

“La mariposa recordará por siempre que fue gusano”.

Mario Benedetti

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres por enseñarme lo que es el sacrificio, la voluntad y luchar por lo que uno desea.

A mis hermanos por acompañarme y apoyarme en todos los momentos de mi vida.

A mi abuela Mercedes, que desde que yo era muy pequeña me advertía la importancia del saber y de descubrir lo que a uno le apasiona.

A mi pareja, mi sostén en cada momento de cansancio, mi empuje en cada momento que era incrédula conmigo misma y mi compañía continua.

A todos aquellos amigos que en estos años han sido escoltas de mi camino y a todos aquellos compañeros y futuros colegas que se sumaron a este sendero de aprendizaje y amistad.

RESUMEN.

- a) Antecedentes. Según estudios actuales e informes de la OMS el suicidio es un problema vigente que va en aumento. En el caso de la población específica de los ex combatientes de diversos lugares del mundo esta cifra es alarmante, y específicamente en Argentina, más de la mitad de los ex combatientes han admitido haber considerado ideas de un posible suicidio. En relación a esto, algunos estudios dejan a la vista el efecto protector que cumplen las habilidades de la regulación emocional.
- b) Objetivos. El presente trabajo de investigación pretende poder arribar a comprender la relación existente entre las ideas suicidas y la regulación o dificultad en la regulación de las emociones en ex combatientes de Malvinas en cotejo con un grupo control.
- c) Método. Para el presente proyecto se llevará a cabo un estudio cuantitativo no experimental, transversal y correlacional, en donde la información procederá de fuentes primarias. Constará de dos grupos: grupo de ex combatientes de Malvinas (GCM) y grupo de aquellos que no fueron combatientes de Malvinas (GNCM). Para la recolección de los datos se emplearon las escalas Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, (CERQ) la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, (DERS), ambas adaptadas para su utilización en Argentina, y para evaluar la ideación suicida se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck elaborada por Beck en 1979, adaptada al castellano por Comeche, Díaz y Vallejo (1995).
- d) Resultados y conclusiones. Queda evidenciado que, los grupos, no presentan diferencias significativas en cuanto a estrategias de regulación de la emoción y

dificultades en la regulación emocional; que ser Veterano de Malvinas no posee influencia significativa en las ideaciones suicidas y además, que existe una correlación directa entre algunas dimensiones de la regulación emocional y éstas últimas.

Palabras claves: regulación emocional, dificultad en la regulación emocional, veteranos de guerra, ideas suicidas, Malvinas Argentinas.

ABSTRACT.

- a) Background. According to current studies and reports from the WHO, suicide is a growing problem. In the case of the specific population of ex-combatants from around the world this figure is alarming, and specifically in Argentina, more than half of the ex-combatants have admitted to having considered ideas of a possible suicide. In relation to this, some studies show the protective effect that the skills of emotional regulation fulfill.
- b) Objectives. The present research aims to reach an understanding of the relationship between suicidal ideation and regulation or difficulty in regulating emotions in Malvinas ex-combatants in comparison with a control group.
- c) Method. For the present project will be carried out a non-experimental, transverse and correlational quantitative study, where the information will come from primary sources. It will consist of two groups: group of former combatants of the Malvinas (GCM) and group of those who were not combatants of Malvinas (GNCM). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and Emotional Regulation Difficulties Scale (DERS) scales, both adapted for use in Argentina, were used to collect the data and to evaluate the ideation Suicide was

used the Beck Suicidal Ideation Scale developed by Beck in 1979, adapted to Spanish by Comeche, Díaz and Vallejo (1995).

- d) Results and conclusions. It is evidenced that, the groups do not present significant differences in strategies of emotion regulation and difficulties in emotional regulation; that being a Veteran of the Malvinas does not have significant influence on suicidal ideations and also that there is a direct correlation between some dimensions of emotional regulation and the latter.
- e) Key words: emotional regulation, difficulty in emotional regulation, veterans of war, suicidal ideas, Malvinas Argentinas.

NOTAS PARA LOS PROFESIONALES.

Tabla 1

Qué es lo que ya se sabe sobre el tema:

1. Los ex combatientes o veteranos de guerra de diversos lugares del mundo presentan diferentes sintomatologías luego del conflicto bélico y en muchos casos se presentan altos índices de suicidio.
2. Esta cifra es alarmante, y específicamente en Argentina, más de la mitad de los ex combatientes han admitido haber considerado ideas de un posible suicidio. En relación a esto, algunos estudios dejan a la vista el efecto protector que cumplen las habilidades de la regulación emocional.
3. Hasta el momento no se han verificado estudios que tengan como objetivo verificar si existe una relación entre las habilidades y dificultades de regulación emocional con las ideas de suicidio en esta población en particular.

Qué añade este trabajo:

4. A través de encuestas administradas a las dos poblaciones mencionadas, poder explorar las estrategias de regulación emocional o dificultades en la misma y si existiese relación con ideas suicidas, poder determinar cuál es el tipo de relación y si hay diferencia entre ambos grupos.

Implicaciones para la práctica/políticas:

5. Necesidad de un mayor abordaje e investigación sobre la incapacidad de disminuir el procesamiento automático y el aprendizaje para gestionarlos y manejarlos permitiendo lograr una regulación emocional más eficiente.

INDICE.

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN.	2
a) Antecedentes	2
b) Objetivos.	2
c) Método	2
ABSTRACT	3
NOTAS PARA LOS PROFESIONALES	5
INTRODUCCIÓN.	7
OBJETIVOS.	11
Objetivo General:	11
Objetivo Específicos:	11
MARCO TEÓRICO	12
Ex combatientes	12
Ideación suicida.	17
Regulación emocional	23
Dificultad en la regulación emocional	27
METODOLOGIA	35
Participantes.	35
Instrumentos	35
Procedimiento	39
DIAGRAMA DE GANTT.	42
RESULTADOS	43
Análisis Descriptivos	43
Comparación en función de los Grupos	49
Análisis correlacional	53
DISCUSIÓN.	56
REFERENCIAS.	62
ANEXOS.	65
Consentimiento informado	65
CERQ	66
DERS	69
SSI ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA	73

INTRODUCCIÓN.

La guerra, como experiencia desorganizadora y traumática, implica a su término la necesaria revalorización de la vida por encima de la supervivencia, desde la inhibición de los impulsos agresivos hasta la recuperación de los estados de deseo sin que esto atente contra la vida, así como la reimplantación del temor a la muerte en su justa medida (Jalil, 2006, p.21).

Por ello, frente a esto, muchas personas pueden adaptarse nuevamente a la sociedad pese al evento traumático, mientras que otros quedan afectados de tal manera que sufren las consecuencias del evento traumático, manifestándose diversos trastornos como el trastorno por estrés post traumático, trastornos de ansiedad y/o trastornos de ánimo. La presencia de cualquiera de estos trastornos constituyen en sí mismos un riesgo para intentos suicidas (Jalil, 2006).

Las diversas estadísticas actuales indican que el suicidio es un problema vigente y creciente. Según los datos epidemiológicos los hombres cometen más suicidio que las mujeres y el consumado es más frecuente en los que son mayores de 50 años por ahorcamiento o uso de armas de fuego (Gutierrez Garcia, Contreras, Orozco Rodriguez, & Roselli Chantal, 2006).

Suicidio es la acción de quitarse la vida en forma voluntaria en donde intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí (Gutierrez Garcia et al., 2006).

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercer causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2014).

Desde 1982 se han producido más de 500 suicidios de ex combatientes argentinos después que terminó la guerra, no hay estadísticas oficiales, pero la realidad es que han muerto muchos más y no fueron registrados como suicidios, sino como accidentes por que no fueron acompañados por una nota de suicidio. Estudios han comprobado que cada suicidio afecta directamente a 10 personas e indirectamente a unas 50 (Millan, 2017).

Con respecto a ello, un estudio realizado en 1995, reveló que el 58% de los ex combatientes argentinos experimentaron episodios de depresión relacionados con el conflicto y 28% tuvieron ideas de suicidio (Millan, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (citado en Hermosillo de la torre, et al., 2015) indica que dentro de los factores de orden individual que ponen a los individuos en riesgo de suicidio se encuentran estar deprimido, haber intentado suicidarse y estado de desesperanza. Agrega que el riesgo se mitiga si cuenta con algunos recursos psicológicos como una red social de apoyo, la capacidad de manejar adecuadamente las situaciones estresantes, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas.

Por ello cabe destacar que pese de haber pasado por una situación traumática, no todas las personas otorgan el mismo significado a esa experiencia, ya que la reacción frente a estos eventos incluye no solo respuestas biológicas y comportamentales sino también emocionales y cognitivas (Jalil, 2006).

Algunos estudios como los de Janetzke, Rivera y Andrade realizados con adolescentes mexicanos muestran como los recursos psicológicos tienen un efecto mediador y moderador sobre la sintomatología depresiva, la depresión clínica, la desesperanza y la ideación suicida (Hermosillo de la Torre, et al., 2015).

Asimismo se evidencia el efecto protector de las habilidades de regulación emocional, la autoestima, contar con red de apoyo y capacidad para pedir ayuda como atenuantes del riesgo suicida, y que a su vez este mismo se asocia con la incapacidad de

solicitar ayuda, menor autocontrol y dificultad en manejo de la tristeza (Hermosillo de la Torre, et al., 2015).

Al estar involucradas, resulta fundamental aclarar que es una emoción. Una emoción se define como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo (Chóliz Montañés , 2005).

La regulación de las emociones ha sido abordada desde varios enfoques a lo largo del tiempo debido a la gran importancia que se le ha dado a las emociones en cada uno de los diferentes momentos del desarrollo del ser humano (Marulanda & Vargas Gutierrez, 2013).

Desde la revolución cognitiva, sus aportes a la postura conductual y a las intervenciones llamadas de segunda generación, se evidencia un notable interés en la investigación de todos los procesos de orden interno, siendo la emoción y la regulación de la misma (como un comportamiento relevante para los humanos en su medio social, que implica adaptación y ajuste) uno de los comportamientos más estudiados, además de la cognición (Marulanda & Vargas Gutierrez, 2013).

Se estima que en el mundo, aproximadamente un total de 450 millones de personas padecen alguna forma de trastorno mental, produciendo sufrimiento y malestar afectando su calidad de vida. Dentro de ellos los de ansiedad y estado de ánimos son los que más aparecen lo que se ha convertido un tema relevante y de especial importancia por parte de las investigaciones. Una de las líneas de investigación es el estudio de los procesos de regulación emocional en el terreno de la psicopatología observándose los mismos factores en diferentes trastornos. De hecho, se pudo visualizar la relación

existente entre distintos síntomas y las estrategias de regulación emocional (Medrano, Muñoz Navarro, & Cano Vindel, 2016).

Por otra parte, se han logrado avances en el estudio de las bases neurobiológicas de los procesos emocionales y cognitivos. Éstos se activan junto a los neurobiológicos siendo dañinos cuando no están bien regulados y están asociados a la respuesta de estrés. El cerebro segrega noradrenalina que favorece a las respuestas que preservan la supervivencia del organismo. Así, tiene una primera respuesta automática donde a través de asociación de pensamientos automáticos de catastrofización reacciona emocionalmente y luego el cortisol produciría procesos de rumiación (Medrano, et al. 2016).

En cuanto a la regulación de las emociones puede existir o no la capacidad para poder hacerlo. Autores como Medrano y Trólogo, identificaron dos categorías centrales para determinar si existe o no la dificultad en la regulación. Una categoría se denomina Dificultad en el Procesamiento de la Emoción e incluye las variables: Falta de Aceptación Emocional y Falta de Claridad Emocional. La otra categoría se denomina Dificultad en la Respuesta Emocional incluye las variables: Interferencia de Conductas Dirigidas a Metas y Dificultad en el Control de Impulsos (Medrano & Trólogo , 2014).

Teniendo en cuenta los diversos estudios mencionados que dejan entrever que la regulación emocional y la cognición están relacionadas con la ansiedad, con diferentes estados de ánimo y demás, en el presente trabajo se pretende explorar qué rol cumplen los procesos cognitivos implicados en la regulación emocional y en la dificultad en la regulación emocional, y si estos procesos cognitivos poseen relación con ideas suicidas contrastando ambos grupos.

OBJETIVOS.

Comprender la relación existente entre las ideas suicidas y la regulación o dificultad en la regulación de las emociones en ex combatientes de Malvinas.

Objetivo General:

✓ Identificar la relación existente entre la regulación emocional, la dificultad emocional y las ideas suicidas, en el grupo de ex combatientes de Malvinas y un grupo control.

Objetivo Específicos:

✓ Examinar las estrategias de regulación emocional utilizadas en ambos grupos.

✓ Examinar dificultades presentes en el proceso de regulación emocional en ambos grupos.

✓ Examinar si se presentan ideas de suicidio en ambos grupos.

✓ Comparar las estrategias de regulación emocional cognitiva, las dificultades en la regulación emocional y las ideas suicidas entre la muestra (ex combatientes) y un grupo cuasi control (no combatientes).

MARCO TEÓRICO

Ex combatientes

Las personas pueden verse expuestas a diferentes situaciones adversas como guerras, genocidios, torturas, catástrofes, accidentes, abusos, entre otras. El conflicto bélico es considerado como el evento traumático más severo y de mayor violencia generado por la raza humana (Jalil, 2006).

En el caso de eventos traumáticos provocados por el hombre, la persona exhibe sensación permanente de peligro, aislamiento, alteración de relación con los otros, sentimientos de desesperanza, deterioro de la modulación afectiva, conductas impulsivas y autodestructivas, entre otras (Leguizamon, Correche & Gomez 2011).

