

EL VACÍ EXISTENCIAL EN LAS PERSONAS CON TENTATIVAS SUICIDAS

Cassandra Planas Riquelme

Tutor: Jordi Naudó

Trabajo de final de grado de Psicología

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC - UCC)

13 de mayo del 2016

Agradecimientos

En primer lugar, mi mayor agradecimiento va dirigido a la profesora y psicóloga Lola Riesco y a la enfermera Judit Pons. Sin ellas este estudio no podría haber sido posible. A mi tutor, Jordi Naudó, por orientarme y darme siempre un buen criterio constructivo.

También quiero agradecer a las personas que más me han apoyado en todo el proceso que me ha llevado hasta aquí, por escucharme y hacerme sentir validada cada día: mi familia.

A mis amigos, por mostrarse interesados en todo momento y aguantar cada uno de mis discursos.

Y por último, pero no menos importante, a las personas que han participado en este estudio y han hecho que ahora sea algo real.

Todos y cada uno, gracias.

Resumen

Objetivos: la hipótesis de nuestro trabajo propone el *vacío existencial* como factor predisponente a la realización de conductas suicidas en población clínica, y como factor protector todas aquellas creencias relacionadas con la supervivencia y el afrontamiento de situaciones, conocidas como particulares adaptativas ante la decisión de realizar una conducta suicida. Se analiza en pacientes del Consorci Hospitalari de Vic si el constructo *vacío existencial* es una de las causas responsables en la realización de tentativas suicidas. Asimismo, se identifican las razones por las cuales las personas deciden no consumar el suicidio y continuar viviendo en el momento presente. Ambas hipótesis se contrastan entre muestras clínicas y no clínicas. Comparar el presente estudio con estudios previos realizados en otros países por autores como Martínez, E., Trujillo, A., & Trujillo, C. (2012) y García, J., et al. (2009).

Método: se analiza el constructo *vacío existencial* como factor de riesgo ante las tentativas suicidas a través del test Propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL), y las razones para vivir como factor protector a partir del test Inventario de Razones Para Vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL). La muestra la componen 2 grupos de 12 personas cada uno. El primero se constituye de personas en tratamiento psicológico que haya realizado al menos un intento autolítico, y el segundo, es un grupo control que nunca ha experimentado un intento autolítico.

Resultados: los resultados del test Propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) nos indican que existen puntuaciones de *vacío existencial* ($M = 68,83$) en la muestra clínica (91,7 %). En población no clínica, los resultados del test PIL y del dominio 1 del Inventario de Razones Para Vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL), nos señalan una correlación positiva ($p = 0,59$) entre el *logro de sentido* y las *creencias en la vida y de afrontamiento*. En muestra no clínica ($n = 12$) la puntuación media del test PIL ($M = 100,83$) alcanza niveles de *indefinición*. Se confirma el *vacío existencial* como causa posible de tentativas suicidas, y se identifica el dominio 2 y 3 del RFL como principales factores protectores.

Palabras clave: tentativas suicidas, vacío existencial, razones para vivir, conductas suicidas, factor protector, riesgo suicida, sentido de vida, PIL, RFL

Abstract:

Objectives: the hypothesis of this essay states that the *existential vacuum* is an underlying factor in the fulfilment of suicidal behaviour in the clinical population. Likewise, it suggests that beliefs related to survival and how this situation is confronted could be considered protective factors, which are adaptive peculiarities in the decision to commit suicide. The *existential vacuum* construct was analysed in patients of the Consorci Hospitalari in Vic (Spain) in order to verify whether it is one of the causes that led to the fulfilment of suicide attempts. Likewise, this essay identifies the reasons why people decide not to commit suicide and to continue to live in the present. Both hypotheses are corroborated with clinical and non-clinical samples. This study was compared with previous studies carried out in other countries by authors such as Martínez, E., Trujillo, A., & Trujillo, C. (2012) and García, J., et al. (2009).

Methodology: the *existential vacuum* construct was analysed using the Purpose in Life Test (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) in order to assess the suicidal risk. The study also uses the Reasons for Living Inventory Test (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) to identify protective factors. The sample consists of two groups of 12 people each. The first group consists of people who are currently receiving psychological treatment and that have committed at least one autolytic attempt; the second group is a control group that has never had an autolytic attempt.

Outcome: the outcome of the Purpose in Life Test (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) indicates that there is an *existential vacuum* ($M = 68.83$) in the clinical sample ($n = 12$). In the non-clinical sample, the outcome of the PIL Test and the subscale 1 of the Reasons for living Inventory Test (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) suggest a positive correlation ($p = 0.59$) between the *sense of achievement* and *the beliefs in life and confrontation*. In the non-clinical sample ($n = 12$) the mean average ($M = 100.83$) of the PIL Test is *moderate purpose*. The *existential vacuum* is confirmed as a possible cause of suicide attempts. The subscales 2 and 3 in the RFL Test are identified as main protective factors.

Key words: suicide attempts, lack of life, reasons for living, suicidal behaviour, protective factors, Assessment of suicide risk, purpose in Life, PIL, RFL

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 6 |
| 1. Conductas suicidas | 8 |
| 1.1 Conceptualización..... | 8 |
| 1.2 Epidemiología..... | 9 |
| 2. Tentativas suicidas | 11 |
| 2.1 Métodos..... | 11 |
| 2.2 Causas: factores predisponentes..... | 12 |
| 2.2.1 Factores familiares y genéticos | 12 |
| 2.2.2 Alteraciones neurobiológicas..... | 12 |
| 2.2.3 Factores psicológicos..... | 13 |
| 2.2.4 Factores psicosociales y ambientales..... | 15 |
| 2.3 Vacío existencial y desesperanza..... | 16 |
| 2.3.1 Test del propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL)..... | 18 |
| 2.4 Razones para vivir como factor positivo | 18 |
| 2.4. Inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) ... | 20 |
| 3. Diseños de investigación..... | 21 |
| 3.1 Objetivos | 21 |
| 3.2 Hipótesis..... | 21 |
| 3.3 Metodología..... | 22 |
| 3.4 Participantes..... | 22 |
| 3.5 Instrumentos | 23 |
| 3.5.1 Test del propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL)..... | 23 |
| 3.5.2 Inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) .. | 24 |
| 3.6 Recogida de datos..... | 25 |
| 3.7 Análisis estadístico..... | 25 |
| 3.8 Resultados | 26 |
| 3.8.1 Análisis de la muestra no clínica | 26 |
| 3.8.2 Análisis de la población clínica..... | 29 |
| 3.8.3 Contraste de datos entre la población clínica y no clínica | 33 |
| 4. Conclusiones | 34 |
| 4.1 Discusión de los resultados | 34 |
| 4.2 Limitaciones y posibilidades..... | 37 |
| 4.3 Conclusiones generales..... | 38 |
| 5. Bibliografía..... | 40 |

Introducción

El suicidio se define como el acto, con o sin letalidad, que la persona realiza de forma voluntaria con objetivo de autolesión ante el malestar que experimenta en el momento presente, o autodestrucción hacia uno mismo. Es una gran problemática social mundial que puede verse reflejada mediante una alta tasa de mortalidad en numerosos países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2012 se produjeron 804.000 muertes por suicidio en todo el mundo; esto supone un índice mortal de 11,4 personas por cada 100 000 habitantes. La OMS también señala que en el continente europeo, se encuentran 6 de los 20 países con mayor tasa de mortalidad por suicidio (World Health Organization, 2012).

En ocasiones, cuando algunas personas padecen problemas existenciales tales como, una gran desesperanza hacia el futuro, una falta de ilusión, falta de metas o una percepción de falta de control sobre la propia vida, la única salida que a veces encuentran a la problemática donde se ven inmersas es el suicidio, acto realizado con el fin de dejar de sufrir. La persona no es que quiera dejar de vivir, es que no aguanta la idea de continuar su vida en las condiciones en las que se encuentra, es una manera singular de pedir auxilio cuando todas sus fuerzas por luchar han acabado marchitándose.

Lo que entendemos como bienestar, felicidad y las diferentes estrategias de las que disponen las personas para afrontar el estrés y las situaciones de su día a día, están correlacionadas, por numerosos estudios, con el constructo *sentido de vida* (fuerza motivacional que moviliza a todo ser humano hacia la propia autorrealización), término acuñado por el psiquiatra Viktor Emil Frankl (1905- 1997) en 1945. El estudio de Marc, J., et al. (2014) nos recuerda que diversos autores como Edwars y Holden, 2003; García - Alandete et al., 2009; Hunter y O'Connor, 2003, realizaron investigaciones donde hallaron correlaciones negativas entre sentido de vida y conductas suicidas.

En el polo opuesto del constructo *sentido de vida* Frankl situó el constructo *vacío existencial*. Este último, descrito en 1945, define el momento vital en el que un individuo no se siente satisfecho con la vida y predomina una percepción de falta de control sobre los sucesos vitales, además de una ausencia de metas y una sensación constante de apatía. Esta ausencia de sentido puede desesperar a la persona, hasta el punto de querer cometer un acto suicida (Marc, J., García, J., Pérez, S., & Botella, C., 2014).

Por otro lado, en las investigaciones que realizaron Linehan, M. Et al. (1983), se encontró que uno de los factores protectores más adecuados ante las conductas suicidas eran las creencias que tienen las personas sobre la preferencia a vivir. Son creencias y expectativas relacionadas con la vida que moderan el riesgo suicida.

Para medir el vacío existencial como un riesgo suicida, y las razones para vivir como factor protector, se han efectuado dos instrumentos: el Test del propósito vital (Crumbaugh & Maholick, 1964) y el Inventario de Razones para Vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983).

En el presente trabajo, presentamos en primer lugar, un reconocimiento teórico sobre las conductas suicidas, haciendo hincapié en las tentativas suicidas. Dentro de ellas destaca como factor de riesgo el constructo *vacío existencial* y como factor protector las razones para vivir (particularidades adaptativas del ser humano). En segundo, y último lugar, describimos el estudio empírico realizado para constatar el factor de riesgo y protector en población residente de la comunidad autónoma de Cataluña.

1. Conductas suicidas

1.1 Conceptualización

Las OMS (1986) define el suicidio como “un acto letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”, y el parasuicidio como, “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.

Actualmente, podemos ver, cómo los términos suicidio y parasuicidio se engloban en una sola palabra: “conductas suicidas”. Esto se debe a que, antes de llegar al propio suicidio consumado, previamente se realiza una serie de actos potencialmente violentos y lesivos contra uno mismo, todo con la intencionalidad de morir, y así alcanzar una serie de cambios en sus vidas. Estas diferentes conductas pueden tener como consecuencia lesiones físicas que podrán ser de diferente gravedad, e incluso, se podrá llegar hasta la misma muerte (P.A. Soler; J.Gascon, 2005).

En este trabajo, nos referimos a las conductas suicidas como un *continuum* de actos o fenómenos vivenciales, llevados a cabo por un individuo con un objetivo autodestructivo. Además, son conductas compuestas por un cúmulo de fantasías, deseos e ideas de muerte que pueden llegar hasta el suicidio consumado (Alejandro Rocamora, 2012).

Dentro de las conductas suicidas, la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012) describe los siguientes elementos:

- Ideas suicidas: pensamientos recurrentes sobre el suicidio como una solución real al problema actual de la persona. Son ideas que contemplan la muerte, pero aun así, se sitúa lejos de ella. Todavía no existe una planificación o método suicida.
- Gesto suicida o parasuicidio: conductas destinadas, de forma voluntaria e intencional, a producirse un daño físico, pero no la muerte. Dentro de esta clasificación encontramos actos como cortes en las muñecas, sobredosis de fármacos o autoquemaduras. Mediante este gesto se espera conseguir algo a cambio de lo que la persona carece en el momento actual.

