por el sexo.

Anexo 6. CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

EDAD: _____ SEXO: M/F FECHA: ___/___/___

Por favor lea con atención este cuestionario, antes de hacer la elección, señale con un círculo cual de las afirmaciones describe mejor sus sentimientos y pensamientos.

PI	PREGUNTA	S iem- pre	A veces	Casi Nun- ca
12	Siempre estoy pensando que me gustaría ser como otras personas.	2	1	0
8	Frecuentemente pienso que tendría que haber actuado de otra forma.	2	1	0
4	Como alguna vez fui rechazado, sé que no soy bienvenido.	2	1	0
13	Creo que aunque alguna vez me fue bien, por mis errores soy un fracasado.	2	1	0
6	Me equivoco demasiado.	2	1	0
9	Soy incapaz para conseguir mis objetivos en la vida.	2	1	0
11	De los demás y de la suerte depende mi bienestar.	2	1	0
7	Me siento triste y desesperado, por lo tanto mis problemas son imposibles de resolver.	2	1	0
14	Con frecuencia pienso que no es justo lo que me sucede.	2	1	0
12	Con frecuencia me doy cuenta que otros son mejores que yo.	2	1	0
9	Soy un fracasado.	2	1	0
2	Mi vida esta llena de desgracias.	2	1	0
8	Generalmente pienso que debería tener más precaución, siempre me pasa lo mismo.	2	1	0
10	Pienso con frecuencia que soy la causa de las penas de mis seres queridos.	2	1	0
9	Soy un inútil.	2	1	0
1	Nunca puedo resolver mis problemas.	2	1	0
13	Pienso con frecuencia que por mis defectos, mis virtudes no tiene valor.	2	1	0
4	Mis errores me convierten en un inútil.	2	1	0
11	Frecuentemente pienso que lo que me pasa es mi destino.	2	1	0

6	Por mis errores fracasaré en la vida.	2	1	0
3	Nunca cambiarán las cosas malas que me suceden.	2	1	0
2	Generalmente las decisiones que tomo ocasionan desastres.	2	1	0
10	Generalmente pienso que los que me rodean se fijan demasiado en lo que hago y me critican.	2	1	0
5	Antes de hacer algo, pienso en que me irá mal.	2	1	0
7	Me siento culpable, por lo tanto debo ser una mala persona.	2	1	0
3	Siempre me tiene que mentir.	2	1	0
14	Creo que la vida es injusta conmigo.	2	1	0
12	Frecuentemente me desanimo al ver que soy diferente a las personas que admiro.	2	1	0
5	Generalmente pienso que mis seres queridos están decepcionados de mí.	2	1	0
1	Me va mal en todo.	2	1	0
6	Solo me va bien en cosas poco importantes.	2	1	0
13	Sé que me aceptarán en el cargo, pero no creo que pueda desempeñarlo.	2	1	0
3	Siempre me equivoco.	2	1	0
8	Generalmente pienso que debería haber hecho las cosas de forma diferente.	2	1	0
5	Con frecuencia pienso que las personas sienten lástima por mí.	2	1	0
14	Me desanima al ver que la recompensa a tanto sufrimiento no llega.	2	1	0
7	Me siento incapaz, por lo tanto no vale la pena insistir.	2	1	0
2	Mientras viva no podré ser feliz.	2	1	0
10	La mayor parte de los problemas de mí alrededor se deben a mis errores.	2	1	0
4	Cuando en algo me va mal, con frecuencia pienso que mi vida esta mal.	2	1	0
11	Creo que debería hacer que los que más quiero sean felices.	2	1	0
1	Nadie me quiere.	2	1	0

Anexo 7. ANAMNESIS

DATOS GENERALES

Edad

Sexo

Fecha de nacimiento :

Grado de instrucción :

ANTECEDENTES PERSONALES

MOTIVO DE CONSULTA

CRITERIOS CLINICOS PARA DIAGNOSTICAR DEPRESIÓN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA DE LA DEPRESION

- Estado de ánimo disminuido
Ausencia de motivación o interés
Dificultad para sentir placer
- Autoestima disminuida
Alteraciones en el sueño
Pérdida de apetito
Labilidad emocional
Ideas de muerte o suicidio

Anexo 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dr. May A. R., Jefe Regional de Salud Mental 1985, El Suicidio problema mundial, Crónicas de la O.M.S.
2. Cnl. Espíndola Jaime, Sub-comandante de la Policía Técnica Judicial, P.T.J., 1998, Suben los suicidios en La Paz, Periódico Presencia Junio 1998
3. Freemann A., Reinecke M. A., 1995, Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida, Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
4. Beck Aarón, 1983, Teoría de la Depresión, Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
5. Crónicas de la OMS 1980, El Suicidio y los Intentos de Suicidio N° 68
6. Papalia Diane & Wendkos S., 1991, Desarrollo Humano, EDITORIAL Mc. Graw. HILL, España
7. Sheely Gail, 1978, Las Crisis de la edad adulta
8. Rappoport León, 1977, La personalidad del adolescente, EDITORIAL Paidós, Buenos Aires
9. Ellis Albert, Manual de Terapia Racional — Emotiva 1981, Editorial Desclée de Brouwer S.A. BILBAO / España
10. Herman Contreras A., Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio 1984, Salud Pública México Vol. 26
11. Mar Zúñiga S., La Prevención del Suicidio 1979, Trabajo presentado en el V Congreso Mundial de Psiquiatría.

12. Durkheim Emile, Suicidio 1965, Trabajo original publicado en 1897
13. Stengel Erwin, Psicología del suicidio y los intentos suicidas 1965, Editorial Horme
14. Diekstra F. W. R., Suicidio 1985, Salud Mundial Agosto / Septiembre
15. Bellock A., Sandín B., Ramos F., 1995, Manual de Psicopatología Vol. 2. Editorial Mc. Graw HILL / Interamericana de España S.A.
16. Morales Guillén C., Código Penal 1993 Segunda Edición, Editorial Guisbert y Cia. S.A.
17. Beck A., Rush J., Shaw B., Emery G., 1979, Terapia Cognitiva de la depresión, Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
18. Mckay M., Davis M., Fanning P., 1985, Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés, Editorial Martínez Roca
19. Bolaños Reyes R., 1979, Intento de Suicidio (folleto), Editorial San José
20. Terroba Garza G., Saltiferal M. T., 1986, El Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos, Salud Pública México 28 (1).
21. Hernández R., Fernández C., Baptista P., 1995, Metodología de la investigación, Editorial Mc Graw Hill / Interamericana de México S.A. de C.V.

Anexo 9. HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS

1. Microsoft Word.
2. Microsoft Excel
3. SPSS 8.0
4. STATISTICA
5. Microsoft PowerPoint
6. Netscape Communicator