Trauma es un evento, situación o acontecimiento experimentado por la persona que implica muerte, amenaza a la vida, heridas graves, riesgo a la integridad física propia y ajena, y que causa una alteración emocional de gravedad (Lolich, Paly, Nistal, Becerra, & Azzollini, 2014).

También, Lolich et al. (2014) señala que puede referirse a trauma psíquico al hablar de efectos psicológicos producidos a nivel cognitivo encontrando reacciones fisiológicas somáticas y cognitivas como indefensión, miedo, horror extremos, considerar sus recursos insuficientes para afrontar distintas situaciones, afectando su equilibrio emocional y calidad de vida.

Jalil (2006) entiende por trauma a la presencia de trastornos emocionales que se manifiesta en pesadillas, reminiscencias, perturbaciones emocionales entre otros; producto de enfrentarse a hechos o eventos graves catastróficos y amenazantes que exige un importante esfuerzo de afrontamiento.

Aquellas personas que a pesar del esfuerzo de afrontamiento no pueden superar el evento traumático, pueden desarrollar patologías como el trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad o estado de ánimo (Jalil, 2006).

La Guerra de Malvinas de 1982, como todo conflicto bélico, implicó para sus protagonistas enfrentarse a situaciones extremas y traumáticas (Lolich, Paly, Nistal, Becerra, & Azzollini, 2014).

Desde el modelo cognitivo, la situación traumática una vez sucedida, puede organizarse como recuerdo traumático en la memoria autobiográfica que es la encargada de registro, consolidación, evocación y olvido de información biográfica general (Lolich et al., 2014).

Por tanto, en aquellos sujetos que se presenta estrés post traumático, es porque organizan su vida en torno a algún trauma y en ellos aparecen los recuerdos intrusivos y angustiantes permanentemente. Además, hay sujetos que pueden ser más vulnerables a este tipo de trastorno si presentan dos conceptos rígidos sobre uno mismo y el resto denominadas cogniciones disfuncionales: el mundo es completamente peligroso y uno es totalmente incompetente (Leguizamon, Correche, & Gomez, 2012).

Al mismo tiempo, aquellos combatientes que padecen estrés postraumático además de poder desarrollar algún otro tipo de trastorno como depresión, presentan cuatro veces más probabilidades de manifestar ideación suicida (Jakšić , Margetić , & Marčinko, 2017).

Muchos de los veteranos de todo el mundo sufren los efectos psicológicos y/o heridas físicas de la guerra. En efecto, los veteranos de Vietnam, los veteranos de Malvinas, los que regresan de Irak o Afganistán, presentan una alta tasa de muertes por suicidio posterior a la guerra y hay evidencia firme que la población militar expuesta a

guerra y trauma, presenta mayor riesgo de muerte por accidentes, de los cuales muchos pueden ser en realidad suicidios (Sher, 2009).

Las estadísticas indican que no solo ha aumentado la tasa de suicidios entre 2001 al 2010 del personal del ejército de Afganistán e Irak, sino también ha aumentado el comportamiento suicida a 1.514 intentos de suicidio entre el personal del Ejército durante el periodo 2008 – 2010 por lo cual la ideación, es decir, los pensamientos suicidas, sigue siendo un aspecto crítico de salud entre militares y veteranos (Logan, Bohnert, Spies, & Jannausch, 2016).

Cabe destacar, que existen factores de riesgo para el suicidio que son comunes a las poblaciones de veteranos, entre estos se incluyen tensión financiera, mental y trastornos físicos, falta de vivienda y de apoyo social, ser de sexo masculino y tener acceso a armas de fuego (Logan, et al., 2016).

Si bien se encuentran agentes estresores presentes en todo conflicto bélico, como lo es la propia situación traumática, en el caso de la guerra de Malvinas no se debe dejar de mencionar que surgen ciertos factores de predisposición para el desarrollo de trastornos como: inadecuada preparación para el combate, deficiencia en las satisfacción de necesidades básicas, privación del sueño, incertidumbre por la evolución de las operaciones, asignación de tareas para las que no se encuentran preparados, ser adolescentes y en algunos casos tener solo un mes de instrucción, y por supuesto, falta de equipamiento (Jalil, 2006).

Asimismo, se debe aludir a la situación posguerra, donde surge la frustración por una derrota, la decepción del pueblo y la idea de haber combatido en un conflicto inútil y difícil de ganar (Jalil, 2006).

Además de la mínima planificación y previsión en las cuestiones de salud, emerge la desmalvinización. Este término es utilizado para describir el fenómeno de la dictadura

de actuar como si el conflicto no se hubiera llevado a cabo, convirtiendo a los soldados en víctimas del silencio (Leguizamon, et al., 2012).

Silencios, indica Vasallo (citado en Leguizamon et al., 2012) que se expresaron de diversas maneras insistiendo que la depresión y suicidios de los Ex Combatientes de Malvinas fueron motivados por haber participado en la guerra.

Por tanto, Jalil(2006) advierte que se convierten en una población en riesgo, debido a los factores mencionados sumado a un contexto donde no existe una política estatal e institucional que diera respuesta a las demandas de sujetos que, aún hoy, se perciben como víctimas del rechazo y la indiferencia social.

Se manifestó, a través de análisis en veteranos Argentinos de la Guerra del Atlántico Sur, que existe una relación entre los grados de control bajos percibidos en acciones bélicas y re experimentación de sucesos traumáticos (Leguizamon, et al., 2012).

La capacidad de control que tiene el sujeto sobre la situación, la capacidad de predicción y la amenaza percibida, son factores q contribuyen a regular la intensidad de la respuesta al evento traumático. Éste cuando se acompaña de pérdida, de daño a terceros o de sentimientos de culpa, produce que se incremente la intensidad de la respuesta emocional (Jalil, 2006).

Desde una perspectiva cognitiva, luego de un evento traumático puede modificarse el sistema de creencias de las personas y los pensamientos asociados a estímulos y contextos. De esta forma los pensamientos negativos no suelen ser lógicos y tienden a ser automáticos ya que surgen como productos de asociaciones aprendidas (Jalil, 2006).

En los procesos cognitivos, se pueden hallar entonces, creencias disfuncionales con las cuales las personas interpretan las situaciones. Aquí se pueden mencionar las creencias post trauma donde la persona tiene los siguientes supuestos: me va a volver a

pasar, no valgo nada, no voy a lograr estar bien, desconfía de todos, tiene inseguridad y no encuentra sentido a nada (Jalil, 2006).

El estudio de Shelef, Fruchter, Hassidim & Zalsman (2015) examina la regulación emocional del dolor mental como factor que contribuye a la ideación suicida, ya que considera que no solo en las fuerzas del ejército de Israel sino en la mayoría de los ejércitos de todo el mundo la principal causa de muerte fuera de conflicto bélico, es el suicidio. Sin embargo, a pesar que se le da más atención a los suicidios, existe una amplia gama de ideas y pensamientos suicidas, así como también la preparación y los intentos de suicidio.

En los jóvenes israelíes, la ley obliga que alcanzada la edad de 18 años deben servir en el servicio militar y esto ya se considera un factor estresante. Esta transición brusca de civil a servicio militar requiere de la persona, utilizar mecanismos de adaptación y una amplia gama de recursos de personalidad para poder soportar este cambio brusco. Uno de los principales es la habilidad para regular emociones en donde se incluye lo biológico, los procesos cognitivos, conductuales y sociales. En efecto, se constituyen estrategias de regulación emocional y patrones de afrontamiento emocional cuando la persona se enfrenta a situaciones cambiantes (Shelef, Fruchter, Hassidim, & Zalsman, 2015).

Tanto la capacidad para regular emociones o la incapacidad para regularlas, afecta el bienestar y funcionamiento del individuo. Los que tiene problemas en la regulación tienden a tener sentimientos negativos y mantienen un estado anímico negativo. Ocurre lo contrario en quienes pueden regular las emociones. Las estrategias de la regulación emocional incluyen interpretar una situación de manera más positiva, esperanza de resolver el problema, creer en la capacidad para enfrentar dificultades, afrontar el

problema, alivio emocional, planificar el futuro, centrarse en acciones positivas y evitar las negativas (Shelef, et al., 2015).

Existe evidencia de que la incapacidad para regular las emociones está fuertemente asociada con intentos e ideación suicida. Se ha examinado la correlación entre estado de ánimo y síntomas suicidas, infiriendo que aquellos con estado de ánimo positivo tenían síntomas menos suicidas y los de estado anímico negativo a la inversa (Shelef, et al., 2015).

Ideación suicida.

El suicidio es una situación de crisis asociada al estado de salud mental del individuo, es decir, un estado temporal de trastornos y desorganización, caracterizado primordialmente por la no capacidad del individuo para manejar una situación particular usando los métodos frecuentes de resolución de problemas, y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo (Quintanilla Montoya, Haro Jiménez, Flores Villavicencio, Celis de la Rosa, & Valencia Abundiz, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (2010) define al suicidio como “Un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado, realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social” (citado por Abello Luque et al., 2016, p.302).

Por su parte, la desesperanza ha sido reconocida ampliamente como un punto psicológico relacionado con la depresión y central vinculado con el suicidio (Abello Luque et al 2016).

Por otra parte, través de la identificación de factores de riesgo y factores de protección se puede estudiar aquellos implicados en la problemática del suicidio (Hermosillo de la Torre, Vacio Muro, Mendez Sanchez, Palacios Salas, & Sahagún Padilla, 2015).

Entre los factores de riesgo se deben considerar antecedentes de daño dirigido hacia sí mismos y la incapacidad para resolver problemas, principalmente los de tipo social. Además se incluye baja autoestima, depresión, aislamiento, salud precaria, sentimiento de rechazo y desesperanza (Gutierrez Garcia et al., 2006).

Se entiende por desesperanza al resultado de un proceso dinámico de actitud y percepción sobre los eventos venideros condicionado y orientando la conducta del individuo, valorando las situaciones como positivas o negativas según momento y circunstancias determinadas (Quintanilla Montoya, et al., 2003).

Para los autores Gutiérrez García et al. (2006) existen dos modelos que teorizan la ocurrencia del suicidio: por un lado el modelo de estrés-diátesis y por otro lado el modelo como proceso.

El modelo de estrés diátesis se basa en que las características de algunos individuos les hacen reaccionar de manera particular ante algunos estímulos del medio ambiente e intenta explicar el por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Toma en cuenta factores estresantes típicos asociados con el comportamiento suicida como las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión. Considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio y que una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o al acto (Gutierrez Garcia et al., 2006).

Este modelo estaría en concordancia con lo planteado por la American Psychiatric Association en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (citado en Quintanilla Montoya, et al., 2003), en el capítulo de trastornos del estado de ánimo, indica que el suicidio por lo general atraviesa circunstancias concretas como el pensamiento, la acción y la consumación del acto, y además hace hincapié en los síntomas de

desesperanza, pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativa suicida como criterios de diagnóstico para el episodio depresivo mayor.

Igualmente, hay una relación estrecha entre causarse daño con el objetivo de encontrar alivio al aniquilarse o escapar y los trastornos afectivos. La persona deprimida se caracteriza por su desesperanza y expectativas negativas sobre el futuro. Por la falta de motivación, en el momento que deben dar algún tipo de respuesta se presentan déficits cognoscitivos que impiden un nuevo aprendizaje por abatimiento motriz y emocional junto con ansiedad. Evidencia de que existe una correlación positiva entre desesperanza e ideación suicida (Gutierrez García et al., 2006).

También, en la población norteamericana se pudo apreciar la presencia de trastornos psiquiátricos, especialmente los trastornos del ánimo, en combinación con abuso de sustancias con una alta relación entre los factores que están presentes en el conducta suicida. Y entre los años 1959 al 2001, más del 90 por ciento de las personas que cometieron suicidio presentaban un diagnóstico psiquiátrico, de los cuales más de un tercio eran diagnosticados con trastorno del ánimo (Duarte Vélez et al., 2012).

El modelo del suicidio como proceso se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso se inicia cuando comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, luego la realización de los primeros intentos suicidas, incrementando la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados. Queda establecida de esta forma una secuencia progresiva (Gutierrez García et al., 2006).

Dentro de los rasgos se encuentran tres características: tendencia a percibirse como perdedor cuando se enfrentan situaciones estresantes de tipo psicosocial, percibir que no hay escapatoria junto a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para

resolver problemas, y desesperanza abandonando los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas (Gutierrez García et al., 2006).

La ideación suicida o deseos suicidas, es todo pensamiento que tiene un contenido altamente relacionado con la muerte auto infligida, ligado a situaciones de desespero e inconformidad con la vida (Toro Tobar, Grajales Giraldo, Sarmiento López, 2016).

Son “aquellos pensamientos, imágenes, creencias, voces u otras cogniciones reportadas por el individuo acerca de la intencionalidad de terminar con su propia vida” (citado en Toro Tobar, Grajales Giraldo, Sarmiento López, 2016 p.477).

Las investigaciones han determinado que existe una relación muy intensa entre desesperanza e ideación suicida, en donde el sentimiento de desesperanza se presenta con mucha intensidad. Además la desesperanza está influenciada por el aislamiento y sucesos de la vida, los cuales intervienen en el riesgo de cometer suicidio (Toro Tobar, Grajales Giraldo, & Sarmiento Lopez, 2016).