- Crisis suicida: la crisis se sitúa cerca de la consumación del acto suicida. Se da respuesta a tres preguntas: ¿cómo me voy a suicidar? ¿Dónde me voy a suicidar? ¿Cuándo me voy a suicidar?. Aquí se empieza a formular el plan suicida (Rocamora, A., 2012).
- Tentativa de suicidio: conducta que se dirige a conseguir la propia muerte, pero donde no se alcanza la finitud del individuo por diferentes factores que han podido fallar en el momento del acto. Tiene un resultado no letal, pero dependiendo de la letalidad del método podrá haber o no lesiones.
- Suicidio consumado: resultado mortal de un acto de autodestrucción intencional.

De todas estas conductas nombradas, nuestro trabajo está basado primordialmente en una de ellas: las tentativas de suicidio.

1.2 Epidemiología

La OMS calcula que en el año 2012 se suicidaron un total de 804 000 personas, este registro nos muestra que la tasa mundial de muertes por suicidio es de 11,4 personas por cada 100 000 habitantes, lo que nos lleva a considerar que cada 40 segundos se está produciendo una muerte por suicidio. Aun así, cabe decir que, el registro de datos se realiza desde diferentes procedimientos según el país que lo registre. Estos métodos de registro pueden estar sesgados en función de los valores y prácticas sociales de cada uno, conllevando una tasa de error en la cuantificación de muertes por suicidio. En ocasiones, estas muertes al clasificarlas de manera errónea las engloban dentro de muerte por accidente, otra causa, o simplemente ni las cuentan. A nivel mundial, ya puede considerarse al suicidio como la segunda causa principal de muerte entre las personas de un rango de edad entre 15 y 29 años. (World Health Organization, 2014).¹

Según datos de la OMS (2012), los países de Europa del este son los que tienen una mayor mortalidad por conductas suicidas. Por el contrario, situaríamos a América Latina y Asia en la mortalidad más baja (Suelves, J., & Robert, A., 2012). En España, sin embargo, es la primera causa de muerte no natural desde el 2009, y además, a diferencia de los otros países de la unión europea, ha sido el único país que ha experimentado un aumento de la mortalidad por suicidio desde 1980. Este aumento significativo registró una diferencia en las muertes por sexo; hay un leve incremento en

¹ Infografía de la OMS 2014 Anexo 1

la mortalidad de los varones, y una reducida disminución entre las mujeres. Igualmente, en la tasa por edad, crece la mortalidad entre los más jóvenes, y disminuye entre la avanzada edad (Suelves, J., & Robert, A., 2012). A pesar de que la mortalidad por suicidio haya experimentado un incremento, cabe decir que, España desde el siglo XXI tiene la tasa de mortalidad más baja por suicidio de la unión europea.

Los últimos datos registrados por el instituto nacional de estadística nos indican que en el años 2013 fallecieron 3 870 personas como consecuencia del suicidio, de estas 2 911 eran hombres y 959 mujeres. Estas cifras nos señalan que existe una tasa de suicidio de 8,3 fallecidos por cada 100 000 habitantes, siendo en hombres de un 12,7 y en mujeres de 4,1 (Instituto nacional de estadística, 2015). Dentro del territorio español, el instituto nacional de estadística calcula que las comunidades autónomas con una mayor tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes son Asturias y Galicia (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2012).

Las conductas suicidas comprenden un conjunto de actuaciones, entre estas están los intentos autolíticos, los cuales son más difíciles de registrar. Las personas no suelen reconocer que ha sido una conducta suicida, dado a que hay a un miedo a la desaprobación social. Además, cuando la persona llega a urgencias, a veces no hay suficientes pruebas para demostrar que ha sido un intento autolítico, y sin una verbalización de la persona, será imposible registrarlo.

Según las estadísticas presentadas por Carmen Tejedor et al. (2011), por cada suicidio consumado se dan entre 20 y 30 tentativas de suicidio. De las personas que realizan estas tentativas, entre un 35 – 50 %, las vuelven a repetir. Esta repeticiones suelen darse a través de intoxicaciones medicamentosas o de envenenamiento por otras sustancias. Estas estadísticas, nos demuestran que el riesgo de recidiva es muy alto. Adicionalmente, sabemos que de las muertes registradas por suicidio, un 40% de ellas había realizado intentos previos, y de las de las personas que realizan tentativas, un porcentaje significativo, situado entre el 10 – 15 %, acaban consumando el suicidio en los 10 años posteriores.

2. Tentativas suicidas

2.1 Métodos

En las tentativas suicidas el método más utilizado es el de ingesta de fármacos, y algunos tóxicos como el alcohol, siendo un 80 % cometido por mujeres, y un 64% por varones. Los fármacos y tóxicos más utilizados, según Teresa Pacheco (2008) son:

- Antidepresivos: se utilizan en numerosos intentos suicidas. Dentro de ellos encontramos varias clases, pero los más utilizados por su toxicidad son los tricíclicos. Estos pueden conducir a la persona hasta el coma.
- Hipnosedantes o ansiolíticos: dentro de esta clasificación los que más se utilizan, por su fácil acceso, son las benzodiazepinas. Pueden ser recetados por el mismo médico de familia, y debido a su efecto de relajante muscular, ya no solo son recetados para el tratamiento de problemas de índole psicológico. Con dosis masivas de estos medicamentos se puede llegar a alcanzar un coma prolongado que, finalmente acabará en una intoxicación mortal.
- Neurolépticos: la intoxicación aguda provoca numerosos efectos secundarios, que puede conducir a la persona a sufrir fallos cardiovasculares y/o respiratorios.
- Sales de litio: la intoxicación puede ser aguda con pérdidas de conciencia y coma, provocando convulsiones y depresión respiratoria hasta la muerte.
- Alcohol etílico: se suele utilizar conjuntamente con los fármacos para ocasionar una intoxicación más aguda, y provocar una mayor letalidad en el método. El uso del alcohol suele ser más frecuentes en hombres.

Tal y como hemos señalado en apartados anteriores, el sexo influye a la hora de seleccionar el método; las mujeres tienen una mayor tendencia al intento autolítico que los varones, siendo estos últimos los que tienen una tasa mayor en mortalidad por suicidio consumado. Una de las razones de esta mayor tasa puede deberse al tipo de método elegido. Los varones seleccionan métodos más violentos y letales, como el ahorcamiento, la precipitación o las armas de fuego. También suelen planear más el acto, piensan más sobre él y sobre las probabilidades que tendrán de sobrevivir. Las mujeres sin embargo, con la intoxicación de sustancias tienen una mayor probabilidad de supervivencia (S. Ros y F.J. Arranz, 2011).

Si nos adentramos en los métodos generales más utilizados en todas las conductas suicidas, (y no solo en las tentativas), Teresa Pacheco (2008) señala 8 categorías:

- Fármacos y drogas con efectos sedantes.
- Fármacos y drogas sin efectos sedantes.
- Armas de fuego.
- Autoinmolación.
- Ahogamiento.
- Cortes.
- Defenestración.
- Ahorcamiento.

En los suicidios consumados siempre se utilizarán métodos más violentos y de mayor letalidad que en los utilizados en las tentativas. Sin embargo, los métodos también pueden variar dependiendo de los países de origen, las culturas, la época y la demografía, pues en la elección intervienen factores como la disponibilidad y accesibilidad de medios.

2.2 Causas: factores predisponentes

Cuando una persona decide terminar con su propia vida no se rige por una única razón. En esta importante decisión entran factores de diversos índole que pueden predisponer al instinto de muerte de la persona. A continuación, explicaremos algunos de ellos según los autores S. Ros y F.J. Arranz (2011):

2.2.1 Factores familiares y genéticos

Estudios con gemelos monocigotos frente a dicigotos demuestran que la presencia de factores genéticos en la conducta suicida existe. En gemelos monocigotos se ha hallado una relación entre las tasas de suicidio y las tentativas (*estudios de Roy y Cols., 1995; Roy y Segal, 2001; Statham y Cols., 1998*. Citados por S. Ros y F.J. Arranz, 2011), poniendo de manifiesto que una historia familiar de suicidio incrementa el riesgo en la descendencia, siendo 10 veces más frecuente que en personas que nunca han experimentado en su familia este tipo de conductas.

2.2.2 Alteraciones neurobiológicas

En las conductas suicidas se ha descubierto que los sujetos poseen una hipofunción serotoninérgica. Este déficit de serotonina (5-HT) podría ser una de las causas por las que el individuo es más vulnerable a realizar tanto tentativas como suicidio consumado.

Bajo niveles de este neurotransmisor en pacientes depresivos o con esquizofrenia ha sido un buen predictor de conductas suicidas, las cuales se realizan con una mayor impulsividad, violencia y letalidad que en personas con niveles altos. Esto nos lleva a considerar que el déficit de la serotonina podría ser uno de los rasgos, independientemente del trastorno psicopatológico de un sujeto suicida. Además, en estudios postmortem del cerebro de un individuo que ha consumado el suicidado, se ha descubierto que, a pesar de ha existido un mayor número de neuronas serotoninérgicas en el tronco del encéfalo, presentaban una disminución en su actividad funcional.

Actualmente, se plantea la existencia de una predisposición o vulnerabilidad a la conducta suicida de manera biológica, lo que implica estructuras cerebrales corticales y subcorticales. A esto se le ha llamado *cerebro suicida*. Se caracteriza por una hipersensibilidad a los acontecimientos vitales estresantes, lo que puede deberse a un déficit de atención selectiva. Asimismo, existe una mayor sensibilidad al fracaso, el miedo a fracasar, y que los demás vean como hacemos algo mal conlleva un temor a la desaprobación social. Las estructuras implicadas son la corteza frontal y temporal. Estas equivalen a la dimensión de la personalidad y dependen del sistema serotoninérgico.

En el denominado *cerebro suicida*, también encontramos una sensación bastante común: estos individuos experimentan una sensación de atrapamiento ante vida. Esto afecta a la capacidad de resolver problemas y a la toma de decisiones (déficit de las funciones ejecutivas). Estas funciones se encuentran en la corteza prefrontal y la amígdala, e igualmente, están sustentadas por el sistema de la serotonina.

Otra función que se asienta en la corteza prefrontal, y cuenta con el déficit de serotonina, es la incapacidad de anticipar acontecimientos positivos: hay una desesperanza continua en el individuo.

2.2.3 Factores psicológicos

Se han estudiado los rasgos más comunes en sujetos que han intentado consumir el suicidio, llegando a concluir que algunos de ellos predisponen a ciertas conductas suicidas como el neuroticismo, la desesperanza, la introversión, la baja autoestima, la impulsividad y el locus de control externo.