El comportamiento suicida incluye pensamientos de morirse, convertir esas ideas en amenazas, en intentos y por último el acto del suicidio (Duarte Vélez, Lorenzo Luaces, & Rosselló, 2012).

Se consideran como factor de riesgo cognitivo para la conducta suicida, a los pensamientos disfuncionales porque se han relacionado con la ideación suicida. Entre ellos se destacan la rigidez cognitiva, los pensamientos dicótomos y los estilos atribuciones negativos. Estos se activan cuando se le presenta una situación estresante al sujeto que no puede controlar. (Duarte Vélez et al., 2012).

Si se tiene en cuenta el modelo cognitivo conductal se encontraran factores cognitivos que pueden representar fortaleza o debilidad cognitiva para el desarrollo de la depresión y riesgo suicida. Estos factores son los Esquemas Mal adaptativos Tempranos y las Estrategias de Afrontamiento (Abello Luque, et al., 2016).

Las estrategias de Afrontamiento son procesos cognitivos y conductuales que siempre están en constante cambio para manejar las demandas específicas del exterior y del interior que rebosan la capacidad que tiene la persona para hacerles frente (Abello Luque, et al., 2016). Estas son:

- Resolución de problemas: el fin es eliminar el estrés para que la situación que lo genera sea modificada
- Reestructuración cognitiva: estrategias que alteran el significado de la situación
- Apoyo social: Estrategias de búsqueda de apoyo emocional
- Expresión emocional: en el proceso de estrés poder dejar ir las emociones
- Evitación de problemas: Incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento
- Evitación social: Distanciamiento de todas aquellas personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante
- Autocrítica: Basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante.

Así mismo, Beck (citado en Duarte Vélez et al. 2012) indica que la triada cognitiva está compuesta por una visión negativa de sí mismo/a (pobre auto-concepto), el mundo (pensamientos disfuncionales) y el futuro (desesperanza); es un esquema de pensamientos disfuncionales donde el peor desenlace al que puede arribar es a la conducta suicida.

De esta manera, las representaciones mentales que la persona hace de sí y del entorno, ocupan un papel primordial. La base de las mismas son las experiencias que el individuo va almacenando en la memoria a las cuales recurre ante las distintas situaciones (contenido esquemático), está compuesta por pensamientos y creencias automáticos, criterios condicionales-reglas, (creencias intermedias) y auto concepto (creencias nucleares). La interrelación entre los esquemas forma las estructuras, que son las ideas

relacionadas encargadas de procesar la información distorsionada a favor del funcionamiento esquemático (Toro Tobar et al. 2016).

El marco teórico cognitivo conductual se enfoca en entender el comportamiento como resultado del proceso interactivo entre pensamientos (disfuncionales), sentimientos (síntomas de depresión) y acciones (destrezas de manejo) que a su vez se relaciona con las circunstancias y eventos de vida estresantes que afectan al ser humano (Duarte Vélez et al., 2012, p. 4).

Para este modelo, las personas pueden padecer diferentes psicopatologías según la interpretación que hacen de las situaciones y no por la situación en sí. En consecuencia considera la conducta suicida como un resultado extremo frente a una situación que consideran inmanejable combinado con errores cognitivos dominantes y unas estructuras cognitivas relativamente estables (esquemas disfuncionales activos) (Toro, 2013).

Por lo cual es importante identificar los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias centrales que se activan inmediatamente antes del intento de suicidio (Toro, 2013).

De esta forma el modelo cognitivo de la conducta suicida es un proceso en donde se activan esquemas disfuncionales, desarrollándose la triada negativa de manera sobredimensionada, rechazando cualquier tipo de información que sea opuesta a la información esquemática activada. El proceso consiste entonces, en filtrar la información que coincide con los esquemas propios (que son disfuncionales) apartando cualquier otro tipo de información y las habilidades propias con constante foco en posibilidad de fracaso (Toro, 2013).

Por consiguiente, se forma un círculo vicioso donde se activan los pensamientos automáticos negativos de manera más repetitiva, generando malestar psicológico con

resultado de estado de ánimo melancólico, y a partir de allí comienza nuevamente el círculo a través de la retroalimentación (Toro, 2013).

Regulación emocional

De las emociones se ha dicho que adaptan el estilo cognitivo a las demandas situacionales, que facilitan la toma de decisiones y que preparan al individuo para rápidas respuestas motoras (Hervás, 2011).

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta o dimensiones a través de las que se presenta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Chóliz Montañés , 2005).

Chóliz Montañés (2005) manifiesta que todas las emociones tienen alguna función de utilidad, las principales son:

- a. Funciones adaptativas
- b. Funciones sociales
- c. Funciones motivacionales

Es necesario disponer de ciertas habilidades emocionales para poder regular nuestros estados emocionales ya sea porque nos resultan desagradables o no se ajustan a la visión de nosotros mismos o para adaptarnos al entorno. En ausencia de ellas los intentos de regulación son ineficaces, las emociones se descontrolan y exceden a la comprensión del individuo y hasta pueden actuar en forma contraria a los intentos por controlarlas creando un círculo vicioso que afecta al funcionamiento social y psicológico de la persona. (Hervás, 2011).

En términos generales, la regulación emocional se refiere a los procesos que influyen sobre la forma en que las personas experimentan y expresan sus emociones. Así

pues, las personas pueden re direccionar el flujo espontáneo de sus emociones, logrando incrementarlas, mantenerlas o disminuirlas (Medrano et al., 2016).

Silva (2015) define la regulación emocional como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso.

Existen diversas formas de regular la emoción frente a un episodio y los procesos cognitivos comprometidos como: la catrostrización, rumiación, reinterpretación o aceptación, serían los encargados de que una regulación sea adaptativa o desadaptativa (Medrano, et al., 2016).

El modelo de regulación emocional de Gross.

Gross y otros investigadores han centrado la atención en evaluar y medir en un proceso emocional, como ocurren las distintas formas de regulación emocional. Aquí se encuentran dos estrategias de aparición, una temprana y una tardía. La primera se focaliza sobre los antecedentes por ejemplo al significado que se le da al hecho que inicio la activación; la segunda se focaliza por ejemplo sobre los cambios somáticos que siente la persona una vez que se inicia la emoción (Silva, 2005).

Entre las estrategias de regulación las más estudiadas han sido la reevaluación (asignar un significado “no emocional” a un evento) y la supresión (controlar la respuesta somática de una emoción). En estas líneas los hallazgos más interesantes son que a partir de los diferentes modos de regulación en la expresión facial de emociones, la experiencia afectiva, la fisiología, la memoria y los procesos interpersonales, cada uno tiene consecuencias diferentes (Silva, 2005).

Dentro de las consecuencias de las dos formas de regulación mencionadas, los datos indican que:

La reevaluación cognitiva disminuye la experiencia subjetiva de desagrado frente a estímulos aversivos visuales, al ser una estrategia de aparición temprana no incluye

esfuerzo de autorregulación por lo cual los recursos como la memoria quedan disponibles por ello tienen un mejor desempeño en pruebas objetivas de memoria muestran una actividad fisiológica bastante más reducida en los mismos índices cardíacos y de conductancia.

La supresión falla en disminuir la experiencia subjetiva frente a estímulos aversivos visuales, disminuye la expresividad afectiva, tanto negativa como positiva por lo cual también disminuye la comunicación de estados internos y a su vez generan afectos negativos en los otros y resultan menos “alentadores” en situación de adversidad, muestran una actividad del sistema simpático intensificada, tanto en índices cardíacos como en medidas de conductancia de la piel, realizan un alto esfuerzo cognitivo durante el proceso emocional, producto del auto monitoreo y de la autocorrección; por ello quedan menos recursos cognitivos disponibles para ser utilizados como la memoria dificultándoseles retener sucesos (Silva, 2005).

El modelo psicoevolucionista.

Entre los diversos modelos q existen para explicar el proceso de la regulación emocional, se encuentra también el psicoevolucionista, que contempla el desarrollo evolutivo de la especie humana para explicar los fallos en la regulación cognitiva de las emociones (Medrano, et al. 2016).

Esta teoría indica que la selección natural ha causado cambios en el cuerpo, cerebro y comportamiento de los humanos como así también han podido evolucionar por comportarse de cierta manera favoreciendo la supervivencia de la especie (Medrano, et al., 2016).

Intenta explicar los procesos cognitivos involucrados en la regulación emocional señalando que hace muchos años atrás los procesos cognitivos como la rumiación (tendencia a perseverar en pensamientos negativos y preocupaciones excesivas) y la

magnificación o catastrofización (tendencia a exagerar o ampliar las consecuencias negativas de un evento) fueron útiles para la supervivencia de la especie en la detección de amenazas y a reaccionar en consecuencia aumentando la seguridad, es decir en ese momento representaban una ventaja, pero que hoy en día son desventajas para la estabilidad emocional (Medrano et al., 2016).

De esta manera, cada vez que la persona se enfrenta a una amenaza se activarían una serie de patrones cognitivos primitivos y arcaicos. Estos procesos cognitivos, al ser evolutivamente antiguos y encontrarse en estructuras subcorticales del cerebro, son automáticos, simples, rápidos, motivacionalmente intensos y en gran medida fuera del control voluntario (Medrano, et al., 2016).

Lo que plantea la teoría evo-psi es que a medida que el ser humano ha ido evolucionando, lo han hecho también los diversos sistemas para detectar el peligro y asegurar la supervivencia adquiriendo capacidades cognitivas más complejas y controladas que estarían sobre los tejidos corticales, que son más recientes en términos evolutivos (Medrano, et al., 2016).

Modelo de procesamiento automático y elaborativo.

El modelo cognitivo de regulación emocional sugiere que ante la información de amenaza o seguridad, se pueden distinguir dos sistemas de procesamiento:

El sistema automático es preconsciente no requiere de muchos recursos atencionales es rápido y difícil de regular. Este sería el patrón cognitivo primitivo que está presente en la catastrofización y rumiación, que si bien es una ventaja ante situaciones de peligro, aumentan y mantienen las respuestas de ansiedad o alerta (Medrano et al., 2016).

El sistema elaborativo es consciente, voluntario, lento y requiere de muchos recursos atencionales. Aquí se encuentran la reinterpretación cognitiva, la focalización

en los planes y la aceptación emocional, entre otros. Implica el manejo y la elaboración de la información por lo que el procesamiento es más racional, las interpretaciones son más realistas disminuyendo las respuestas de ansiedad y dando como resultado comportamientos más adaptativos que promuevan el bienestar psicológico de la persona (Medrano et al., 2016).

Es decir, frente a una situación estresante las personas pueden reaccionar de diferentes maneras según el proceso cognitivo implicado en la regulación de emociones. La autorregulación puede modificar un estado emocional ayudando a aumentar, mantener o disminuir la intensidad y duración de la ansiedad. De ahí que las fallas en esos procesos de regulación están asociados a trastornos mentales, físicos y dificultades emocionales (Medrano et al., 2016).

Dificultad en la regulación emocional

Debido a un proceso de regulación deficiente, ya sea por la estrategia utilizada por la persona o por diferenciación afectiva poco desarrollada, pueden manifestarse psicopatologías. De hecho, en el proceso de regulación va a ser primordial la habilidad de la persona para controlar la experiencia, lo cual podrá hacer si es capaz de distinguir estados internos y diferenciarlos unos de otros. Así al delimitar y diferenciar las experiencias más detalladamente puede manipular mejor sus estados afectivos (Silva, 2005).

Al mismo tiempo, la relación existente entre la regulación emocional y la psicopatología depende de la función reflexiva. Ésta también denominada mentalización, es el mecanismo que nos permite inferir o hipotetizar sobre los posibles estados mentales de los otros y de uno mismo. Son desarrolladas en los vínculos tempranos, que permiten desarrollar disposiciones emocionales dependientes de la experiencia, junto con

estrategias de diferenciación emocional lo que nos permitiría comprender, predecir y anticipar nuestra conducta y la de los demás (Silva, 2005).

Todo ello junto con las disposiciones anímicas temperamentales, que involucran una reactividad emocional dada y, además, una habilidad dada para diferenciar/regular emociones; son variables a tomar en cuenta para los fenómenos “reactividad emocional exacerbada” y un “proceso de regulación deficiente” (Silva, 2005).

Al ser procesos difíciles de regular, muchas personas pueden sentir fuertes obstáculos para lograr un procesamiento cognitivo más elaborado. De esta manera, ceden ante procesos automáticos tales como la rumiación y la catastrofización, los cuales aumentarían las respuestas de ansiedad y la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad. Por consiguiente queda en evidencia la base de los fallos en la regulación cognitiva de las emociones (Medrano, et al., 2016).

Las personas que han sufrido situaciones adversas en la vida padecen emociones negativas de gran intensidad en los primeros momentos como sufrimiento y culpabilidad. Ante estos casos, la mayoría de las personas se sobreponen a estas situaciones y la intensidad de las emociones negativas va disminuyendo a medida que pasa el tiempo y que se va adaptando nuevamente a la realidad. Pero otra proporción de las personas viven esa situación como un trauma tan agudo, que la intensidad de las emociones negativas se mantiene a lo largo del tiempo y durante el resto de sus vidas (Limonero, Sabado, Fernandez Castro, Gomez Romero, & Ardilla Herrero, 2012).

Es en este contexto de superación de las adversidades donde emerge el constructo de resiliencia, proceso en donde a partir de la adversidad la persona sale adelante a través de una adaptación positiva. Es decir, afronta la adversidad a través de estrategias cognitivas y conductuales como la reevaluación cognitiva y la solución activa de problemas (Limonero, et al. 2012).

Por otra parte, la inteligencia emocional estaría relacionada con los procesos de adaptación y afrontamiento de las distintas situaciones, disminuyendo las respuestas emocionales desadaptativas y facilitando los estados de ánimo positivos (Limonero et al., 2012).

Dentro de la inteligencia emocional, la reparación emocional es la encargada de regular o controlar las emociones propias y de los demás, siendo central en el afrontamiento de situaciones estresantes y anisógenas aportando al bienestar personal (Limonero et al., 2012).

La ansiedad y el estrés se consideran determinantes en el siglo xx, por ello se le han dado especial importancia en los últimos años a las habilidades de afrontamiento para superar este tipo de situaciones. A los esfuerzos que emplea una persona para regular y controlar una situación estresante, se le denomina afrontamiento, forma parte de la competencia emocional y es clave en la adaptación de las personas (Bisquerra Alzina & Perez Escoda, 2007).

Gross 1998 (citado en Limonero, et al. 2012) indica q la regulación emocional actúa a través de dos procesos. Uno implicado en la generación de la emoción que regula los antecedentes del proceso a través de estrategias de reestructuración cognitiva o reevaluación de la situación. El otro implicado en la respuesta emocional, su modulación, disminuyendo las negativas y potenciando las positivas.

El afrontamiento es un proceso que depende tanto de la personalidad como de ambiente. En su forma adaptativa logra disminuir el distres fisiológico, mejorar la respuesta corporal, minimizar las reacciones emocionales subjetivas negativa ampliando las positivas, resolver problemas, entre otros (Campos, Iraurgi, Páez & Velasco 2014).

Modelo de Skinner

Skinner y sus colaboradores (citado en Campos, et al. 2004) a partir de 400 formas de afrontamientos identifican 13 familias de afrontamiento útiles para clasificar las estrategias.

- ✓ Resolución de problemas: acción centrada en el problema con función de adaptación al entorno, incluye aproximación, optimización compensación y reparación.
- ✓ Búsqueda de apoyo social: incluye búsqueda de contacto, consuelo, consejo y apoyo espiritual. Es una forma de afrontamiento frecuente para enfrentar y modificar un estado de ánimo negativo.
- ✓ Huida-avoidancia: desconexión mental o evitación cognitiva o conductual, evitación del problema, denegación, huida para estar lejos de la situación estresante. Son inadaptativas a largo plazo pero frecuentes en el momento de la situación de estrés ya que sirven para minimizar la respuesta afectiva, ayuda a coordinar las acciones y demandas del entorno.
- ✓ Distracción: enganche con una situación alternativa agradable para tratar la situación estresante. Control secundario que incluye aceptación, minimización y reestructuración cognitiva.
- ✓ Reevaluación o reestructuración cognitiva: intento de cambiar la opinión sobre la situación estresante para verla de una forma más positiva. Incluye auto reconfortarse optimismo minimización de distress o consecuencias negativas y crecimiento personal.
- ✓ Rumiación: focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y amenazante de la situación. Incluye pensamientos intrusivos, negativos, catastrofismo, autoinculpación, miedo y aumento de ansiedad. Proceso disfuncional similar a la inhibición que al reforzar lo negativo si no se asocia a darle un

sentido alternativo a la situación no ayudara con la asimilación de hecho traumático.

- ✓ Desesperación o abandono: renuncia al control en el momento de enfrentar una situación, ya que la persona la percibe como incontrolable y difícil. Incluye inactividad, pasividad, abandono, desesperanza, interferencia cognitiva, entre otras clásicas del constructo de indefensión aprendida.
- ✓ Aislamiento social: separarse del entorno, protegerse evitando contacto y ocultando sentimientos. Incluye desvinculación y abandono emocional.
- ✓ Regulación afectiva: intento de influir en el distress y expresar constructivamente las emociones quedando protegidos los recursos de la persona sin disminuir su autoestima. Incluye la expresión emocional auto reconfortarse a uno mismo, control, relajación emocional.
- ✓ Búsqueda de información: intento de aprender más sobre la situación que causa estrés así como las estrategias para intervenir. Similar a la sensibilización seguimiento y vigilancia. La búsqueda de información para darle sentido a lo ocurrido sumado a la reconstrucción positiva, son las dos tareas cognitivas centrales para asimilar una situación estresante negativa.
- ✓ Negociación: intento de persuadir a otros mediante un trato con el fin de disminuir el estrés. Es una respuesta constructiva frente a los miedos coercitivos y se puede asociar a la comunicación asertiva.
- ✓ Oposición y confrontación: expresión de emociones negativas como enojo, agresión o culpa, ante estresores interpersonales a quienes se los hace responsables de la situación. Incluye proyección, reactancia, ira descarga y ventilación emocional. Es inadaptativa pero junto con la

elaboración ideológica y la movilización social forman el afrontamiento colectivo que se suelen asociar con minimización de estrés.

Modelo de Hervás.

Hervás (2011) sugiere que se pueden distinguir tres vías por las que la regulación emocional se hace presente en el campo clínico, en donde la alteración de la regulación puede ser tanto por un problema de activación o por el intento de regulación en sí mismo:

-Déficit de regulación por ausencia de activación. La persona ante presencia de intensos estados de disforia no activa las estrategias de regulación, como sucede en la depresión.

-Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Se activan las estrategias de regulación pero las que se activan son ineficaces. Si la persona no realiza el procesamiento emocional adecuado y la asimilación de la situación o experiencia, el intento de regulación puede ser en vano.

-Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Utilizan estrategias contraproducentes como la evitación o supresión para corregir las experiencias ante reacción emocional negativa, esto intensifica la intensidad de la experiencia.

Añade además, que existen otras formas de disfunción en la regulación, que si bien logran el objetivo de reducir la experiencia emocional, tienen efectos secundarios desadaptativos porque son un riesgo para la salud física y mental de la persona. Aquí se encuentran las conductas de consumo de sustancias y las autolesivas (Hervás, 2011).

Según el modelo propuesto por Hervás (2011) tras una situación con implicaciones emocionales, se activaría automáticamente la necesidad de procesar emocionalmente la experiencia. Este procesamiento es el encargado ante una situación que puede resultar intensa, persistente o muy importante para la persona, de absorber y

canalizar la reacción emocional, es decir, el proceso incluye elaboración y comprensión emocional. Pone hincapié en el manejo de las emociones activadas que pueden facilitar o entorpecer el proceso de regulación emocional y la consiguiente adaptación de la persona.

Este modelo plantea que si el proceso completa determinadas tareas previas, la regulación será exitosa y eficaz. Estas tareas son seis en total: la apertura emocional es la capacidad de la persona para reconocer conscientemente sus emociones, su opuesto es la alexitimia. La atención emocional, se refiere a focalizar los recursos atencionales en la información emocional, su opuesto es la desatención emocional. La aceptación emocional omite el juicio negativo ante la experiencia, su opuesto es rechazo. El etiquetado emocional por el cual la persona tiene capacidad para ponerle nombre a sus emociones, su opuesto es la confusión emocional, El análisis emocional, capacidad para reflexionar y entender lo que significan sus emociones, su opuesto es la evitación. La regulación emocional, es la capacidad de activar estrategias emocionales cognitivas o conductuales para modular las respuestas emocionales, su opuesto es la alteración de la regulación. (Hervás, 2011).

Se posee evidencia que alteraciones de los procesos especificados por el modelo están presentes en individuos con distintos trastornos psicopatológicos. En el caso de la depresión la relación entre ésta y la regulación es tan estrecha que podría ser denominada específicamente como un trastorno de la regulación de estado de ánimo, existiendo déficit en la regulación emocional donde los estados de ánimo duran más y la tendencia a actividades positivas es muy reducida (Hervás, 2011).

También se presenta déficit en varias de las tareas como la atención a las emociones, reparación emocional y menor claridad (Hervás, 2011).

Aparentemente el déficit en estas tareas favorece el desarrollo de síntomas depresivos por el aumento de las reacciones de rumiación. En particular la falta de

aceptación podría generar mayor rumiación, consecuencia de aumento de emociones provenientes de episodios de tristeza (Hervás y Vázquez, 2011).

Modelo de Beevers.

Beevers (citado en Hervás 2011) propone una teoría dual de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, distinguiendo entre procesos automáticos y controlados. Los procesos automáticos serían perjudiciales por la asociación entre afecto negativo y cognición negativa, y la misión de los procesos reflexivos sería de corregir el sesgo generado, si los reflexivos no se activan adecuadamente se generarían sesgos negativos más intensos.

En el caso de trastorno por estrés post traumático, consecuencia tras un acontecimiento o situación traumática, hay evidencia de que aparecen muchas emociones negativas debido que la situación exige una capacidad de regulación emocional muy elevada. Si se emplean estrategias disfuncionales puede traer aparejado bloqueo para asimilar las implicaciones cognitivas y emocionales de la experiencia. Si persiste, puede llevar a la persona a evitar las emociones y recuerdos asociados con la experiencia que genere trauma y por lo tanto se generarían déficits emocionales. Este es el caso de combatientes con trastorno de estrés post traumático, quienes presentan mayor evitación experiencial y mayor tendencia a ocultar las emociones en comparación a combatientes sin estrés post traumático (Hervás, 2011).

METODOLOGIA

Participantes

La selección de los participantes se llevara a cabo por muestreo no probabilístico. Se denominan también muestreo dirigido ya que se selecciona en base a un criterio según las características de la investigación (Sampieri et al., 2014).

Debido a que el proyecto está dirigido a un tipo de población infrecuente o particular, se comienza la selección de la muestra por un individuo quien se contacta con personas que cumplan los criterios y deciden voluntariamente si participan en la investigación, es lo que se denomina muestreo por bola de nieve y autoelegidos (Sampieri et al., 2014).

En efecto, como el proyecto además consiste en comparar las estrategias cognitivas de regulación emocional y su dificultad, con ideación suicida, se trabajara con un total de 40 personas del sexo masculino en edades comprendidas de los 50 a los 70 años con un promedio de 58,20 ($M= 58,20$; $DE= 4,18$). De la muestra el 50% (f: 20) personas son veteranos de Malvinas y las otras 50% (f: 20) es un grupo control de no veteranos.

Instrumentos

Para evaluar las estrategias cognitivas de regulación emocional se utilizó el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ), este instrumento fue desarrollado por Garnefski y Kraaij en el año 2006 para investigar cuales son los procesos cognitivos utilizados por las personas después de haber vivido una situación negativa o displacentera. (Medrano et al., 2016).

Es un autoinforme compuesto por 36 ítems respondidos en una escala tipo Likert desde 1 = «casi nunca», hasta 5 = «casi siempre». Examina nueve estrategias cognitivas de regulación emocional: a) Rumiación (ejemplo de ítem: «Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado»). b) Catastrofización (ejemplo de ítem:

«Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que le puede pasar a alguien»). c) Autoculparse (ejemplo de ítem: «Siento que yo soy el culpable de lo que pasó»). d) Culpar a otros (ejemplo de ítem: «Pienso que otros son culpables de lo que me pasó»). e) Poner en perspectiva (ejemplo de ítem: «Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas»). f) Aceptación (ejemplo de ítem: «Pienso que tengo que aceptar lo que pasó»). g) Focalización positiva (ejemplo de ítem: «Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que he vivido»). h) Reinterpretación positiva (ejemplo de ítem: «Pienso que esa situación tiene también partes positivas»). i) Refocalización en los planes (ejemplo de ítem: «Pienso en cómo cambiar la situación»).

Los factores que estudia se pueden unir en dos factores de orden superior: a) procesamiento cognitivo elaborativo (incluye la aceptación, volver a centrarse en la planificación, la reorientación positiva, la reevaluación positiva, y la puesta en perspectiva) se consideran estilos de afrontamiento adaptativo. B) procesamiento cognitivo automático (incluye autoinculpación, culpar a los demás, la rumiación y el catastrofismo) se consideran estilos de afrontamiento desadaptativos. (Medrano et al. 2016; Boutin et al. 2011).

Se aplicará la versión adaptada en Córdoba Argentina, en relación con la confiabilidad del CERQ, los índices de consistencia interna obtenidos son aceptables y semejantes a los reportados en estudios antecedentes cuyos resultados de alfa de cronbach en las 9 dimensiones son los siguientes: Autoculparse: 0.69, Aceptación: 0.59, Rumiación: 0.70, Focalización positiva: 0.83, Relocalización en planes: 0.66, Culpar a otros: 0.82, Poner en perspectiva: 0.70, Reinterpretación positiva: 0.77, Catastrofización: 0.68 (Medrano, Moretti, Ortiz, & Pereno, 2013).

Las evidencias de validez de criterio, obtenidas al correlacionar los puntajes del CERQ con medidas de Emociones Positivas, Emociones Negativas e Interferencia

Emocional, fueron coherentes ya que se pudo observar : correlación significativa y directa entre CERQ y las Emociones Positivas en la dimensión Focalización Positiva (0,41), correlaciones significativas y directas de las Emociones Negativas y las estrategias desadaptativas evaluadas por el CERQ, Auto-culparse (0,35) Rumiación,(0,22) Catastrofización (0,45) y Culpar a Otros (0,37) (Medrano et al., 2013).