También es cierto, que gracias a la autopsia psicológica, podemos saber que el 90% de las personas que consuman el suicidio presentaban un trastorno psiquiátrico. Esto nos indica que algunas psicopatologías, que se nombrarán a continuación, hacen vulnerable al individuo respecto a las conductas suicidas. Entre algunos de los trastornos más frecuentes en sujetos suicidas, encontramos las siguientes:

- Trastornos afectivos: dentro de esta categoría encontramos el más común: la depresión. Es el principal diagnóstico en los sujetos con tentativa o consumación de suicidio.
- Trastorno bipolar: tiene un riesgo mayor en la fase depresiva. Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida de los pacientes con trastorno bipolar es 15 veces superior al de la población general. Este también supone un cuarto de todos los suicidios consumados. La historia previa de intentos de suicidios y el porcentaje de días con depresión en el último año se asocian a mayor riesgo de intentos de suicidio o suicidio consumado (DSM 5).
- Esquizofrenia: nos encontramos ante un 4,9% de prevalencia suicida entre los sujetos con un diagnóstico de esquizofrenia, mientras que se estima una cifra en torno al 20 – 40 % de tentativas suicidas. Es más frecuente en los primeros años de la enfermedad, y concretamente en los primeros días del ingreso hospitalario. Los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, pensamientos desorganizados, agitación) aumentan el riesgo suicida, así como los esquizofrénicos de subtipo paranoide.
- Trastornos de la personalidad: son un factor de riesgo de suicidio consumado, su presencia multiplica por 7 el riesgo. Entre ellos, el grupo B, y en especial el trastorno límite, son los que presentan el mayor riesgo suicida. Este riesgo tan alto puede ser debido a su frecuente comorbilidad con otros trastornos, como son la depresión o alcoholismo. El trastorno límite es más frecuente en mujeres, y el suicidio suele consumarse después de realizar varias tentativas.
- Abuso de sustancias: es un factor de riesgo frecuente, además de su comorbilidad con numerosos trastornos: depresión, esquizofrenia, trastorno de la personalidad y abuso de otras sustancias. La incidencia de suicidio entre personas con consumo de drogas es 20 veces mayor que el de la población general.
- Enfermedades médicas: las enfermedades somáticas pueden desarrollar distintos trastornos psicológicos en su evolución, uno de los más comunes son

los trastornos afectivos. Dentro de ellos la persona puede empezar a gestar rasgos depresivos o ansiosos ante la desesperación de su enfermedad, esto incrementa el riesgo al suicidio. Los sujetos con estas enfermedades médicas tienen una mayor ideación e intentos autolíticos que la población que no las padece. Entre las enfermedades de mayor riesgo destacan; trastornos neurológicos, cáncer, sida e insuficiencia renal.

2.2.4 Factores psicosociales y ambientales

- Sexo y edad: las tentativas predominan en mujeres mientras que el suicidio consumado es más común en varones. Es más frecuente entre jóvenes y adultos, siendo la tasa más alta en los mayores de 65 años. La tentativa por su parte, tiene su máxima incidencia en los adolescentes y adultos jóvenes.
- Estado civil y familia: con mayor riesgo al suicidio encontramos a los divorciados y a los viudos. A este subgrupo, les siguen los solteros y los casados sin hijos.
- Raza: las personas de raza blanca tienen un mayor riesgo a sufrir conductas suicidas. Esto podría ser debido a factores socioculturales.
- Clase social, nivel cultural, situación laboral y profesión: tentativa y suicidio consumado son más frecuentes en personas con bajo nivel social, cultural, escasos ingresos y desempleados.
- Características de la familia y experiencias en la infancia: algunos aspectos familiares que tienen influencia directa con el riesgo suicida son; el no cumplimiento de algunas funciones por parte de la familia durante la infancia, la separación parental, la presencia de psicopatologías, la historia suicida de los padres, y los abusos y relaciones conflictivas entre padres e hijos.
- Aislamiento social: aumenta la probabilidad de suicidio consumado, y aunque en menor cantidad, también las tentativas.
- Acontecimientos vitales: en personas vulnerables, los acontecimientos negativos de la vida a veces desatan comportamientos suicidas.

2.3 Vacío existencial y desesperanza

El psiquiatra y neurólogo austriaco Viktor Emil Frankl (1905 - 1997) acuñó el término *sentido de vida*. Para el autor, el sentido de vida es aquella fuerza motivacional que moviliza a todo ser humano hacia la propia autorrealización (desarrollo de potenciales y habilidades que genera una sensación de satisfacción en la persona que lo desarrolla) .

Alcanzar el *sentido de vida* está relacionado con la percepción de libertad y responsabilidad de uno mismo sobre los sucesos personales que ocurren en el mundo. Esto quiere decir que es necesario sentirse libre con respecto a nuestro crecimiento personal, sin influencias externas que nos impidan poder vivir y experimentar nuestras motivaciones intrínsecas. Llegar a esta culminación, en la que nos sentimos libres y responsables, es uno de los factores principales a la hora de ser capaces de proyectar una visión positiva de la vida, del futuro, e incluso de nosotros mismos como personas únicas. Será lo que nos ayude a alcanzar nuestras metas vitales, y así a su vez, el sentido de nuestras vidas (García, J., Gallego, J., & Pérez, E., 2008).

Sin embargo, hay ocasiones, en las que las personas experimentan una frustración vivencial, percibiendo una falta de control sobre uno mismo y una ausencia de metas vitales, lo que nos llevaría a sentir el *vacío existencial*. Donde la persona se embauca en un sentimiento de desesperanza, en el que no se siente responsable ni libre para actuar como quisiera.

La vida no es una línea plana donde siempre tenemos una seguridad de lo que va a pasar, estamos inmersos en un continuo desconocimiento del futuro. En ocasiones, la persona a lo largo de sus vivencias vitales pasa a través de situaciones límites, en las que se da cuenta que no todo es controlable, y que la finitud de las personas y las cosas es real, nada permanece, y los cambios son constantes. Estas situaciones que ponen a prueba la integridad y resiliencia del ser humano, hacen reflexionar acerca el papel de uno mismo en la vida y en el mundo. Es entonces cuando la persona se empieza a replantear su meta individual, su labor en el cosmos. Cuando no hallamos respuesta a la pregunta, “¿cuáles son las cosas que dan sentido a nuestra vida?”, en épocas difíciles, donde la persona está vulnerable, puede que perdamos el rumbo.

Además, los seres humanos somos los únicos seres conscientes de nuestra finitud. Esto a veces ocasiona que la persona tenga una necesidad de darle sentido a sus vidas de forma inmediata. Mayoritariamente, algunas personas nos obligamos a ser felices, y a tener grandes metas, desesperándonos si no las alcanzamos pronto. Al hacer de la felicidad y del sentido vital una necesidad, nos imponemos una serie de presiones que nos impiden actuar con total libertad y esencia. Evadimos incluso el propio sufrimiento y dolor, considerándolos malos, cuando en realidad son sentimientos naturales que toda persona ha de experimentar sin restricción (Pinedo, I., 2014).

Este *vacío existencial*, que se relaciona estrechamente con la desesperanza, incluye sentimientos de futuro singularizados por la apatía, cansancio, falta de ilusión, sensación de inutilidad de la vida y fatalismo, lo que conlleva un riesgo de conductas suicidas muy elevado. La persona siente barreras tanto corporales, como físicas y sociales, que le impiden actuar con libertad y vedan el desarrollo de propias capacidades. Son personas que sufren a diario, y que en ocasiones, no saben reclamar ayuda, por esto, acaban sucumbiendo al suicidio como única salida.

El *vacío existencial* o la desesperanza son factores muy importantes de los que hablar cuando tomamos de referencia el riesgo de tentativa suicida. Dentro de este vacío, la persona empieza a generar deseos de morir, siente una falta de control sobre la vida, y cree que no hay nada que ella pueda hacer para dirigirla hacia su ansiado *logro de sentido*, lleno de metas y estrategias para poder alcanzarlas.

Los autores Joaquín García Alandete et al. (2008), en su estudio sobre el sentido de vida y la desesperanza, intentaron buscar una correlación negativa entre ambos. Gracias a este, se sabe que niveles bajos de desesperanza, medidos por la escala *Hopelessness Scale- HS (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974)*, se asocian a niveles altos de sentido de vida, medidos por el test *Purpose in life- PIL (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964)*. Esto nos demuestra que es de vital importancia considerar la desesperanza como un indicador de riesgo suicida alto, a su vez que el sentido o logro de vida.

Para medir el *vacío existencial*, constructo muy importante en el presente estudio que se llevará a cabo, se utiliza el test propósito vital (PIL).

2.3.1 Test del propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL)

El test del propósito vital fue desarrollado por Crumbaugh y Maholick en 1964 con el objetivo de poder medir los constructos *sentido de vida* o por su contrario, *vacío existencial*. Consta de tres partes; la A, que es cuantitativa, y la B y C que son cualitativas, exclusivamente de uso clínico. Se ha probado su validez en diversos países, entre ellos, de habla hispana en poblaciones colombianas (Martínez, E., Trujillo, A., & Trujillo, C., 2012).

Cuando se alcanzan en el test bajos niveles en el constructo *sentido de vida*, existe una mayor ideación suicida, nos adentramos en el llamado vacío existencial. Son personas que tienden a sufrir trastornos como la depresión o ansiedad; además son menos felices, y se sienten menos satisfechos con sus vidas; en cambio, una alta puntuación, nos señala generalmente que existe un mayor bienestar, afecto positivo y un adecuado afrontamiento ante las situaciones (Martínez, E. & Castellanos, C., 2013).

Esta escala será de utilidad en el presente trabajo, pues la utilizaremos, más adelante para la realización de nuestra parte práctica del estudio. A través de esta escala contrastaremos nuestra hipótesis de que una mayor puntuación en el constructo de *vacío existencial* se correlaciona con el riesgo de tentativas suicidas.

2.4 Razones para vivir como factor positivo

Cuando una persona contempla la idea de realizar alguna conducta suicida, cognitivamente, suelen tener un locus de control externo (percepción de que los sucesos del mundo ocurren de forma externa al comportamiento de la persona, la causa del acontecimiento se asocia al azar, suerte o destino), un déficit de las funciones ejecutivas (menor habilidad en la resolución de problemas) y déficit en la atención selectiva (dificultad para recuperar recuerdos positivos). Estos son algunos ejemplos de rasgos cognitivos que nos permiten localizar factores de riesgo en el suicidio. Numerosos estudios se basan en la búsqueda de estos, pero no es suficiente a la hora de prevenir el suicidio, por lo tanto, nosotros hablaremos de uno de los grandes factores protectores: la preferencia a seguir viviendo (Cassaretto, M., & Martínez, U., 2012).

Las razones para vivir son recursos adaptativos, formados por creencias de afrontamiento que protegen del suicidio. Hacen que la persona prefiera vivir, incluso ante las situaciones más límite y drásticas en las que se pueda hallar. Cada una de estas creencias y expectativas por las que la persona decide quedarse aquí, promueven el deseo de vivir y dan sentido a sus vidas. Calman el deseo de realizar conductas suicidas, puesto que son personas que resisten mejor al estrés y a la desesperanza. Por otra parte, las que no tienen estas creencias positivas, ante la vida son las que menos se arraigan a ella.

El sistema cognitivo de creencias, expectativas, estrategias y potenciales de los individuos es un gran mediador de comportamientos suicidas. Tal y como mencionamos en el apartado anterior, un gran factor de riesgo es el *vacío existencial*, una frustración vital, esto ocurre cuando se siente que no hay nada significativo en nuestras vidas. La creencia de que no podemos hacer nada para mejorar nuestra situación actual, y la expectativa negativa ante un futuro lleno de nuevas oportunidades, se relaciona con el deseo de querer acabar con la propia vida, considera el suicidio como la única oportunidad de cambiar la situación, es un estilo cognitivo muy rígido, que se contrasta con un sistema fuerte de creencias de afrontamiento, el cual estará lleno de sentimientos y expectativas positivas (Linehan, M., & Goodstein, J., 1983).

Consideramos muy importante, poder medir el riesgo suicida, pero también poder potenciar aquellas razones por las que la persona continuaría viviendo. Aunque esté experimentando frustración existencial, dentro de cada uno de nosotros alberga un conjunto de recursos adaptativos que pueden funcionar como factores protectores, haciendo que la persona decida arraigarse a la vida y buscar otras opciones de afrontamiento que no sean provocarse la propia muerte.

Para medir la agrupación de creencias protectoras se ha desarrollado un instrumento, conocido como el Inventario de razones para vivir (RFL).