Para evaluar las estrategias cognitivas de dificultad en regulación emocional se utilizó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, instrumento originalmente desarrollado por Gratz y Roemer (2004) con el objetivo de identificar dificultades clínicamente relevantes de regulación de emociones negativas. La escala original cuenta con 36 ítems con un formato de respuesta Likert de 5 posiciones (desde 1 = casi nunca hasta 5 = casi siempre) y una estructura de seis factores: 1) Dificultades en el Control de Impulsos (6 ítems: “Cuando me enfado, pierdo el control sobre mis comportamientos”, por ejemplo); 2) Acceso Limitado a Estrategias de Regulación Emocional (8 ítems: “Cuando me disgusto, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor”, por ejemplo); 3) Falta de Aceptación Emocional (6 ítems: “Cuando me disgusto, me siento culpable por sentirme así”, por ejemplo); 4) Interferencia en Conductas Dirigidas a Metas (5 ítems: “Cuando me altero, me cuesta concentrarme”, por ejemplo); 5) Falta de Conciencia Emocional (6 ítems invertidos: “Estoy atento/a a mis sentimientos”, por ejemplo) y 6) Falta de Claridad Emocional (5 ítems: “me siento confuso/a acerca de cómo me siento”, por ejemplo). Cabe señalar que las diferentes escalas presentan una elevada consistencia interna (valores α comprendidos entre 0.8 y 0.89) así como también la escala total ($\alpha = 0.93$) (Medrano et al., 2014).

La versión adaptada en Córdoba Argentina realizada por Medrano y Trólogo (2014) quedó conformada por 28 ítems agrupados en 6 factores que explican el 50.79% de la varianza total, debido a que 7 ítems presentaron cargas factoriales superiores a 0.3

en más de un factor (ítems 10, 15, 16, 17, 23, 24 y 31) y se optó por eliminarlos a los fines de trabajar con ítems unidimensionales. Se elimina también el ítem 4 (“No tengo ni idea de cómo me siento”) ya que estudios posteriores señalaron que el mismo provocaba una disminución considerable en el coeficiente alfa de Cronbach (el valor α decrecía de 0.7 a 0.45).

En esta adaptación con respecto a la Consistencia interna se obtuvieron los siguientes valores alfa de cronbach: Falta de conciencia emocional $\alpha = 0.71$, Falta de claridad emocional $\alpha = 0.7$, Falta de aceptación emocional $\alpha = 0.84$, Interferencia en conductas dirigidas a metas $\alpha = 0.82$, Dificultades en el control de los impulsos $\alpha = 0.87$, Acceso limitado a estrategias de regulación emocional $\alpha = 0.54$. (Medrano & Trógolo, 2014).

Para evaluar la ideación suicida se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck elaborada por Beck en 1979, adaptada al castellano por Comeche, Díaz y Vallejo (1995). Esta escala cuantifica la intencionalidad suicida a través de la evaluación de los pensamientos o ideas de autoeliminación, compuesta por 19 ítems en su versión original y con 21 ítems en su traducción al castellano. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2, que indican un grado creciente de severidad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. La suma total indica la severidad de las ideas suicidas siendo una puntuación mayor o igual a 1 la que indicaría que existe ideación suicida. La puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total. El rango total es de 0-38, siendo un resultado igual o mayor que 1 como indicativa de riesgo de suicidio, lo que equivale a decir que a valores más altos se incrementa el riesgo. En aquellos casos en que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sean igual a 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia

de intencionalidad suicida, y se procede a no continuar aplicando la escala. Presenta una fiabilidad alfa de Cronbach entre .83 y .89. No se han realizado estudios de validación en nuestro país, y sólo se dispone de algunas adaptaciones o traducciones al castellano (Sanchez, Martinez, & Garcia, 2014).

Procedimiento

Para el presente proyecto se llevara a cabo un estudio cuantitativo no experimental, transversal y correlacional, en donde la información procederá de fuentes primarias. Constará de dos grupos: grupo de ex combatientes de Malvinas (GCM) y grupo de aquellos que no fueron combatientes de Malvinas (GNCM).

Se considera este estudio como diseño no experimental ya que se observan los fenómenos en su contexto natural sin manipular las variables, para analizarlos y además los participantes ya pertenecen a un grupo determinado por la variable independiente por autoselección (Sampieri, Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Así mismo, según Sampieri et al. (2014) el diseño es transversal o transaccional ya que los datos se recolectan en un momento dado para poder describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. En este caso la interrelación de dos variables en un momento dado y por ello se denomina correlacional-causal.

Se llevara a cabo un estudio cuantitativo no experimental, transversal y correlacional, en donde la información procederá de fuentes primarias. Se aplicaran las escalas mencionadas (CERQ, DERS Y SSI) a los dos grupos: grupo de ex combatientes de Malvinas (GCM) y grupo de aquellos que no fueron combatientes de Malvinas (GNCM). Las encuestas estarán acompañadas por el consentimiento informado y serán administradas a través de correo electrónico a todo aquel participante que cumpla con los criterios de la investigación y quiera participar voluntariamente.

Con respecto al análisis, a través del programa estadístico IBM SPSS se analizaran los valores obtenidos en cada variable a través de distribución de frecuencias y medidas

de tendencia central que son puntos en una distribución obtenida, los valores medios o centrales de ésta, y nos ayudan a ubicarla dentro de la escala de medición de la variable analizada (Sampieri et al. 2014).

Respecto a la Dificultad en la Regulación Emocional para poder describir el tipo de dificultad se trabajó con las dos dimensiones de segundo orden propuesto recientemente para la escala DERS donde Dificultad en el Procesamiento de la Emoción incluye las variables: Falta de Aceptación Emocional y Falta de Claridad Emocional. Por su parte, Dificultad en la Respuesta Emocional incluye las variables: Interferencia de Conductas Dirigidas a Metas y Dificultad en el Control de Impulsos (Medrano & Trologo, 2014).

Tanto para la Regulación Emocional como para la Dificultad en la Regulación Emocional se realizó una categorización arbitraria. En el caso de ésta última la categorización fue basada en el rango de valores que presentaban las dimensiones que forman parte de las dimensiones de segundo orden, dividiendo los mismos en tres partes proporcionales para lograr así puntajes denominados Bajos, Moderados, y Altos.

Para la categorización arbitraria de la Regulación emocional se tomó el rango de valores de cada una de las nueve dimensiones y se dividió cada uno en tres partes proporcionales para lograr así puntajes denominados Bajos, Moderados, y Altos.

Considerando que la escala de ideación suicida tiene como posibilidad un rango total de puntaje de 0-38, siendo un resultado igual o mayor que 1 como indicativa de riesgo de suicidio, y que a valores más altos se incrementa el riesgo y que a medida que aumenta el puntaje la posibilidad de ideación suicida, se categorizó la variable de manera arbitraria según ese rango sabiendo que la inexistencia de ideación suicida es considerada solo para los casos en que el puntaje es igual a 0; y se lo dividió en 5 partes

proporcionales para obtener puntajes denominados puntaje muy bajo, puntaje bajo, puntaje moderado, puntaje alto y puntaje muy alto.

Para esta escala se debe considerar que los ítems 2 y 4 tienen invertidas las respuestas en la escala original, es decir, en vez de ir de menos severo a más severo (de 0 a 2) está al revés. Por este motivo se invierte también el puntaje otorgado según la elección para que la suma y el resultado sean correctos.

Además cabe mencionar que el ítem número 13 tiene 4 opciones posibles, considerando que la escala de respuestas es de 0 a 2, las dos últimas opciones se puntúan de igual forma con 2 ya que se las considera más severas que las anteriores.

Para examinar y describir si los dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en las tres variables se utilizó la prueba t para variables independientes.

Para comparar si ambos grupos presentan diferencias en cuanto ideación suicida, se utilizó el procedimiento de Chi cuadrado, se tomaron dos ítems de la escala de ideación suicida que se consideran más relevantes para este análisis: deseo de morir y deseo de realizar un intento activo de suicidio, y se transformó el puntaje en variable dicotómica con posibilidad de respuesta “si/no”. De esta forma aquellos que su respuesta implicaba puntaje “0” corresponden a la respuesta “no” y aquellos que su respuesta implicaba puntaje “1 y 2” corresponden a la respuesta “si”.

Finalmente se utilizó el procedimiento de correlación de Pearson para identificar si existen asociaciones entre regulación emocional y puntuación suicida; y dificultad en la regulación emocional y puntuación suicida.

MESES	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
ACTIVIDADES							
Definición de tema y variables							
Lectura de antecedentes							
Portada							
Introducción							
Objetivos							
Marco teorico							
Diseño y metodología							
Recoleccion de datos							
Análisis							
Interpretacion de resultados							
Resultados							
Discución							
Conclusión							
Referencias y anexos							
Entrega final							
Defensa							

RESULTADOS.

Análisis Descriptivos

Se trabajó con un total de 40 personas del sexo masculino en edades comprendidas de los 50 a los 70 años con un promedio de 58,20 ($M= 58,20$; $DE= 4,18$). De la muestra el 50% (f: 20) personas son veteranos de Malvinas y las otras 50% (f: 20) es un grupo control de no veteranos.

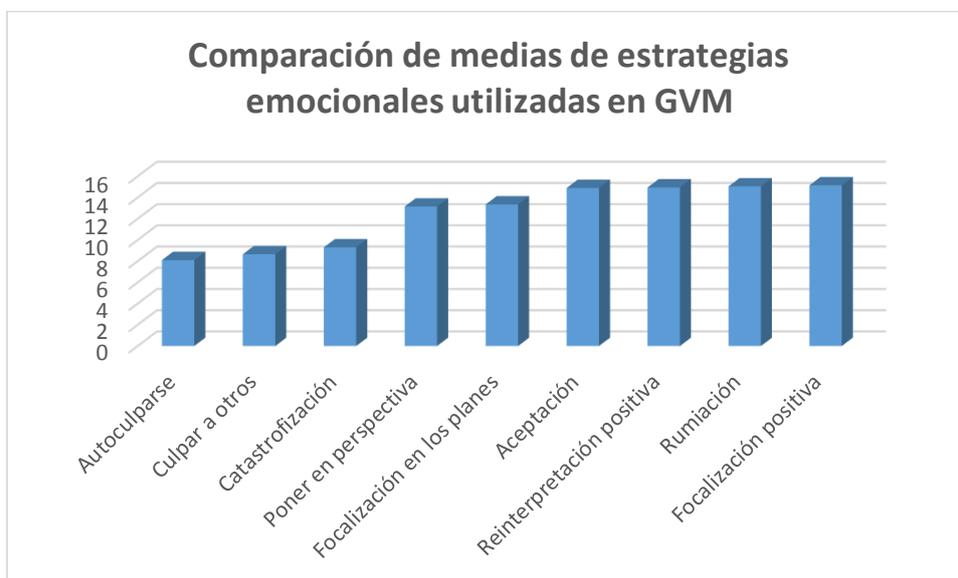
Tabla 1: *Descripción de la edad de la población.*

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	40	51	68	58,20	4,183
N válido (según lista)	40				

Tabla 2: *Descripción de estrategias cognitivas de regulación emocional utilizadas en veteranos de Malvinas.*

	Media
Autoculparse	8,1
Culpar a otros	8,65
Catastrofización	9,3
Poner en perspectiva	13,15
Focalización en los planes	13,35
Aceptación	14,9
Reinterpretación positiva	14,95
Rumiación	15,05
Focalización positiva	15,15

Figura 1: Comparación de medias de estrategias emocionales utilizadas en Veteranos.

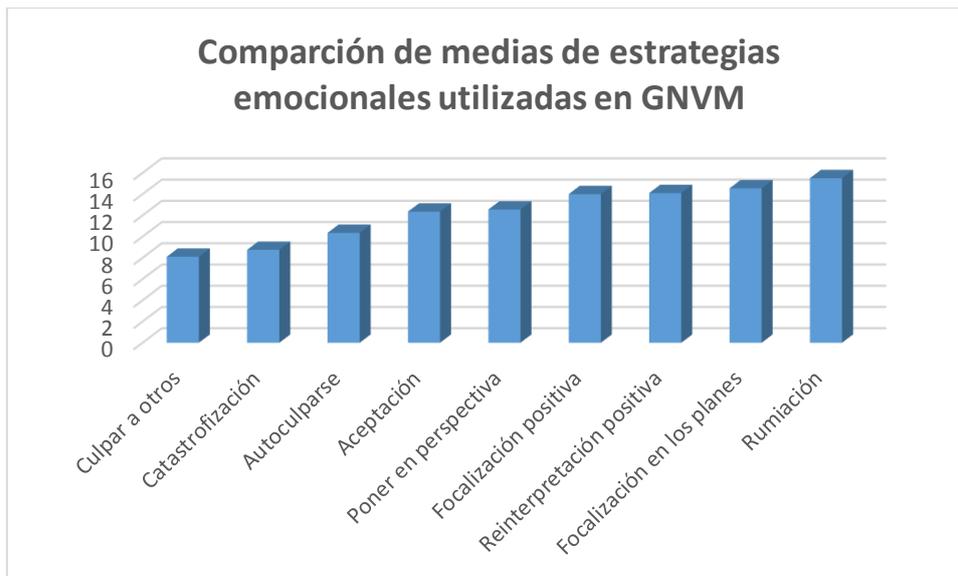


En la tabla 2 y figura 1 de estrategias de regulación emocional en veteranos de Malvinas, se pueden identificar las estrategias con sus medias correspondientes en orden ascendente.

Tabla 3: Descripción de estrategias cognitivas de regulación emocional utilizadas en grupo cuasi control no veteranos de Malvinas.

	Media
Culpar a otros	8,1
Catastrofización	8,75
Autoculparse	10,35
Aceptación	12,35
Poner en perspectiva	12,55
Focalización positiva	14
Reinterpretación positiva	14,1
Focalización en los planes	14,55
Rumiación	15,5

Figura 2: Comparación de medias de estrategias emocionales utilizadas en grupo cuasi control.