2.4. Inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL)

El inventario de razones para vivir fue elaborado por Linehan et al. en 1983. Se realizó con el objetivo de poder identificar todas aquellas creencias adaptativas que hicieran decrecer la tasa de conductas suicidas, aportando una postura psicológicamente positiva del disfrute de la vida.

Registrar las particularidad adaptativas, según diversos estudios sobre el instrumento, ayudan a la persona a evitar la decisión del suicidio. Altas puntuaciones indicarán que la persona tiene un bienestar global en su vida diaria, y que además, disfruta de la vida de una manera resiliente y optimista. Sin embargo, las bajas puntuaciones se asocian a personas con sintomatología depresiva y con ideación suicida (Marnin J. Heisel, Eva Neufeld & Gordon L. Flett, 2015).

Se miden las creencias a partir de 6 dominios que engloban los distintos elementos que aparecen en el test. Los dominios son (García, J., et al., 2009):

1. Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento.
2. Miedo a la muerte y desaprobación social.
3. Responsabilidad con la familia.
4. Preocupación por los hijos.
5. Percepción de incapacidad para el suicidio.
6. Objeciones morales.

Este instrumento también nos será de gran ayuda en la parte práctica del estudio. Con él se pretende localizar aquellos factores protectores que la persona posee. El objetivo consiste en potenciar estos factores en una futura terapia, y cambiar la visión que tienen respecto a la realidad, donde solo ven como única salida a su frustración existencial el suicidio.

3. Diseños de investigación

3.1 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es comprobar si el constructo *vacío existencial* es uno de los posibles factores predisponentes en la decisión de realizar una tentativa suicida. Así como, analizar en el momento presente qué razones elegirían las personas por las cuales continuarían viviendo. La medición de estos objetivos se realizará en una muestra clínica y no clínica para poder observar las diferencias entre ambas.

Dentro de estos objetivos principales nos proponemos hallar algunos específicos como:

- Conocer si hay una correlación entre el dominio de *Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento* y las puntuaciones totales del RFL.
- Ver diferencias existentes en población clínica y no clínica referente al constructo *sentido de vida* y respecto las particularidades adaptivas de la persona medidas a partir de las razones por vivir.

3.2 Hipótesis

Las hipótesis principales que nos planteamos ante este trabajo son:

- Población clínica con tentativas suicidas tendrá un mayor vacío existencial que la población no clínica. Siendo las puntuaciones del test propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) menores.
- Personas con unas firmes y fuertes creencias sobre la vida, y con suficientes estrategias de afrontamiento, tendrán un menor riesgo suicida y un mayor sentido de vida. Teniendo una puntuación mayor en el test inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) y en específico en el dominio 1 (*creencias en la vida y capacidad de afrontamiento*).
- En la población no clínica existirá una correlación positiva entre las puntuación del test PIL (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) y el dominio 1 (*creencias en la vida y capacidad de afrontamiento*) del test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL).

3.3 Metodología

El presente estudio es una investigación cuantitativa basada en un método hipotético – deductivo. Es un diseño de investigación transversal y descriptivo. Se utilizan dos grupos distintos de participantes; el primero compuesto por una población clínica que haya realizado al menos una tentativa suicida, y el segundo compuesto por un grupo control que no haya realizado ninguna conducta suicida en su ciclo vital.

3.4 Participantes

La muestra la compone un total de 24 participantes voluntarios. De estos 24, 12 son población clínica con al menos un intento autolítico, y las otras 12 son personas que nunca han experimentado ningún tipo de conducta suicida.

La población clínica está compuesta por personas tratadas en el área de salud mental del Consorci Hospitalari de Vic. Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Formar parte de un rango de edad entre 30 y 70 años.
- Estar en tratamiento en salud mental.
- Haber realizado al menos un intento autolítico.
- Participar de forma íntegramente voluntaria.
- Saber leer y escribir.

La población no clínica se compone por personas que no formen parte de ningún tratamiento de salud mental. Los criterios para su participación fueron los siguientes:

- Formar parte de un rango de edad entre 30 y 70 años.
- No tener un historial de intentos autolíticos.
- Querer participar de forma voluntaria.
- Saber leer y escribir.

En nuestro estudio se excluyen todas aquellas personas que no residan en la comunidad autónoma de Cataluña. Igualmente, en la muestra clínica se descartan todas las personas que no pertenezcan al Consorci Hospitalari de Vic.

3.5 Instrumentos

- Breve cuestionario sobre datos sociodemográficos ² (género, edad, situación sentimental, número de hijos, situación laboral, estudios y creencias religiosas).
- Test del propósito vital, PIL (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964). Es un instrumento que sirve para medir los constructos
- Inventario de razones para vivir, RFL (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983).

3.5.1 Test del propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL)³

El test del propósito vital es un instrumento que permite obtener una medida del nivel de *logro de sentido* de la persona (*sentido de vida*), o por el contrario, la ausencia del mismo (*vacío existencial*). El *logro de sentido* es considerado como una visión positiva que una persona tiene sobre sí misma y sobre su futuro. Es la sensación y percepción de la más ansiada libertad para actuar y llevar a cabo una actividad. Es la creencia de que como persona única tiene suficientes capacidades para poder comprometerse y llevar a cabo metas y actividades (García, J., Gallego, J., & Pérez, E., 2008).

El test fue elaborado originalmente en Estados Unidos por Crumbaugh y Maholick en 1964. Se basaron en los constructos de la teoría *logoterapia* postulada por Viktor Frankl (1905 - 1994); *sentido de vida - vacío existencial*. Esta teoría considera al hombre un ser que busca darle un sentido a su vida y a su existencia, además, lucha por conseguirlo en cualquier circunstancia, incluso pese al sufrimiento. Es la toma de conciencia plena de lo que uno posee y de cómo puede utilizarlo. Esta teoría busca que la persona exteriorice tanto sus potencialidades como sus limitaciones. Para el idioma español ha sido validado por Colombia en el año 2012 (Martínez, E., Trujillo, A., & Trujillo, C., 2012). Desde este trabajo, consideramos importante considerar al ser humano desde una perspectiva integral que abarque cuerpo – mente – espíritu, un ser que anda en busca de encontrar un sentido a sus vivencias y existencia (Santis, M. & Juárez, C., 2011).

En este estudio se usa la parte A del test del propósito vital. Está formado por 20 ítems que pueden ser puntuados con una escala diferencial de Osgood (1 – 7) con frases antagónicas. Es un instrumento autoaplicado. Las puntuaciones oscilan entre 20 - 140 puntos, y podemos diferenciar entre 3 niveles de puntuación total:

² Cuestionario sociodemográfico Anexo 2

³ Copia test Propósito vital (PIL) Anexo 3

- inferiores a 90: nivel de *vacío existencial*.
- 90 – 105: nivel de indefinición respecto al constructo *sentido de vida*.
- Superiores a 105: nivel de *logro de sentido*.

3.5.2 Inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL)⁴

El Inventario de Razones para Vivir (RFL) fue creado por Marsha Linehan en 1983. Este instrumento pretende encontrar las particularidades adaptativas de las personas para evitar la contemplación del suicidio como única salida a su situación actual. Se centra en la localización de factores positivos que ayuden a promover la resiliencia, salud mental y bienestar, todo con el objetivo de mitigar el riesgo al suicidio.

Esta escala es autoaplicada, contiene un total de 48 ítems, los cuales son puntuados en una escala Likert (1 – 6) en función de la importancia que le atribuyan a la razón por la cual en el momento presente no se suicidarían.

Cada uno de estos ítems se engloba dentro de 6 diferentes dominios:

1. Creencias en la vida y capacidad de afrontamiento (26 ítems).
2. Miedo a la muerte y desaprobación social (7 ítems).
3. Responsabilidad con la familia (8 ítems).
4. Preocupación por los hijos (4 ítems).
5. Percepción incapacidad suicidio (5 ítems).
6. Objeciones morales (3 ítems).

Este trabajo se basa en la versión del test validado por Colombia (García, J., et al., 2009), dado que originalmente fue diseñado en lengua inglesa y en otro contexto cultural. Esta versión difiere un poco de la original, puesto que al traducir ciertos ítems, se ha podido comprobar gracias al análisis factorial que algunos cobran menor o mayor importancia en dominios diferentes a la versión original.

Cada uno de los ítems del test pertenece a un determinado dominio, así pues, para la corrección se debe sumar la puntuación de cada uno respecto al dominio correspondiente, el sumatorio se divide entre el total de número de ítems que lo conforma. Para calcular el total del test se determina el promedio de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los dominios.

⁴ Copia Inventario de Razones para Vivir (RFL) Anexo 4

3.6 Recogida de datos

Entre los meses de enero y abril del 2016 se buscaron todos aquellos participantes voluntarios de la muestra clínica y no clínica.

Para la **muestra clínica** la profesora Dolores Riesco y la enfermera Judit Pons, me proporcionaron todos los participantes necesarios. Todos ellos estaban en tratamiento en el área de salud mental del Consorci Hospitalari de Vic, y además formaban parte de un grupo de terapia llevado a cabo por las ambas profesionales. La recogida de datos empezó el miércoles 20 de enero del 2016, justo al finalizar una de las sesiones grupales de la semana. En cada encuentro en primer lugar se les explicaba el objetivo del trabajo, para después proporcionarles los instrumentos pertenecientes y darles las instrucciones para su realización. Finalmente, en un tiempo de unos 20 minutos todos llevaban a cabo la batería de pruebas para, por último, concluir con un agradecimiento a todos los participantes. La recogida de datos terminó el 21 de abril del 2016.

Para la recogida de la **muestra no clínica** se hizo un muestreo intencionado de toda aquella población que estuviera en un rango de edad de 30 a 70 años. El objetivo de este muestreo a propósito era seleccionar características similares a las de la muestra clínica para que nuestro estudio fuese más homogéneo. La recogida empezó el lunes 18 de enero del 2016, y finalizó el 12 de abril del mismo año. Tal y como se hizo en la muestra clínica, primero se les explicaba la finalidad del trabajo, para después pasarles los test con todas las instrucciones necesarias para su realización. En este grupo generalmente el tiempo de respuesta era más rápido.

3.7 Análisis estadístico

Los resultados estadísticos han sido introducidos y analizados mediante las hojas de cálculo de Google drive (2012), esta es una de las herramientas de la compañía Google. Así pues, a partir de ellas se han obtenido los correspondientes resultados y análisis que se presentan en los siguientes apartados.

3.8 Resultados

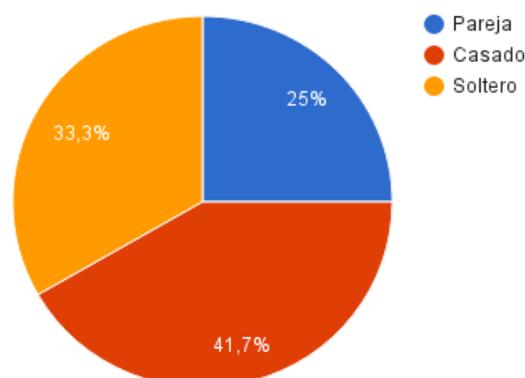
A continuación, se revelan los resultados estadísticos de nuestro estudio, los cuales describen y establecen relaciones de las diferentes variables evaluadas entre la muestra clínica y no clínica.

3.8.1 Análisis de la muestra no clínica ⁵

La muestra no clínica consta de 12 participantes voluntarios. Un 50 % lo componen mujeres, con una media de edad de 38,3 años, mientras que el 50 % restante lo conforman hombres (figura 1 Anexo 5.2), con una edad media de 44,6 años. La edad media de toda la muestra es de 41,5 años.

Los datos demográficos nos indican que un 33,3 % de la muestra son personas solteras, un 25 % están en pareja, y por último, un 41,7 % están casados.

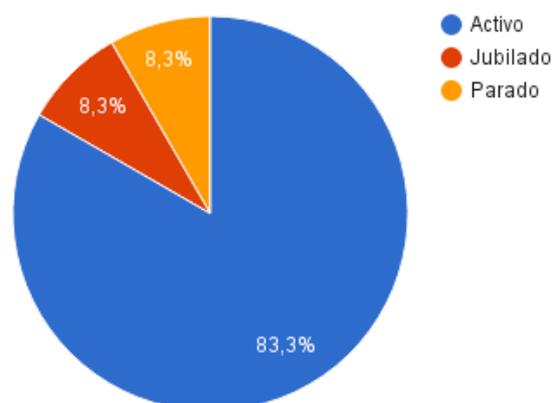
Figura 2. Situación sentimental muestra total



En la misma muestra encontramos que la media de hijos es de 0,91. También, los datos nos indican que el 83,3 % de ellos están activos laboralmente, un 8,3 % están parados y otro 8,3 % están jubilados.

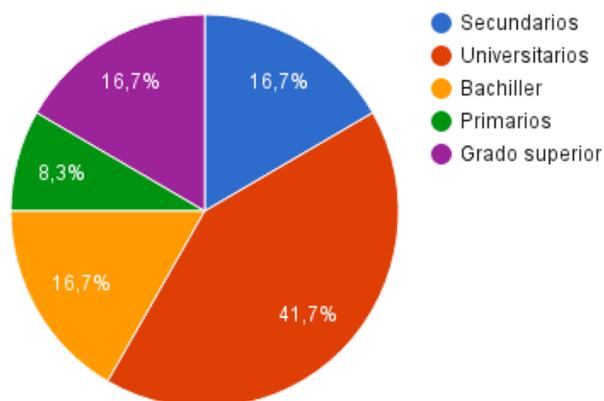
⁵ Gráficos y datos correspondientes al análisis de la población no clínica Anexo 5

Figura 3. Situación laboral muestra total



Referente al nivel de estudios, un 41,7 % los tienen universitarios, un 16,7 % tienen algún tipo de grado superior, un 16,7 % estudios secundarios, un 16,7% bachiller, y por último, un 8,3 % estudios primarios.

Figura 4. Nivel estudios muestra total



Para concluir los datos sociodemográficos, dentro de nuestra muestra no clínica hallamos que un 66,7 % de ellos no tienen ningún tipo de creencia religiosa, mientras que un 33,3 % sí las tienen (figura 5 Anexo 5.3).

La muestra total ha obtenido una puntuación media en el test del Propósito Vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) de 100,83 puntos. Esta cifra sitúa a la población en un nivel de *indefinición* respecto al sentido de su vida. La diferencia de puntuación media entre mujeres (M = 101,83) y hombres (M = 99,83) es de únicamente 2 puntos. Presentamos los resultados en una tabla a continuación:

| Vacío existencial | Indefinición | Logro de sentido |
|-------------------|--------------|------------------|
| 67 | 92 | 117 |
| | 70 | 106 |
| | 98 | 116 |
| | 92 | 129 |
| | 105 | 119 |
| | 99 | |
| N= 1 | N= 6 | N= 5 |

Únicamente una persona de toda la muestra se situaría en el extremo del *vacío existencial*, entretanto, el resto de la muestra se dividen entre *indefinición* (n = 6) y el *logro de sentido* (n = 5).

En el test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) la puntuación media de la totalidad de la muestra ha sido de 3,28. La diferencia entre mujeres (M = 3,40) y hombres (M = 3,15) ha sido únicamente de 0,25 décimas. Dentro del mismo test, se han analizado las media de los distintos dominios que lo conforman, siendo los resultados los que presentamos en la siguiente tabla.

| Dominios | Media |
|--|----------|
| 1. creencias en la vida y capacidad de afrontamiento | 4,585833 |
| 2. Miedo a la muerte y desaprobación social | 2,795 |
| 3. Responsabilidad con la familia | 4,206667 |
| 4. Preocupación por los hijos | 3,7875 |
| 5. Percepción incapacidad suicidio | 2,233333 |
| 6. Objeciones morales | 2,1175 |

Las puntuaciones más altas son las de los dominios 1 y 3, los cuales se relacionan con las *creencias en la vida* (M = 4,58) y la *responsabilidad con la familia* (M = 4,20). Destacaríamos como las puntuaciones más bajas de los dominios 6 y 2, que son aquellos vinculados a las *objeciones morales* y al *miedo a la muerte y/o desaprobación social*.

En nuestro análisis también queremos conocer si hay relación entre algunas de las variables y factores medidos en nuestro trabajo, para esto, se han realizado correlaciones bivariadas.

Se ha encontrado una correlación negativa entre las puntuaciones del test del propósito vital y el test de razones para vivir ($p = -0,1772561393$), lo que nos indica que cuánto mayor sea la puntuación de uno de ellos menor será la del otro.

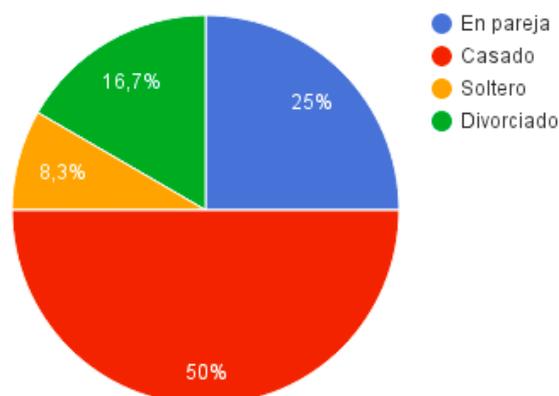
Asimismo, hemos descubierto una correlación positiva ($p = 0,59$) entre el test del Propósito Vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) y el dominio 1 del test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL). Señalando que a mayor sentido de vida, mayores serán las creencias sobre la vida y las estrategias de afrontamiento. Finalmente, hemos querido buscar una correlación entre el test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) y su dominio 1, siendo el resultado una correlación positiva ($p = 0,059$) que nos indica que la persona tiene más razones para vivir cuántas más creencias halla en la vida y más estrategias de afrontamiento tenga.

3.8.2 Análisis de la población clínica⁶

La muestra clínica la conforman 12 personas en tratamiento psicológico. Un 66,7 % del grupo está compuesto por mujeres, y un 33,3 % por hombres (figura 1 Anexo 6.2). La edad media de las mujeres es de 46,1 años, mientras que la de los hombres es de 43,2. De la muestra total podemos destacar que la edad media es de 45,1 años.

Dentro de los datos sociodemográficos se halla que un 50 % del grupo está casado, un 25 % en pareja, un 16,7 % del grupo está divorciado y por último, un 8,3 % está soltero.

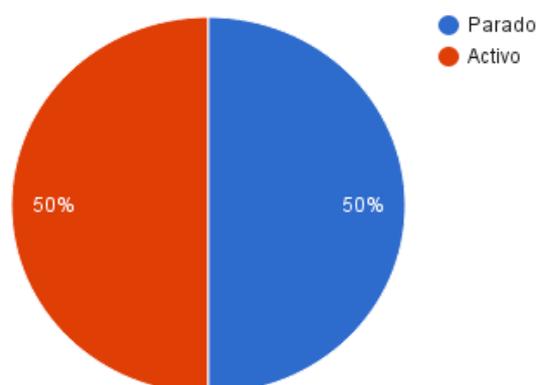
Figura 2. Muestra total situación sentimental



⁶ Gráficos y datos correspondientes al análisis de la población clínica Anexo 6

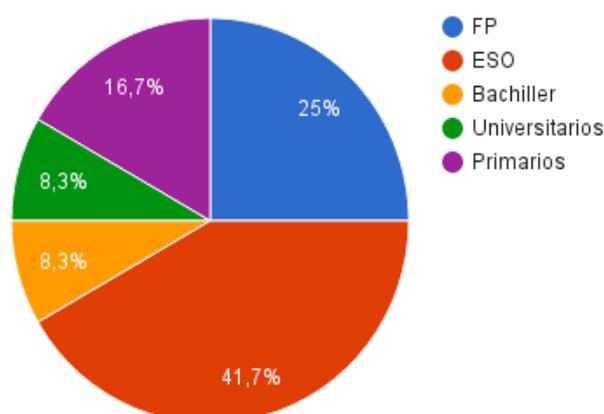
La media de hijos de la muestra es de 1,083. También sabemos que un 50 % de la muestra se encuentra parada laboralmente y otro 50 % activa.

Figura 3. Muestra total situación laboral



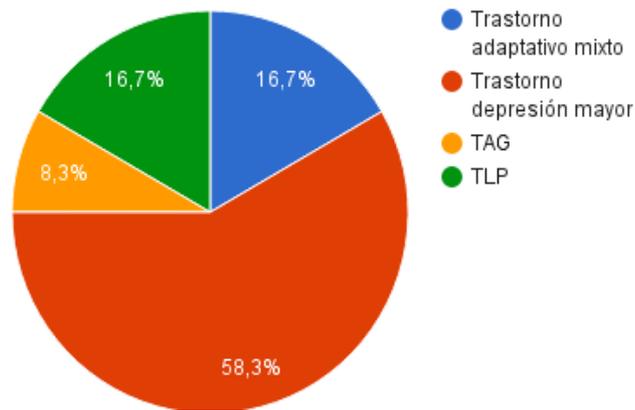
En el nivel de estudios, de nuestra población clínica un 41,7 % tiene estudios secundarios obligatorios, un 25 % algún tipo de formación profesional, un 16,7 % estudios primarios, otro 8,3 % bachiller, y un último 8,3 % estudios universitarios.

Figura 4. Muestra total estudios



Igualmente, de los datos sociodemográficos analizados, hemos obtenido que un 50 % de la muestra tiene creencias religiosas, y otro 50 % no las tiene (figura 5 Anexo 6.3). Y por último, del diagnóstico analizado de esta población clínica, podemos anotar como trastorno predominante el trastorno por depresión mayor, el cual lo compone un 58,3 % de la muestra. Le seguiría el trastorno adaptativo mixto y el trastorno límite de personalidad con un 16,7 % cada uno, y para finalizar, el trastorno de ansiedad generalizada, compuesto por un 8,3 % de la población.

Figura 6. Diagnóstico trastorno mental



De los instrumentos utilizados en nuestro estudio, en el test del Propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) la muestra total ha obtenido una puntuación media de 68,83. Esta cifra nos indica que de manera global hay un *vacío existencial*. Se presentan los resultados en la tabla siguiente:

| Vacío existencial | Indefinición | Logro de sentido |
|-------------------|--------------|------------------|
| 71 | 90 | |
| 89 | | |
| 57 | | |
| 56 | | |
| 66 | | |
| 49 | | |
| 77 | | |
| 79 | | |
| 58 | | |
| 58 | | |
| 76 | | |
| N= 11 | N= 1 | N= 0 |

Como podemos observar, la mayoría de nuestra muestra clínica (n = 11) se sitúa en las puntuaciones referentes al *vacío existencial*, y tan solo una (n = 1) se clasifica en *indefinición*.