En la tabla 3 y figura 2 de estrategias de regulación emocional en no veteranos se pueden identificar las estrategias con sus medias correspondientes en orden ascendente.

Tabla 4: Descripción de las estrategias presentadas en la regulación de las emociones

	Baja	Moderada	Alta
CAO	27(67,50%)	9 (22,50%)	4(10%)
AUTOC	17(42,50%)	19(47,50%)	4(10%)
ACEP	12(30%)	10(25%)	18(45%)
RUMI	19(47,5%)	12(30%)	9(22,50%)
CATAS	23(57,5%)	13(32,50%)	4(10%)
PEP	10(25%)	15(37,50%)	15(37,50%)
RP	5(12,50%)	15(37,50%)	20(50%)
FEP	9(22,50%)	14(35%)	17(42,50%)
FP	6(15%)	17(42,50%)	17(42,50%)

Nota. CAO=Culpar a otros; AUTOC=Autoculparse; ACEP=Aceptación; RUMI=Rumiación; CATAS=Catastrofización; PEP=Poner en perspectiva; RP=Reinterpretación positiva; FEP=Focalización en los planes; FP=Focalización positiva.

Como se puede apreciar en la tabla 4, Culpar a otros, Rumiación y Catastrofización presentan frecuencia baja. Autoculparse presenta frecuencia moderada, y Aceptación,

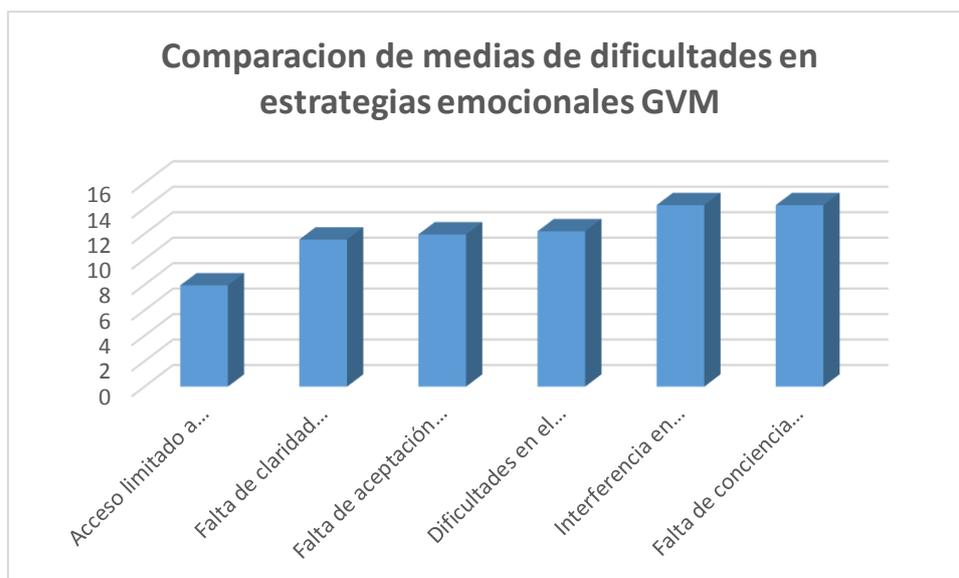
Poner en perspectiva, Reinterpretación positiva, Focalización en los planes y Focalización positiva presentan frecuencia alta.

Como se puede observar las estrategias que se presentan con frecuencia alta son las estrategias adaptativas, por lo cual, a partir de estos resultados se puede inferir que la población utiliza en mayor medida estrategias cognitivas adaptativas, y en menor medida estrategias cognitivas desadaptativas.

Tabla 5: Descripción dificultades en estrategias cognitivas de regulación emocional utilizadas en veteranos de Malvinas.

Veteranos	Media
Acceso limitado a estrategias de regulación	7,95
Falta de claridad emocional	11,55
Falta de aceptación emocional	11,95
Dificultades en el control de impulsos	12,2
Interferencia en conductas dirigidas a metas	14,25
Falta de conciencia emocional	14,25

Figura 3: Comparación de medias de dificultades en regulación emocional Veteranos.

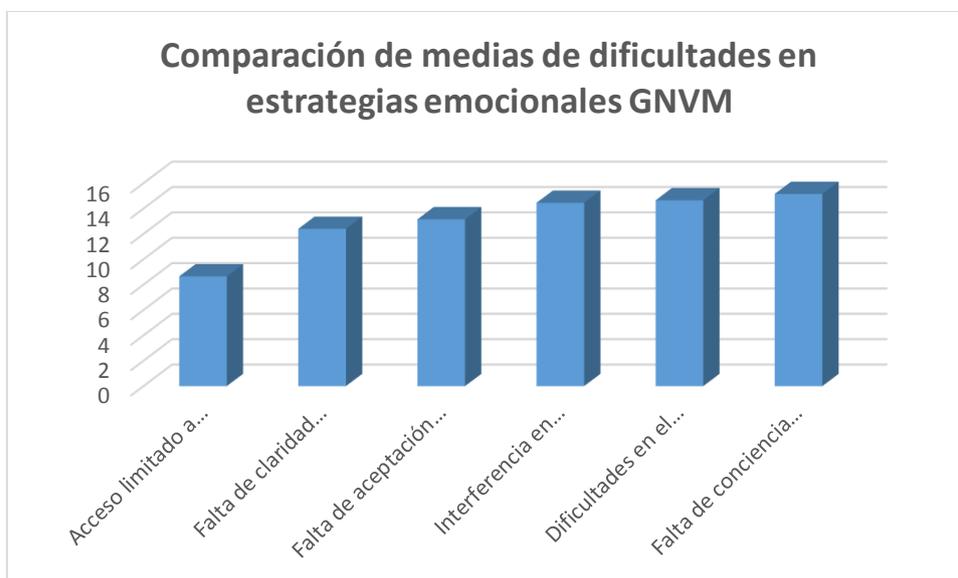


En la tabla 5 y figura 3 de dificultad en las estrategias de regulación emocional en veteranos de Malvinas se pueden identificar las dificultades en la regulación emocional con sus medias correspondientes en orden ascendente.

Tabla 6: Descripción dificultades en estrategias cognitivas de regulación emocional utilizadas en grupo cuasi control no veteranos de Malvinas.

No veteranos	Media
Acceso limitado a estrategias de regulación	8,65
Falta de claridad emocional	12,4
Falta de aceptación emocional	13,15
Interferencia en conductas dirigidas a metas	14,45
Dificultades en el control de impulsos	14,65
Falta de conciencia emocional	15,15

Figura 4: Comparación de medias de dificultades en regulación emocional grupo cuasi control.



En la tabla 6 y figura 4 de dificultad en las estrategias de regulación emocional en no veteranos, se pueden identificar las dificultades en la regulación emocional con sus medias correspondientes en orden ascendente.

Tabla 7: Descripción de las dificultades presentadas en la regulación de las emociones.

	Baja	Moderada	Alta	
FAE	21 (52,5%)	8 (20%)	11 (27.5)	
FCE	15 (37,5%)	19 (47,5%)	6 (15%)	
ICDR	19 (47,5)	13 (32,5%)	8 (20%)	
DCI	25 (62,5%)	5 (12,5%)	10 (25%)	
DIF. EN EL PROCESAMIENTO		36	27	17
DIF. EN LA RESPUESTA		44	18	18

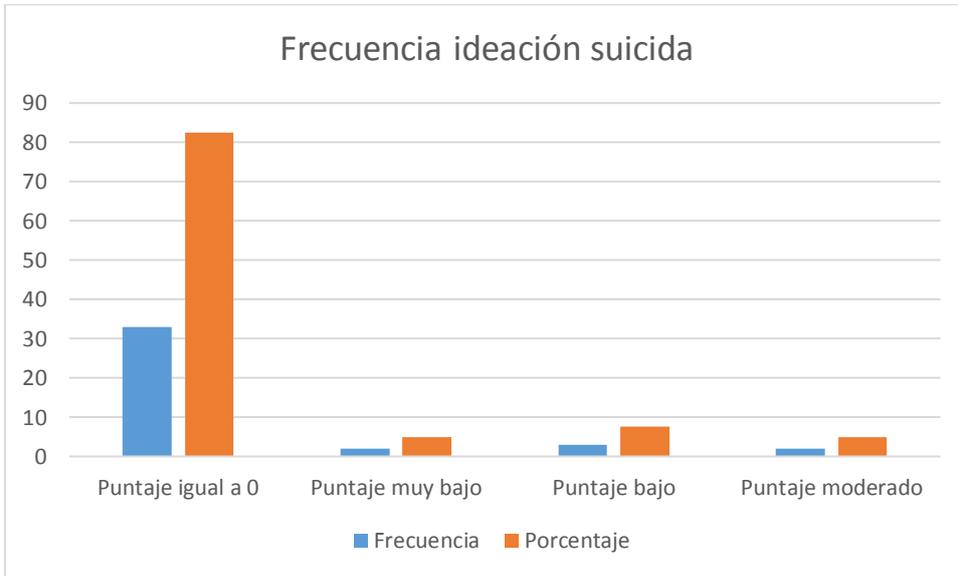
Nota. FAE = Falta de aceptación emocional; FCE = Falta de claridad emocional; ICDR = Inferencia de Conductas Dirigidas a Metas; DCI = Dificultad en el control de impulsos; DIF. EN EL PROCESAMIENTO = Dificultad en el Procesamiento de la Emoción; DIF. EN LA RESPUESTA = Dificultad en la Respuesta Emocional.

En la tabla 7 se puede observar que tanto la dificultad en el procesamiento que incluye: falta de aceptación emocional y falta de conciencia emocional, como la dificultad en la respuesta que incluye: Interferencia en conductas dirigidas a metas y Dificultades en el control de impulsos, presentan frecuencia baja. A partir de estos resultados se puede inferir que no existirían fuertes dificultades en las estrategias de regulación de las emociones.

Tabla 8: Descripción de distribución de puntaje en ideación suicida en el total de la muestra.

Puntuación ideación suicida (agrupado)		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Puntaje igual a 0	33	82,5
	Puntaje muy bajo	2	5
	Puntaje bajo	3	7,5
	Puntaje moderado	2	5
	Total	40	100

Figura 5: Frecuencia puntuación ideación suicida en la población total.



Así, la tabla 8 y figura 5, se puede identificar que en el 82,5% de la muestra hay inexistencia de ideación suicida, en el 5% puntaje muy bajo, en el 7,5% puntaje bajo y en el restante 5% puntaje moderado, no habiendo puntajes con posibilidad alta o muy alta.

Comparación en función de los Grupos

Tabla 9: Descripción de comparación de medias de estrategias de regulación emocional en ambos grupos.

		Estadísticos de grupo			
		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Culpar a otros</i>	<i>veteranos</i>	20	8,65	,401	,691
	<i>no</i>	20	8,10		
<i>Autoculparse</i>	<i>veteranos</i>	20	8,10	-2,209	,033
	<i>no</i>	20	10,35		
<i>Aceptación</i>	<i>veteranos</i>	20	14,90	1,865	,070
	<i>no</i>	20	12,35		
<i>Rumiación</i>	<i>veteranos</i>	20	15,05	-,238	,813
	<i>no</i>	20	15,50		
<i>Catastrofización</i>	<i>veteranos</i>	20	9,30	,391	,698
	<i>veteranos</i>	20	9,30		

	<i>no</i>	20	8,75		
	<i>veteranos</i>				
<i>Poner en perspectiva</i>	<i>veteranos</i>	20	13,15	,448	,657
	<i>no</i>	20	12,55		
	<i>veteranos</i>				
<i>Reinterpretación</i>	<i>veteranos</i>	20	14,95	,684	,498
<i>positiva</i>	<i>no</i>	20	14,10		
	<i>veteranos</i>				
<i>Focalización en los</i>	<i>veteranos</i>	20	13,35	-,904	,372
<i>planes</i>	<i>no</i>	20	14,55		
	<i>veteranos</i>				
<i>Focalización positiva</i>	<i>veteranos</i>	20	15,15	,919	,364
	<i>no</i>	20	14,00		
	<i>veteranos</i>				

Tal como se describe en la tabla 9 si bien a simple vista hay diferencia entre las medias de ambos grupos en algunas dimensiones de la variable regulación emocional, se puede observar que solo en la dimensión autoculparse existe una diferencia significativa entre ambos grupos siendo utilizada con mayor frecuencia en el grupo de no veteranos.

Tabla 10: Descripción de comparación de medias de dificultad en estrategias de regulación emocional en ambos grupos.

Estadísticos de grupo						
¿Es veterano de Malvinas?		N	Media	t	p	
Falta de aceptación emocional	veteranos	20	11,9500	-,612		,544
	no	20	13,1500			
Dificultades en el control de impulsos	veteranos	20	12,2000	-1,019		,315
	no	20	14,6500			
Falta de claridad emocional	veteranos	20	11,5500	-,980		,333
	no	20	12,4000			
Interferencia en conductas dirigidas a metas	veteranos	20	14,2500	-,120		,905
	no	20	14,4500			
Falta de conciencia emocional	veteranos	20	14,2500	-,796		,431
	no	20	15,1500			
Acceso limitado a estrategias de regulación	veteranos	20	7,9500	-,813		,421
	no	20	8,6500			
	<i>veteranos</i>					

Tal como se describe en la tabla 10 si bien a simple vista hay diferencia entre las medias de algunas dimensiones de la variable de dificultad en la regulación emocional, se puede observar que no existe una diferencia significativa entre ambos grupos.

Tabla 11: *Descripción de comparación de medias de puntuación en ideación suicida en ambos grupos*

Estadísticos de grupo					
¿Es veterano de Malvinas?		N	Media	t	p
Puntuación ideación suicida	veteranos	20	2,6000	1,02000	0,31400
	no	20	1,1500		
	veteranos				

La tabla 11 indica que no existen diferencias significativas entre las medias de ambos grupos.

Tabla 12: *Tabla de contingencia de veteranos de Malvinas y Deseos de morir.*

Tabla de contingencia				
		No		
		Veteranos	veteranos	Total
Deseos de morir	no	16	17	33
		80,0%	85,0%	82,5%
	si	4	3	7
		20,0%	15,0%	17,5%
Total		20	20	40
		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 13: *Chi cuadrado de la tabla de contingencia de veteranos de Malvinas y Deseos de morir.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,173 ^a	1	,677

Tabla 12 y 13 se puede apreciar que pertenecer al grupo de Veterano de Malvinas o al grupo de No Veteranos no influye sobre el deseo de morir, por este motivo no hay diferencia entre el deseo de morir y ambos grupos de la muestra.

Tabla 14: *Tabla de contingencia de veteranos de Malvinas y Deseos de realizar un intento activo de suicidio.*

Tabla de contingencia				
		No		
		Veteranos	veteranos	Total
Deseos de realizar intento activo de suicidio	No	18	19	37
		90,0%	95,0%	92,5%
	Si	2	1	3
		10,0%	5,0%	7,5%
Total		20	20	40
		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 15: *Chi cuadrado de la tabla de contingencia de veteranos de Malvinas y Deseos de realizar un intento activo de suicidio.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,360 ^a	1	,548

Tabla 14 y 15 se puede apreciar que pertenecer al grupo de Veterano de Malvinas o al grupo de No Veteranos no influye sobre el deseo de realizar un intento activo de suicidio, por este motivo no hay diferencia entre este último y ambos grupo de la muestra.

Análisis correlacional

Tabla 16: *Correlación r de Pearson entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y puntuación en ideación suicida.*

Correlaciones		
		Puntuación ideación suicida
Culpar a otros	Correlación de Pearson	,239
	Sig. (bilateral)	,138
Autoculparse	Correlación de Pearson	-,001
	Sig. (bilateral)	,993
Aceptación	Correlación de Pearson	,138
	Sig. (bilateral)	,395
Rumiación	Correlación de Pearson	,449**
	Sig. (bilateral)	,004
Catastrofización	Correlación de Pearson	,433**
	Sig. (bilateral)	,005

Poner en perspectiva	Correlación de Pearson	,085
	Sig. (bilateral)	,603
Reinterpretación positiva	Correlación de Pearson	-,012
	Sig. (bilateral)	,940
Focalización en los planes	Correlación de Pearson	,009
	Sig. (bilateral)	,955
Focalización positiva	Correlación de Pearson	-,253
	Sig. (bilateral)	,115

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En virtud de los datos identificados en la tabla 16, se observan las siguientes relaciones. Entre Rumiación e ideación suicida la correlación resulta positiva y de media magnitud. Entre Catastrofización e ideación suicida la correlación resulta positiva y de media magnitud. Entre Focalización positiva e ideación suicida la correlación resulta negativa y de débil magnitud. . Entre Culpar a otros e ideación suicida la correlación resulta positiva y de débil magnitud. Es decir, a medida que aumenta la ideación suicida, aumentan las estrategias cognitivas de regulación emocional disfuncionales: Rumiación, Catastrofización y culpar a otros; y a medida que aumenta la ideación suicida disminuye la estrategia de regulación emocional adaptativa: Focalización positiva.

No obstante, sólo se observan correlaciones estadísticamente significativas a un nivel del 0,05 en las estrategias cognitivas de regulación emocional Rumiación y Catastrofización.

Se puede inferir que las estrategias de regulación desadaptativas o disfuncionales están correlacionadas de manera directa con las ideas suicidas.

Tabla 17: *Correlación r de Pearson entre dificultad en estrategias cognitivas de regulación emocional y puntuación de ideación suicida.*

Correlaciones		Puntuación ideación suicida
Acceso limitado a estrategias de regulación	Correlación de Pearson	,197
	Sig. (bilateral)	,224
Falta de conciencia emocional	Correlación de Pearson	-,363*
	Sig. (bilateral)	,021
Interferencia en conductas dirigidas a metas	Correlación de Pearson	,377*
	Sig. (bilateral)	,017
Falta de claridad emocional	Correlación de Pearson	,154
	Sig. (bilateral)	,344
Dificultades en el control de impulsos	Correlación de Pearson	,386*
	Sig. (bilateral)	,014
Falta de aceptación emocional	Correlación de Pearson	,424**
	Sig. (bilateral)	,006

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En virtud de los datos identificados en la tabla 17 se observan las siguientes relaciones estadísticamente significativas. Entre Falta de aceptación emocional e ideación suicida, entre Dificultades en el control de impulsos e ideación suicida, entre Interferencias de conductas dirigidas a metas e ideación suicida las correlaciones resultan

positivas y de media magnitud. Entre Falta de conciencia emocional e ideación suicida la correlación resulta negativa y de media magnitud. En las dos dimensiones restantes, entre Acceso limitado a estrategias de regulación e ideación suicida y Falta de claridad emocional e ideación suicida la correlación resulta positiva y de débil magnitud. Es decir, a medida que aumenta la ideación suicida la muestra presenta mayor dificultad en la regulación emocional. No obstante, no se observan correlaciones estadísticamente significativas a un nivel del 0,05, por lo que se podría inferir que no se presenta correlación entre las dificultades en la regulación emocional y las ideas suicidas.

DISCUSIÓN.

El presente Trabajo Final de Graduación tuvo como objetivo principal comprender la relación existente entre las ideas suicidas y la regulación o dificultad en la regulación de las emociones en ex combatientes de Malvinas en cotejo con un grupo control.

Por un lado, en cuanto a la indicación de la distribución de las estrategias cognitivas de regulación emocional utilizadas, se puede inferir que no hay diferencia entre ambos grupos con respecto a las estrategias utilizadas; con frecuencia alta se encuentran aceptación, poner en perspectiva, reinterpretación positiva, focalización en los planes y

focalización positiva. Con frecuencia moderada se presenta autoculparse y frecuencia baja rumiación, catastrofización y culpar a otros.

Las estrategias que se presentan con frecuencia alta se consideran estilos de afrontamiento adaptativo y corresponden al procesamiento cognitivo elaborativo. Las estrategias que se presentan con frecuencia moderada y baja se consideran estilos de afrontamiento desadaptativos y corresponden al procesamiento cognitivo automático (Medrano et al. 2016; Boutin et al. 2011). Pero resulta de importancia resaltar que el uso de la estrategia cognitiva autoculparse, se encuentra significativamente incrementada en el grupo cuasi control. Esto puede deberse a la existencia de inconvenientes en la capacidad de control que tienen los sujetos sobre la situación traumática. Jalil (2006) indica que la capacidad de control que el sujeto tiene de la situación traumática contribuye a regular la intensidad de la respuesta al evento traumático, cuando éste se acompaña de pérdida, de daño a terceros o de sentimientos de culpa, es probable que se incremente la intensidad de la respuesta emocional. En este caso se incrementan las respuestas desadaptativas correspondientes al procesamiento automático.

En cuanto a la indicación de la distribución de las dificultades en estrategias cognitivas de la regulación emocional no hay diferencia entre ambos grupos; tanto la dificultad en el procesamiento como la dificultad en la respuesta presentan frecuencia baja. Pero si cabe destacar que la dimensión falta de claridad emocional presenta frecuencia moderada.

En base a estos resultados se permite inferir entonces que la población estudiada no presentaría falencias en el uso de estrategias cognitivas de regulación emocional, como tampoco significativas dificultades en la regulación emocional.

Si tomamos en cuenta el modelo de Hervas (20011), este resultado puede deberse a que el proceso emocional de la experiencia completa determinadas tareas previas en total seis: la apertura emocional, la atención emocional, la aceptación emocional, el etiquetado emocional, el análisis emocional y la regulación emocional; a causa de lo cual la regulación será exitosa y eficaz.

Con respecto a ideación suicida si bien el puntaje más alto, es decir de puntaje moderada de ideación, fue obtenido en el grupo de veteranos de Malvinas, los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre los grupos presentándose en el 82,5 % del total de la muestra puntaje cero equivalente a la inexistencia de ideas suicidas. Un análisis más claro y focal lo permite la prueba Chi cuadrado en donde se puede evidenciar que ser ex combatiente de Malvinas no tiene influencia sobre el deseo de morir y sobre el deseo de realizar un intento activo de suicidio. Esto no concuerda con los estudios previos como el de Millan (2017) que revela que el 58% de los ex combatientes argentinos experimentaron episodios de depresión relacionados con el conflicto y 28% tuvieron ideas de suicidio.

El que las estrategias utilizadas con alta frecuencia sean las adaptativas o elaborativas con correlación indirecta con ideación suicida, aunque no se observen correlaciones estadísticamente significativas, es coincidente con estudios como los de Janetzke, Rivera y Andrade que muestran como los recursos psicológicos tienen un efecto mediador y moderador sobre la ideación suicida (Hermosillo de la Torre, et al., 2015).

En relación a ello, los resultados permiten deducir que la población estudiada no presentaría correlación entre ideas suicidas y la dificultad en la regulación de las emociones. Esto no coincide con la evidencia existente de que la incapacidad para regular

las emociones está fuertemente asociada con intentos e ideación suicida (Shelef, et al., 2015).

También permiten deducir que se presenta correlación directa entre ideas suicidas y dos dimensiones de las estrategias de regulación emocional: Rumiación y Catastrofización. La rumiación es la tendencia a perseverar en pensamientos negativos y preocupaciones excesivas y la catastrofización es la tendencia a exagerar o ampliar las consecuencias negativas de un evento (Medrano, et al., 2016).

Esto indicaría que a medida que aumentan las estrategias de regulación disfuncionales también aumentan las ideas suicidas lo cual es coincidente con investigaciones que plantean que los pensamientos disfuncionales son considerados un factor de riesgo cognitivo para la conducta suicida, y están relacionados con la ideación suicida porque se activan cuando a la persona se le presenta una situación estresante que no puede controlar (Duarte Vélez et al., 2012).

Teniendo en cuenta que la dimensión autoculparse tiene frecuencia moderada en ambos grupos, se entiende la relación indirecta entre rumiación e ideas suicidas ya que como lo indican los estudios de Skinner, la rumiación (focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y amenazante de la situación) incluye pensamientos de autoinculpación, entre otros.

Implicancias prácticas

En base a los resultados arribados y a lo analizado, se podría decir que no se manifiesta dificultad en la regulación emocional, sino que se manifiesta un proceso doble en donde paralelamente se accede a al sistema de proceso elaborativo que implica el manejo y la elaboración de la información por lo que el procesamiento es más racional, y al sistema de proceso automático que no requiere de muchos recursos atencionales y es

difícil de regular. Según el modelo psicoevolucionista a medida que el ser humano ha ido evolucionando, lo han hecho también las capacidades cognitivas pero que en la actualidad frente a una amenaza aún se activarían una serie de patrones cognitivos primitivos y arcaicos. Es por ello, que incluso presentándose una correcta habilidad para regular las emociones a través de un sistema elaborativo que es consciente y voluntario, se sucumbe ante el sistema automático que es preconsciente porque son procesos simples, rápidos, intensos y en gran medida fuera del control voluntario. Por este motivo, los fallos en la regulación de las emociones no estaría dado por la incapacidad en el proceso elaborativo de regulación, sino por la incapacidad de control del proceso automático de regulación ante el cual se cede.

Ante esto, sería interesante realizar estrategias terapéuticas de regulación emocional haciendo hincapié en el aprendizaje para gestionar o manejar los procesos automáticos tales como rumiación, catastrofización y autoculparse.

Con respecto a la autculpa se debería examinar porque se presenta con frecuencia moderada en la población. Si se considera que éste constructo está relacionado con las situaciones adversas vividas en donde se espera que las personas padezcan emociones negativas de gran intensidad en los primeros momentos como sufrimiento y culpabilidad, pero que disminuya su intensidad con el transcurso del tiempo, se presentan interrogantes: ¿la muestra estudiada vive los traumas de una forma más aguda? ¿O tal vez ha vivido traumas de manera reciente a la aplicación de la escala?

Limitaciones del Estudio y Futuras líneas de investigación

Es importante destacar, las limitaciones metodológicas. Se debe considerar como primera medida que la muestra es pequeña, es decir limitada, y por ello los resultados no pueden generalizarse. Aquí cabe aclarar que si bien es una población particular, la

muestra es pequeña no por inconvenientes en el acceso sino porque muchas personas no quisieron participar y otras no quisieron contestar la escala de ideación suicida.

En segundo lugar la muestra no es probabilística, fueron veteranos voluntarios que se ofrecieron a participar, esta condición podría sesgar los resultados ya que no es posible calcular con precisión o con qué nivel de confianza se hace la estimación.