En otro de nuestros instrumentos, el inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) , la puntuación media total de toda la muestra ha sido de 3,19 . En este tipo de población, existe una diferencia mayor entre las puntuaciones de los hombres y las mujeres que en la población no clínica. Las puntuaciones medias de

las mujeres han sido 3,3725 y en los hombres 2,83125 (0,54125 puntos de diferencia). El análisis de cada uno de los dominios se presenta a continuación con una tabla:

| Dominios | Media |
|--|--------------|
| 1. creencias en la vida y capacidad de afrontamiento | 3,160833 |
| 2. Miedo a la muerte y desaprobación social | 2,735833 |
| 3. Responsabilidad con la familia | 4,211667 |
| 4. Preocupación por los hijos | 3,308333 |
| 5. Percepción incapacidad suicidio | 3,85 |
| 6. Objeciones morales | 2,058333 |

En estos resultados, podemos observar como la puntuación más baja se encuentra en los dominios 6 y 2, correspondientes a las *objeciones morales* ($M = 2,05$) y al *miedo a la muerte y a la desaprobación social* ($M = 2,73$) respectivamente. La puntuación más alta se halla en el dominio 3 ($M = 4,21$), enlazado a la *responsabilidad con la familia*.

Nuestro análisis estadístico ha contemplado el uso de correlaciones bivariadas para dar con relaciones entre las diferentes variables que se han medido a lo largo de nuestro trabajo.

Se ha encontrado una correlación positiva ($p = 0,22$) entre los test del Propósito Vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) y el de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL), lo que nos indica que cuánto menor es la puntuación en uno de ellos, menor será en el otro, es decir, a menor *sentido de vida*, menor razones para vivir tiene la persona.

También hemos encontrado otra correlación positiva ($p = 0,42$) entre el test del Propósito Vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) y el dominio 1 (*creencias en la vida y capacidad de afrontamiento*) del test razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL). Lo que nos demuestra que, a menor *sentido de vida*, menores creencias en la vida y menores estrategias de afrontamiento hay. Además, hemos querido conocer si había una correlación entre las puntuaciones del propio Inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) y su dominio 1, basado en las *creencias sobre la vida y estrategias de afrontamiento*. Siendo así, hemos hallado una correlación positiva ($p = 0,88$), lo que nos vuelve a señalar, que a menores creencias sobre la vida y sobre las estrategias sobre cómo afrontarla, menores serán las razones que la persona tenga para vivir.

3.8.3 Contraste de datos entre la población clínica y no clínica ⁷

Uno de los objetivos de este trabajo es poder contrastar la muestra clínica con la no clínica para poder obtener diferencias entre ambas. Para esto, seguidamente presentamos un contraste de puntuaciones entre las dos muestras.

Primero de todo, encontramos diferencias entre los géneros de nuestras dos poblaciones, donde la clínica está compuesta mayoritariamente por mujeres (67,7 %) y minoritariamente por hombres (33,3 %). Y sin embargo, dentro de nuestra población no clínica encontramos una equidad entre los hombres y las mujeres (50% - 50 %). Concerniente a los datos sociodemográficos también destacamos que la edad media de la población clínica es de 45,1 y de 41,5 años en la población no clínica (3,6 años de diferencia). La media de hijos en la muestra no clínica es de 0,91 siendo menor que en la muestra clínica, donde la media es de 1,083.

Dentro de estos datos, hallamos que de la muestra clínica el 50 % están casados, y de la muestra no clínica lo están el 41,7 % (8,3 % de diferencia). Aún así, en ambos es el porcentaje mayoritario pertinente a la situación sentimental. De la situación laboral, en la muestra clínica hay un 50 % de personas activas , y en la no clínica un 83,3 % (33,3 % de diferencia) siendo este el porcentaje mayor en ambas. Igualmente, destacamos que el nivel de estudios más considerable en la población clínica son los estudios secundarios obligatorios (ESO = 41,7 %), y en la no clínica son los estudios universitarios (41,7 %). Por último, establecemos una diferencia en ambos grupos concerniente a la creencias religiosas, nuestra población clínica sí tiene creencias religiosas en un porcentaje del 50 %, y la no clínica también las tiene pero en un 66,7 % (16,7 % de diferencia).

En nuestra población clínica destacamos como trastorno relevante la depresión mayor en un 58,3 %, frente a nuestra población no clínica que no posee ningún tipo de diagnóstico estipulado.

En nuestros instrumentos hemos observado diversas diferencias. Primordialmente, en el test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL), la media de nuestra muestra clínica es de 3,19 y la no clínica de 3,28 (0,09 de diferencia).

⁷ Estadísticos analizados de contraste Anexo 7

Concerniente a los dominios que lo componen, la diferencia más importante la encontramos en el dominio 1 (*creencias en la vida y capacidad de afrontamiento*), nuestra población clínica tiene una media de 3,16, y la no clínica de 4,58 (1,42 de diferencia), y en el dominio 5 (*percepción incapacidad suicidio*), donde la no clínica tiene una puntuación media de 2,23 frente a un 3,85 en la clínica (1,62 de diferencia).

Y finalmente, en nuestro otro instrumento, el test PIL (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL), la media de la población clínica ha sido de 68,83, y en la no clínica de 100,83 (32 puntos de diferencia). Destacamos que, en la clínica un total de 11 personas se sitúan en *vacío existencial*, y en la no clínica únicamente hallamos una persona en este constructo, posicionando la mayoría de su muestra en *logro de sentido* (n = 5) e *indefinición* (n = 6).

4. Conclusiones

4.1 Discusión de los resultados

Los datos del instituto nacional de estadística (2015) (tasa de suicidio consumado hombres 12,7 y en mujeres de 4,1 por cada 100 000) y estudios como los de S. Ros y F.J. Arranz (2011), nos informan que el género influye a la hora de seleccionar la conducta suicida, existiendo en las mujeres una tasa mayor de intentos autolíticos que en los hombres. Estos últimos suelen elegir métodos más violentos que conllevan el suicidio consumado. En nuestro estudio, dados los datos sociodemográficos recogidos, podemos comprobar que los intentos autolíticos son mayores en las mujeres (66,7 %) que en los hombres (33,3 %).

Como factores psicológicos, el estudio de S. Ros y F.J. Arranz (2011) propone como el trastorno afectivo más común la depresión, dirigiéndose a él como principal diagnóstico en personas con tentativa o consumación de suicidio. Nuestro estudio también sitúa a la depresión como el trastorno más común entre nuestra muestra clínica (58,8 %).

Las media de la población no clínica hallada en el test PIL (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) (M = 100,83) ha sido similar a la encontrada en el estudio de García, J., Gallego, J., & Pérez, E. (2008) (M = 109,08). Por lo que concierne a las puntuaciones de los constructos del test (*vacío existencial*, *indefinición* y *logro de sentido*), también han sido semejantes a las del estudio nombrado. La mayoría del grupo han logrado las

puntuaciones de *logro de sentido* (n = 5) y de *indefinición* (n = 6), existiendo un subgrupo muy reducido (n = 1) dentro del constructo de *vacío existencial*. Por otra parte, la media del test PIL (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) en la población clínica (M = 68,83) es semejante a la planteada por el estudio de Marc, J., García, J., Pérez, S., & Botella, C. (2014) (M = 70,71), en donde todos los sujetos de la muestra tenían un diagnóstico de depresión grave. Destacamos que de nuestra muestra de 12 personas, 11 se sitúan en puntuaciones de *vacío existencial* y únicamente 1 en *indefinición*. Estos resultados hallados, tomando de referencia estudios previos al nuestro, nos permiten confirmar una de nuestras hipótesis; las personas sin intentos autolíticos tienen más *sentido de vida* que las personas que sí los han tenido, por tanto afirmamos que, el *vacío existencial* es un factor de riesgo para las conducta suicidas y el *sentido de vida* uno protector.

Los autores Martínez, E. & Castellanos, C. (2013) nos dicen en su estudio que alcanzar puntuaciones de *vacío existencial* en el del test PIL (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL) supone una mayor ideación suicida, y que además, son personas que suelen padecer trastornos como la depresión. Esto también ha podido ser visto en nuestro estudio, donde toda la muestra clínica menos una persona tienen puntuaciones de *vacío existencial* (n=11) y donde predomina el trastorno de depresión mayor (58,8 %).

El estudio de García, J., et al. (2009) al validar el test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) para la población de Colombia, postuló que el punto de corte de la población psiquiátrica era de 3,8, sin embargo, la puntuación media de nuestra población clínica (n = 12) ha sido de 3,19. Según estos autores, el punto de corte (3,8) es en base al patrón de alta letalidad del intento, y dado que, en nuestro estudio el test no ha sido pasado 72h después de haber realizado la tentativa, como es en el caso del estudio nombrado previamente, o 48h después, como en el estudio original de Linehan, M. & Goodstein, J. (1983), nuestro punto de corte no ha sido semejante. Además, estos dos estudios, nos indican que el test en cuestión señala notorias diferencias entre población clínica y no clínica, pero en nuestro estudio las medias de la muestra clínica (M = 3,19) y no clínica (M = 3,28) no señalan grandes diferencias entre sí que pudiesen contrastar el riesgo suicida. Por tanto, la hipótesis; población clínica tiene menores razones para vivir que la población no clínica, se ve confirmada, pero con una diferencia muy mínima en relación a los estudios tomados como alusión.

García, J., et al. (2009), asimismo, comprobó en su estudio la existencia de diferencias en las puntuaciones de los dominios del test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) entre población clínica y no clínica. Estos autores anuncian que las puntuaciones del dominio 1 (*creencias en la vida y capacidad de afrontamiento*) son más bajas cuánto más riesgo suicida hay. En nuestro caso, si se confirma la hipótesis de que la población no clínica tiene una puntuación mayor ($M = 4,58$) que la clínica ($M = 3,16$) en este dominio. Esto nos corrobora que las personas con menor riesgo suicida tienen mayores creencias y estrategias de afrontamiento en la vida, y que puntuaciones bajas en el dominio indican riesgo suicida. Igualmente, estos autores recalcan que las puntuaciones del dominio 5 también son relevantes a la hora de diferenciar entre población clínica y no clínica, habiendo puntuaciones altas en la clínica (riesgo suicida). En nuestro estudio esto también se confirma, la muestra clínica tiene puntuaciones más altas ($M = 3,85$) que la no clínica ($M = 2,23$). Los datos nos revalidan que la población que ha tenido intentos autolíticos, y que están todavía en tratamiento psicológico, tienen más riesgo suicida que la población que nunca los ha tenido dadas sus creencias sobre la vida.

Con este trabajo también pretendíamos investigar si tal y como indica la teoría de los autores Linehan, M. & Goodstein, J. (1983), el dominio 1 del RFL se correlaciona positivamente con la puntuación final del test. Dada la correlación positiva ($p = 0,059$) hallada entre ambas variables, confirmamos que este planteamiento sí que se da. Persona con una sistema fuerte de creencias en la vida y con estrategias de afrontamiento, tiene menor riesgo suicida y mayores razones para seguir viviendo.

La última hipótesis de nuestro trabajo que queda por confirmar es si existe una correlación positiva entre la puntuación de *logro de sentido* del test PIL (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL), y las puntuaciones del dominio 1 (*creencias en la vida y capacidad de afrontamiento*) del test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) dentro de la población no clínica. Autores como Martínez, E. & Castellanos, C. (2013) nos señalan que alcanzar puntuaciones de *logro de vida* se asocia con un mayor bienestar, afecto positivo y un adecuado afrontamiento ante las situaciones, y por otro lado, el dominio 1 es aquel que más fuerte se afilia a un sistema fuerte de creencias de afrontamiento (Linehan, M., & Goodstein, J., 1983). En nuestro estudio, podemos confirmar que esta correlación positiva ($p = 0,59$) se da entre ambas

variables. A Mayor *sentido de vida* hay mayores creencias en la vida y mayores estrategias de afrontamiento.

4.2 Limitaciones y posibilidades

Aunque nuestro estudio ha intentado cumplir todos los criterios necesarios para que las hipótesis se cumplieren, nos hemos encontrado con diferentes limitaciones. La primera ha sido el tamaño de nuestra muestra. Al principio la muestra de nuestro trabajo era de 20 personas por cada grupo de participantes, pero debido a la falta tiempo y a la dificultad para encontrar participantes de la muestra clínica, nos hemos visto obligados a reducir la muestra a 12 personas por cada grupo. Suponemos que esta reducción ha actuado como obstáculo a la hora de realizar el análisis de correlaciones, en específico dentro de nuestra población no clínica, donde la hipótesis de que a mayor *logro de sentido* existen mayores razones para vivir no se ha cumplido, pues la correlación ha sido negativa y de un valor muy bajo ($p = -0,1772561393$).

Otro inconveniente relacionado con la muestra ha sido el género. No hemos tenido la posibilidad de alcanzar un número de muestra mayor en el que pudiésemos seleccionar mujeres y hombres de manera equitativa. Además, dado que la elección de la conducta suicida depende del género, no hemos podido hacer que ambas muestra fueran homogéneas en relación a su género. La muestra clínica ha sido compuesta por un 66,7 % de mujeres y por un 33,3 % de hombres, y sin embargo, la población no clínica, en donde hemos tenido la posibilidad de realizar un muestreo mayor, se ha compuesto por un 50 % de mujeres y por otro 50 % de hombres. Esto ha provocado que nuestra muestra sea heterogénea y que quizás algunas influencias del género hayan podido influir.

Una limitación que consideramos importante en referencia a nuestros instrumentos utilizados ha sido que el test de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) y del Propósito Vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL), no han sido validados en el territorio español, si no que han sido validados ambos por Colombia en los estudios realizados por García, J., et al. en el 2009 y Martínez, E., Trujillo, A., & Trujillo, C. en el 2012 respectivamente. Pensamos que es importante tener este hecho en cuenta en nuestro estudio, pues no se considera el contexto social ni cultural de España.

Para reducir nuestras limitaciones, y que nuestro estudio tuviese una posibilidades más amplias, sería importante poder aumentar nuestra muestra clínica y no clínica. Además de intentar que ambos grupos fueran más homogéneos en consecuencia al género. Incluso, consideramos interesante poder incluir el estudio de otras variables que actúan como causa del suicidio, así como la *desesperanza*, la cual se correlaciona negativamente con el *sentido de vida*. De esta manera conseguiríamos un estudio más fiable y completo, que contemplase otros aspectos teóricos analizados en estudios previos como en el de Marc, J., García, J., Pérez, S., & Botella, C., 2014.

4.3 Conclusiones generales

La mayoría de la muestra clínica (91,7 %) ha alcanzado niveles de *vacío existencial*. Esto confirma nuestra hipótesis de que personas que han tenido tentativas suicidas, y que además, todavía siguen en terapia, tienen sentimientos, o han tenido, caracterizados de apatía, cansancio, falta de ilusión, sensación de inutilidad de la vida y fatalismo. Lo que esto a su vez supone un riesgo de realizar conductas suicidas elevado. Tal y como ya hemos descrito previamente en nuestra teoría, consideramos muy importante tener en cuenta el constructo de *vacío existencial*, el cual podemos considerar de indicador ante el riesgo de tentativa suicida. Este es capaz de señalar que la persona está experimentado un gran sufrimiento ante su propia vida y existencia.

Pensamos que es interesante recalcar que no hemos sido capaces de encontrar grandes diferencias de puntuación entre la muestra clínica ($M = 3,19$) y no clínica ($M = 3,28$) en el inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL). Las razones para vivir son descritas como recursos adaptativos que protegen del suicidio, y que hacen que la persona prefiera vivir aunque se halle en situaciones límite. En un principio, se hizo la hipótesis de que esto sería una característica relevante en la muestra no clínica, pero no ha sido así. Esto nos lleva a conjeturar, que aunque la muestra clínica tenga un *vacío existencial*, es decir una gran apatía por la vida, siguen teniendo razones por las cuales quedarse aquí, son personas que luchan a diario contra sus deseos de no vivir y por encontrar algo que llene sus vidas. Tal y como hemos podido comprobar en los dominios del inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL), estas razones son la responsabilidad con la familia y la preocupación por los hijos. Puede que sus días no estén llenos de sentido, pero si lo están de razones por las que arraigarse a la vida.

En nuestro estudio, es posible afirmar, al menos en la muestra no clínica, que las razones para vivir de las personas dependen en gran medida de las creencias sobre la vida y las estrategias de afrontamiento. Esto, cumpliría uno de nuestros objetivos planteados previamente, donde queríamos conocer si existía una correlación entre el dominio 1 (*Creencias en la vida y capacidad de afrontamiento*) y las puntuaciones totales del RFL.

Otra de nuestras hipótesis era poder comprobar si un fuerte sistema de creencias de supervivencia y de afrontamiento se relacionaban con un *logro de sentido*. Y así ha sido, gracias a poder correlacionar en nuestra población no clínica estas variables se ha cotejado nuestra hipótesis. El *sentido de vida* es la percepción de poder actuar uno mismo con libertad, teniendo una proyección positiva de un futuro donde es posible alcanzar las motivaciones vitales de la persona. Y ahora sabemos que este *sentido de vida* también está compuesto por un fuerte sistema de creencias de supervivencia y de afrontamiento.

5. Bibliografía

American Psychiatric Association. (2012). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM- 5. (5ed). Editorial Médica Panamericana.

Cassaretto, M., & Martínez, U. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL- YA. *Revista de psicología*, 30(1), pp. 171- 188.

García, J., Gallego, J., & Pérez, E. (2008). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universidad católica de Valencia*, 8, pp. 447- 454.

García, J., et al. (2009). Validación del "inventario de razones para vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38, pp. 66- 84.

Instituto nacional de estadística. (2015). Defunciones según la causa de muerte. *Notas de prensa*, p.5.

Linehan, M. & Goodstein, J. (1983). Reason for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(2), pp. 276- 286.

Marnin J. Heisel, Eva Neufeld & Gordon L. Flett (2015): Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community- residing older adults, *Aging & Mental Health*, DOI: 10.1080/13607863.2015.1078279

Martínez, E. & Castellanos, C. (2013). Percepción de sentido de vida en universitarios colombiano. *Pensamiento psicológico*, 11 (1), pp. 71- 82.

Martínez, E., Trujillo, A., & Trujillo, C. (2012). Validación del test de propósito vital (PIL TEST- PURPOSE IN LIFE TEST) para Colombia. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XXI, pp. 85- 93.

Marc, J., García, J., Pérez, S., & Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22, pp. 293- 305.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Galicia: Avalia-t.

Santis, M. & Juárez, C. (2011). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión en español del test PIL (Purpose-In-Life) para su uso en la ciudad de Guatemala. *Universidad de San Carlos de Guatemala escuela de ciencias psicológicas centro de investigaciones en psicología*, pp. 15 – 16.

OMS (1986). Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide.

Pacheco, T. (2008). Intento autolítico mediante ingesta de fármacos y tóxicos: perfil psicosocial en un servicio de emergencia pre- hospitalaria. *Psicopatología clínica legal y forense*, 8, pp. 57- 78.

Pinedo, I. (2014). Apropiación del sufrimiento y búsqueda de sentido. *Tesis psicológica*, 9, pp.14- 28.

Rocamora, A. (2012). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Bilbao: Descleé de Brouwer. Pp. 58- 63.

Ros, S., & Arranz, F. (2011). Conducta suicida. *En Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, pp. 779-800. Barcelona: Masson.

Soler, P.A. & Gascon, J (2005). RTM-III: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales (3ª ED.). Barcelona: Ars Medica.

Suelves, J. & Robert, A. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Revista española de medicina legal*, 2012;38, pp. 137- 142.

Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., & Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatría*, 39(05): pp. 280-7

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

EL VACÍO EXISTENCIAL EN LAS PERSONAS CON TENTATIVAS SUICIDAS

ANEXOS

Cassandra Planas Riquelme

Tutor: Jordi Naudó

Trabajo de final de grado de Psicología

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC - UCC)

13 de mayo del 2016

1. Infografía de la OMS 2014; Prevención del suicidio: un imperativo global

Suicidio: hechos y datos

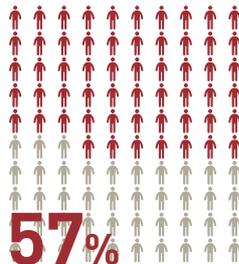
El **suicidio** es la **segunda** causa de defunción entre las personas de **15 a 29 años**



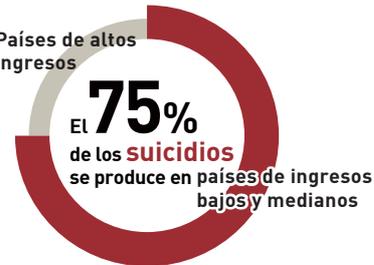
La mortalidad por **suicidio** es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios

Más de **800 000** personas se **suicidan** cada año

Una muerte cada **40 segundos**



Países de altos ingresos



Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más habituales empleados en el mundo

Los suicidios pueden prevenirse



La clave es adoptar un enfoque multisectorial integral

La mayoría de los países no ha establecido una estrategia **nacional de prevención del suicidio**



El objetivo en el Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020 es reducir un 10% de los índices de suicidio

2. Cuestionario sociodemográfico

- Género:
- Edad:
- Situación sentimental:
- Número de hijos:
- Situación laboral:
- Estudios:
- Creencias religiosas:

3. Test del propósito vital (Crumbaugh, J. & Maholick, L., 1964, PIL)

PIL (Purpose in Life test) de J. Crumbaugh y L. Maholick, citado en Irvin Yalom (2000)

| ¡Favor de marcar en UN escalón su posición personal! | | ¡Favor de contestar todas! | |
|--|---|----------------------------------|---|
| p.e. "La clase de Algebra Lineal ... | ...me da asco | (1) (2) (3) (4) 5 (6) (7) | ... me motiva totalmente |
| "terminar mi carrera ... | ... sólo es opcional | (1) (2) (3) (4) (5) (6) 7 | ... es absolutamente necesario |
| <hr/> | | | |
| 1. Generalmente me encuentro... | completamente aburrido | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | exuberante, entusiasmado |
| 2. La vida me parece.... | completamente rutinaria | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | siempre emocionante. |
| 3. En la vida tengo.... | ninguna meta o anhelo | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | muchas metas y anhelos definidos. |
| 4. Mi existencia personal es.... | sin sentido ni propósito | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | lleno de sentidos y propósitos. |
| 5. Cada día es.... | exactamente igual | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | siempre nuevo y diferente. |
| 6. Si pudiera elegir... | nunca habría nacido | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | tendría otras nuevas vidas iguales a esta. |
| 7. Después de retirarme... | holgazarería el resto de mi vida | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | haría las cosas emocionantes que siempre desee realizar. |
| 8. En el logro de mis metas... | no he conseguido ningún avance | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | he llegado a mi realización completa. |
| 9. Mi vida es... | vacía y llena de desesperaciones | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | un conjunto de cosa buenas y emocionantes. |
| 10. Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido... | ...una completa basura | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ... muy valiosa |
| 11. Al pensar en mi propia vida... | me pregunto a menudo la razón por la que existo | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | siempre encuentro razones para vivir. |
| 12. Tal como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo... | me confunde por completo | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ... se adapta significativamente a mi vida. |
| 13. Me considero... | una persona muy irresponsable | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ... una persona responsable. |
| 14. Con respecto a la libertad de que se dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es.... | completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ... absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales. |
| 15. Con respecto a la muerte, estoy... | falto de preparación y atemorizado | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | preparado y sin temor. |
| 16. Con respecto al suicidio... | lo considero seriamente como una salida a mí situación | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ... nunca le he dedicado un (segundo) pensamiento. |
| 17. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es... | ... prácticamente nula | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ... muy grande. |
| 18. Mi vida está... | fuera de mis manos y controlada por factores externos | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ...en mis manos y bajo control. |
| 19. El enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye... | una experiencia dolorosa y aburrida | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ...una fuente de placer y satisfacción. |
| 20. He descubierto para mi vida ... | ... ninguna misión o propósito | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | ... metas claras y un propósito satisfactorio. |

4. Inventario de razones para vivir (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL)

Muchas personas han pensado en el suicidio por lo menos una vez. Otras nunca lo han considerado. Así, lo haya considerado usted o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse, si es que la idea se le ocurriera o si alguien se lo sugiriera. En las siguientes páginas, hay razones que las personas a veces dan para no suicidarse. Quisiéramos saber cuán importante sería cada una de estas posibles razones para usted, en este momento, para no matarse. Por favor, anote esto en el blanco a mano derecha de cada pregunta.

A cada razón puede dársele importancia que varía del 1 (sin ninguna importancia) al 6 (de suma importancia). Si la razón no se aplica en su caso o si usted no cree que la oración sea cierta, es poco probable que la razón fuera importante para usted y por lo tanto debe asignarle un 1. Por favor, use todos los números disponibles para que no resulte que la mayoría de las respuestas estén sólo en el medio (2, 3, 4, 5) o sólo en los extremos (1, 6).

Detrás de cada frase ponga el número que indique la importancia que tiene cada razón para no quitarse la vida en su caso.

1 = Sin ninguna importancia (como razón para no quitarse la vida, o no aplica en mi caso, o no creo en esto en absoluto)

2 = De muy poca importancia

3 = De poca importancia

4 = De alguna importancia

5 = De mucha importancia

6 = De suma importancia (como razón para no quitarse la vida, o creo mucho en esto y es extremadamente importante)

Aun si usted nunca ha considerado quitarse la vida o si cree que nunca consideraría seriamente matarse, sigue siendo importante que usted le asigne un número a cada razón. En tal caso, asigne el número basándose en por qué el matarse no es o nunca sería una opción para usted

| |
|---|
| 1. Soy responsable y estoy comprometido con mi familia |
| 2. Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas |
| 3. Creo tener control sobre mi vida y mi destino |
| 4. Deseo vivir |
| 5. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida |
| 6. Le tengo miedo a la muerte |
| 7. Mi familia podría pensar que no los quiero |
| 8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto |
| 9. Mi familia depende de mí y me necesita |
| 10. No quiero morir |
| 11. Quiero ver a mis hijos crecer |
| 12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada |
| 13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo |
| 14. Por mal que me sienta, sé que no durará |
| 15. Le tengo miedo a lo desconocido |
| 16. Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos |
| 17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido y que quisiera tener |
| 18. Temo que mi método de matarme no funcionaría |
| 19. Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo |
| 20. La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin |
| 21. No sería justo dejar a mis hijos para que otros los cuiden |
| 22. Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas |
| 23. Tengo miedo de ir al infierno |
| 24. Amo la vida |
| 25. Soy demasiado estable para matarme |
| 26. Soy un cobarde y no tengo la valentía para matarme |
| 27. Mis creencias religiosas me lo prohíben |
| 28. Podría tener un efecto perjudicial en mis hijos |
| 29. Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro |
| 30. Le dolería demasiado a mi familia y no quisiera hacerlos sufrir |
| 31. Me preocupa lo que otros pensarían de mí |
| 32. Creo que las cosas salen como conviene |
| 33. No podría describir dónde, cuándo ni cómo lo haría |

| |
|--|
| 34. Lo considero inmoral |
| 35. Todavía me quedan muchas cosas por hacer |
| 36. Tengo la valentía de enfrentarme a la vida |
| 37. Soy feliz y estoy a gusto con mi vida |
| 38. Le tengo miedo al acto de matarme (el dolor, la sangre, la violencia) |
| 39. Creo que con matarme no lograría ni resolvería nada |
| 40. Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz |
| 41. La gente pensaría que soy débil y egoísta |
| 42. Tengo un impulso innato de sobrevivir |
| 43. No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida |
| 44. Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir |
| 45. Para qué apresurar la muerte |
| 46. Soy tan inepto que mi método no funcionaría |
| 47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después |
| 48. No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde |

5. Gráficos y datos analizados de la población no clínica

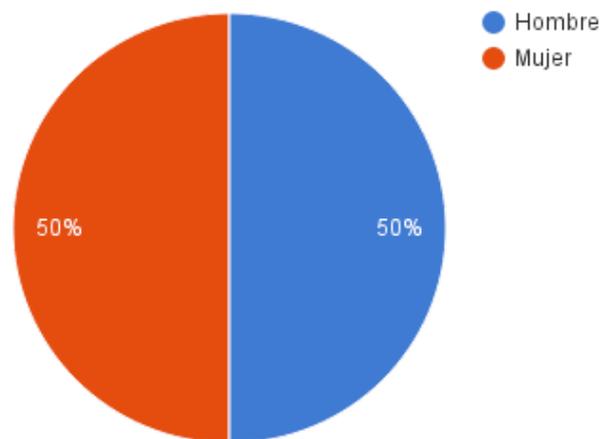
5.1 Estadísticos población no clínica

| | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| PIL muestra con hijos | 107,8333333 | PIL media hombres | 99,83333333 |
| PIL muestra sin hijos | 93,83333333 | PIL media mujeres | 101,8333333 |
| | | PIL media muestra total | 100,8333333 |
| | | | |
| RFL muestra con hijos | 3,523333333 | RFL media muestra total | 3,28 |
| RFL muestra sin hijos | 3,036666667 | RFL media hombres | 3,158333333 |
| | | RFL media mujeres | 3,401666667 |
| | | | |
| | | DOMINIOS RFL | |
| | | | |
| | | Dominio 1 muestra total | 4,585833333 |
| | | Dominio 2 muestra total | 2,795 |
| | | Dominio 3 muestra total | 4,206666667 |
| | | Dominio 4 muestra total | 3,7875 |
| | | Dominio 5 muestra total | 2,233333333 |
| | | Dominio 6 muestra total | 2,1175 |

| | |
|---|---------------|
| Edad media participantes | 41,5 |
| Edad media hombres | 44,66666667 |
| Edad media mujeres | 38,33333333 |
| Media de hijos | 0,916666667 |
| | |
| Correlación Pearson RFL - PIL | -0,1772561393 |
| Correlación Pearson PIL - Dominio 1 RFL | 0,5918525391 |
| Correlación RFL - Dominio 1 | 0,05999079384 |

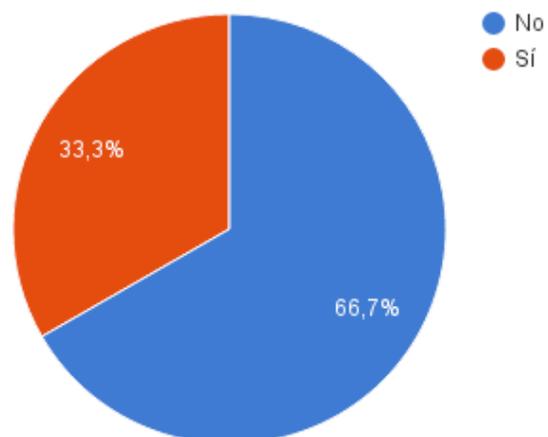
5.2 Gráfico género muestra total

Figura 1. Género muestra total.



5.3 Gráfico creencias religiosas muestra total

Figura 5. Creencias religiosas muestra total



6. Gráficos y datos analizados de la población clínica

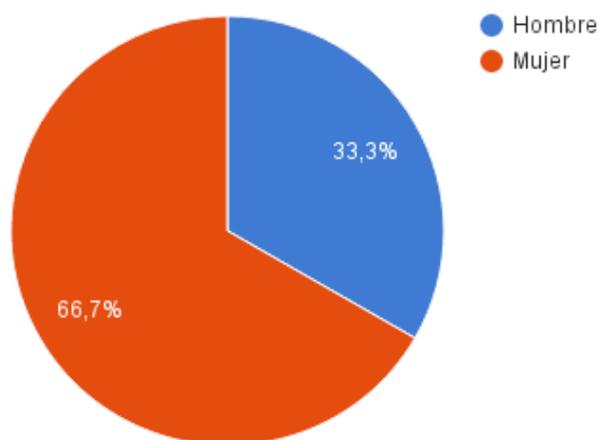
6.1 Estadísticos población clínica

| | | | |
|-----------------------|----------|-------------------------|-------------|
| PIL muestra con hijos | 71,625 | PIL media hombres | 68,25 |
| PIL muestra sin hijos | 63,25 | PIL media mujeres | 69,125 |
| | | PIL media muestra total | 68,83333333 |
| RFL muestra con hijos | 3,309375 | RFL muestra total | 3,192083333 |
| RFL muestra sin hijos | 2,9575 | RFL muestra hombres | 2,83125 |
| | | RFL muestra mujeres | 3,3725 |
| | | DOMINIOS RFL | |
| | | | |
| | Dominio | 1 muestra total | 3,160833333 |
| | Dominio | 2 muestra total | 2,735833333 |
| | Dominio | 3 muestra total | 4,211666667 |
| | Dominio | 4 muestra total | 3,308333333 |
| | Dominio | 5 muestra total | 3,85 |
| | Dominio | 6 muestra total | 2,058333333 |

| | |
|--|--------------|
| Edad media participantes | 45,16666667 |
| Edad media hombres | 43,25 |
| Edad media mujeres | 46,125 |
| Media de hijos | 1,083333333 |
| | |
| Correlación de Pearson PIL - RFL | 0,2211328307 |
| Correlación de Pearson PIL - Dominio 1 RFL | 0,4257456261 |
| Correlación RFL - Dominio 1 | 0,8853021869 |

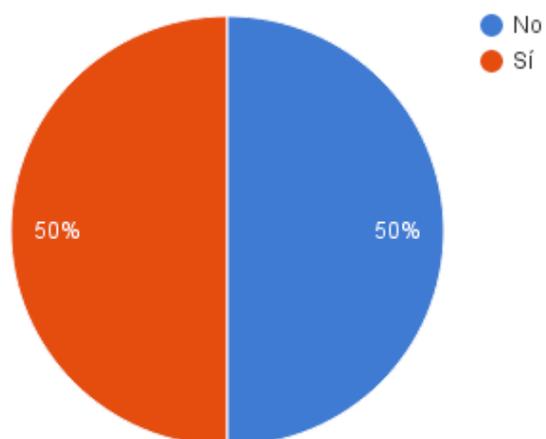
6.2 Gráfico género muestra total

Figura 1. Muestra total género



6.3 Gráfico creencias religiosas muestra total

Figura 5. Muestra total creencias religiosas



7. Estadísticos de contraste

7.1 Análisis dominios del test RFL (Linehan, M. & Goodstein, J., 1983, RFL) de la población clínica y no clínica

| | Población clínica | Población no clínica | Diferencia de medias |
|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|
| RFL | | | |
| Dominio 1 | 3,16 | 4,58 | 1,42 |
| Dominio 2 | 2,73 | 2,79 | 0'06 |
| Dominio 3 | 4,21 | 4,2 | 0'01 |
| Dominio 4 | 3,3 | 3,78 | 0'48 |
| Dominio 5 | 3,85 | 2,23 | 1'62 |
| Dominio 6 | 2,05 | 2,11 | 0'06 |
| | M = 3,21 | M = 3,28 | 0'07 |