Además se debe considerar q la escala de Ideación Suicida utilizada es la elaborada por Beck en 1979, adaptada al castellano por Comeche, Díaz y Vallejo (1995) pero no se han realizado estudios de validación en nuestro país, por lo que podría afectar la confiabilidad y la validez del instrumento. Así mismo, cabe destacar que las preguntas han sido auto administradas y por ello no se puede determinar que las respuestas hayan sido auténticas ya que tiene preguntas muy directas lo cual puede afectar o influir en quien responde. Con respecto a esta escala, se encuentran dos ítems invertidos y un ítem con posibilidad de cuatro respuestas en lugar de tres, por lo cual hay que tener precaución al aplicarla y calcular el puntaje, y considerar además, que lo que evalúa y valora es muy escaso para este tipo de investigación.

Por otro lado se debe valorar para futuras investigaciones los factores de riesgo y de protección que pueden estar presentes en ideación suicida. Tal como indica la Organización Mundial de la Salud, dentro de los factores de orden individual que ponen a los individuos en riesgo de suicidio se encuentran estar deprimido, haber intentado suicidarse y estado de desesperanza. Agrega que el riesgo se mitiga si cuenta con algunos recursos psicológicos como una red social de apoyo, la capacidad de manejar adecuadamente las situaciones estresantes, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas (Hermosillo de la torre, et al., 2015).

Además, se deberían incluir entre los factores de riesgo antecedentes de daño dirigido hacia sí mismos y la incapacidad para resolver problemas, baja autoestima,

depresión, aislamiento, salud precaria, sentimiento de rechazo y desesperanza (Gutierrez Garcia et al., 2006).

REFERENCIAS.

Abello Luque, D., García Montaña, E., García Roncallo, P., Jiménez, L., Niebles Charris, J., & Pérez Pedraza, D. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel

- de formación en una escuela militar colombiana. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 299-301.
- Bisquerra Alzina, R., & Perez Escoda, N. (2007). las competencias emocionales. *Educacion XXI*(10), 61-82.
- Chóliz Montañés , M. (2005). PSICOLOGÍA DE LA EMOCIÓN: el proceso emocional. Valencia, España. Obtenido de www.uv.es/=choliz
- Duarte Velez, Y., Lorenzo Luaces, L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 1-17.
- Gutiérrez García, A., Contreras, Carlos M, Orozco Rodríguez, & Rosselli Chantal . (2006). El Suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.
- Hermosillo de la Torre, A., Vacio Muro, M., Mendez Sanchez, C., Palacios Salas, P., & Sahagún Padilla, M. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. 25(2), 52-56. doi:10.15174/au.2015.900
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional:el papel de los déficit emocionales en los transtornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.
- Jakšić , N., Margetić , B., & Marčinko, D. (2017). COMORBID DEPRESSION AND SUICIDE IDEATION IN PATIENTS WITH COMBAT-RELATED PTSD: THE ROLE OF TEMPERAMENT CHARACTER, AND TRAIT IMPULSIVITY. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 51-59.
- Jalil, A. (2006). Transtorno por estrés post traumático en veteranos de Malvinas. *Universidad siglo 21*.
- Leguizamón, L., Correche, M., & Gomez, L. (2012). CONSECUENCIAS DE LA GUERRA EN EX COMBATIENTES. UNA REVISION BIBLIOGRAFICA. *Revista dialogos*, 3(1), 29-44.
- Limonero, J., Sabado, J., Fernandez Castro, J., Gomez Romero, M., & Ardilla Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología Conductual*, 20(1), 183-196.
- Logan, J., Bohnert, A., Spies, E., & Jannausch, M. (2016). Suicidal ideation among young Afghanistan/Iraq War Veterans and civilians: Individual, social, and environmental risk factors and perception of unmet mental healthcare needs, United States, 2013. *Psychiatry Research*, 245, 398–405.
- Lolich, M., Paly, G., Nistal, M., Becerra, L., & Azzollini, S. (2014). Memoria Autobiográfica, Sentidos y Fenomenología: Recuerdos de Tipo Traumático en Excombatientes. *Psyche*, 23(1), 1-13.
- Marulanda, S. R., & Vargas Gutierrez, R. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación

- cognitivoconductual:una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *psicologia desde el caribe*, 30(3), 495-525.
- Medrano, L., & Trólogo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, 4(13), 15-26.
- Medrano, L., Moretti, L., Ortiz, A., & Pereno, G. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *PSYKHE*, 22(1), 83-96.
- Medrano, L., Muñoz Navarro, R., & Cano Vindel, A. (2016). Procesos cognitivos y regulación emocional: aportes desde una aproximación psicoevolucionista. *Ansiedad y Estrés*, 22, 47-54.
- Millan, A. (2017). Ex Combatientes de Malvinas - La guerra y consecuencias. Cescem.org.ar. recuperado de: <http://www.cescem.org.ar/excombatientes/consecuencias.html>
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2014). Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones.
- Quintanilla Montoya, R., Haro Jiménez, L., Flores Villavicencio, M., Celis de la Rosa, A., & Valencia Abundiz, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 5(2).
- R. Cabello González, P. F.-B. (2006). una aproximación a la medición de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y estrés*.
- Sampieri, R., Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (sexta edición ed.). DF, México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Sanchez, D., Martínez, J., & García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and*, 14(2), 277-290.
- Shelef, L., Fruchter, E., Hassidim, A., & Zalsman, G. (2015). Emotional regulation of mental pain as moderator of suicidal ideation in military settings. *European Psychiatry*, 30, 765-769.
- Sher, L. (2009). suicide in war veterans:the role of comorbidity of PTSD and depression. *expert reviews neurother*, 9(7), 921-923.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de neuro-psiquiatria*, 43(3), 201-209.
- Toro Tobar, R., Grajales Giraldo, F., & Sarmiento Lopez, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.

Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 93-102.

ANEXOS.

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Abalos Erika Noelia, de la Universidad Empresarial Siglo 21. Te he invitado a completar tres encuestas para

contribuir a la investigación de mi tesis de grado, lo cual tomará aproximadamente 20 (veinte) minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y todos los datos obtenidos son confidenciales y sólo para uso de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya se agradece su participación.

Abalos Erika Noelia

CERQ

Nombre (opcional):
Sexo:
Edad:
Veterano de Malvinas: si/no

--

Generalmente todos hemos tenido que afrontar ahora o en el pasado sucesos negativos o displacenteros. Cada persona responde de una forma característica y propia antes estas situaciones. Por medio de las siguientes preguntas tratamos de conocer en qué piensas cuando experimentas sucesos negativos o desagradables.

Casi nunca					casi siempre
1	2	3	4	5	

- 1.- _____ Siento que yo soy el culpable de lo que pasó
- 2.- _____ Pienso que tengo que aceptar lo que pasó
- 3.- _____ Normalmente pienso en cómo me siento acerca de lo que he sentido
- 4.- _____ Pienso en cosas más agradables que lo que me ha pasado
- 5.- _____ Pienso qué cosas podría haber hecho mejor
- 6.- _____ Pienso que puedo aprender algo de la situación
- 7.- _____ Pienso que podría haber sido mucho peor
- 8.- _____ Pienso en que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que le pasa a otros
- 9.- _____ Pienso que otros son culpables de lo que me pasó
- 10.- _____ Sigo pensando en lo terrible que es lo que me ha pasado
- 11.- _____ Pienso que otras personas pasan por experiencias mucho peores
- 12.- _____ Pienso que puedo convertirme en una persona más fuerte

- 13.- _____ Pienso cómo puedo afrontar mejor la situación
- 14.- _____ Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que he vivido
- 15.- _____ Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado
- 16.- _____ Pienso que tengo que aceptar la situación
- 17.- _____ Siento que soy el responsable de lo que ha pasado
- 18.- _____ Quiero entender por qué me siento de esa manera
- 19.- _____ Pienso en cómo cambiar la situación
- 20.- _____ Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas
- 21.- _____ Pienso en los fallos que otros han cometido en esa situación
- 22.- _____ Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que le puede pasar a alguien
- 23.- _____ Pienso que esa situación tiene también partes positivas
- 24.- _____ Pienso en algo agradable en lugar de lo que ha ocurrido
- 25.- _____ Pienso que no puedo cambiar nada al respecto
- 26.- _____ Pienso en los errores que he cometido
- 27.- _____ Me sumerjo en los sentimientos que la situación me ha generado
- 28.- _____ Pienso en experiencias agradables
- 29.- _____ Pienso que otros son responsables de lo que ha ocurrido
- 30.- _____ Pienso un plan para que en un futuro me vaya mejor

- 31.- _____ Miro las partes positivas del problema
- 32.- _____ Pienso que tengo que aprender a vivir con ello
- 33.- _____ Pienso que fundamentalmente la causa recae en mí mismo
- 34.- _____ Me digo a mí mismo que hay cosas peores en la vida
- 35.- _____ Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación
- 36.- _____ Pienso que fundamentalmente la causa recae en otros

DERS

Por favor, ahora indica con qué frecuencia las siguientes afirmaciones se te pueden aplicar, escribiendo para cada ítem el número apropiado de la escala que se encuentra a continuación:

1-----2-----3-----4-----

--5

Casi nunca a veces casi la mitad del tiempo la mayor parte del tiempo casi siempre
 (0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

	1	2	3	4	5
1.- Yo entiendo mis sentimientos.					
2.- Presto atención a cómo me siento.					
3.- Yo experimento mis emociones como sobrecogedoras y fuera de control.					
4.- No tengo ni idea de cómo me siento					
5.- Me cuesta entender mis sentimientos.					
6.- Estoy atento/a a mis sentimientos.					
7.- Sé exactamente cómo me siento.					
8.- Me importa lo que estoy sintiendo.					
9.- Me siento confuso/a acerca de cómo me siento.					
10.- Cuando estoy disgustado/a, yo admito mis emociones.					
11.- Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme así.					
12.- Cuando me disgusta, me da vergüenza sentirme así.					

13.- Cuando me disgusto, me cuesta hacer mi trabajo.					
14.- Cuando me altero, pierdo el control.					
15.- Cuando me disgusto, creo que voy a permanecer disgustado/a por mucho tiempo					
16.- Cuando me disgusto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.					
17.- Cuando me altero, creo que mis sentimientos son válidos e importantes.					
18.- Cuando me enfado, me cuesta centrarme en otras cosas.					
19.- Cuando me altero, me siento fuera de control.					
20.- Cuando estoy disgustado/a, yo sigo pudiendo acabar mis tareas.					
21.- Cuando me altero, me siento avergonzado/a por sentirme así					
22.- Cuando me disgusto, sé que puedo encontrar una forma de sentirme mejor eventualmente.					
23.- Cuando me altero, siento que soy débil.					
24.- Cuando estoy molesto/a, siento que puedo seguir controlando mi conducta.					
25.- Cuando me disgusto, me siento culpable por sentirme así.					

26.- Cuando me altero, me cuesta concentrarme.					
27.- Cuando estoy disgustado/a, me cuesta controlar mis comportamientos.					
28.- Cuando me disgusto, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.					
29.- Cuando estoy disgustado/a, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.					
30.- Cuando me altero, empiezo a sentirme muy mal acerca de mí mismo/a.					
31.- Cuando me disgusto, creo que lo único que puedo hacer es revolcarme en mi					
32.- Cuando me enfado, pierdo el control sobre mis comportamientos.					
33.- Cuando estoy disgustado/a, tengo dificultades para pensar en ninguna otra cosa.					
34.- Cuando me disgusto, me tomo el tiempo para darme cuenta de lo que estoy sintiendo de verdad.					
35.- Cuando estoy disgustado/a, me lleva mucho tiempo sentirme mejor.					
36.- Cuando me altero, mis emociones parecen abrumadoras.					

SSI ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Identificación.....Fecha.....

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.

1.- Deseo de vivir.

Moderado a intenso

Débil

Ninguno

2.- Deseo de morir.

Moderado a intenso

Débil

Ninguno

3.- Razones para vivir / morir.

Las razones para vivir son superiores a las de morir

Iguales

Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.

Moderado a intenso

Débil

Ninguno

5.- Intento pasivo de suicidio.

Tomaría precauciones para salvar su vida

Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada)

Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un

diabético que deja de tomar la insulina)

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.

6.- Dimensión temporal: duración.

Breve, períodos pasajeros

Períodos más largos

Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

Rara, ocasional

Intermitente

Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

Rechazo

Ambivalencia, indiferencia

Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

Tiene sensación de control

No tiene seguridad de control

No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles

son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si

fracasa el intento, irreversibilidad).

No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio

Los factores disuasorios tienen cierta influencia

Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

11.- Razones del proyecto de intento.

Manipular el medio, atraer atención, venganza

Combinación de ambos

Escapar, acabar, resolver problemas

III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.

12.- Método: especificación / planes.

No los ha considerado

Los ha considerado, pero sin detalles específicos

Los detalles están especificados / bien formulados

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.

Método no disponible; no hay oportunidad

**El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible
fácilmente.**

Método y oportunidad accesible

Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14.- Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente

Inseguro de su coraje, competencia

Seguro de su competencia, coraje

15.- Expectativas / anticipación de un intento real.

No

Incierto, no seguro

Sí

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.

16.- Preparación real.

Ninguna

Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)

Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17.- Notas acerca del suicidio.

No escribió ninguna nota

Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla

Completada

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).

Ninguno

Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados

Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

Reveló estas ideas abiertamente

Fue reacio a revelarlas

Intentó engañar, encubrir, mentir

V.- FACTORES DE FONDO.

20.- Intentos previos de suicidio.

Ninguno

Uno

Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento.

Baja

Moderada; ambivalente, insegura

Alta

PUNTUACIÓN TOTAL:

Actitud ante la vida/muerte:

Pensamientos/deseos suicidas:

Proyecto de intento:

Intento proyectado:

Factores disuasorios:

Intentos previos: