



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología  
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica Adultos

**ADAPTACIÓN DE LAS ESCALAS DE DERROTA Y ATRAPAMIENTO  
(DEFEAT AND ENTRAPMENT) EN POBLACIÓN CHILENA: GRUPOS  
CLÍNICOS Y NO CLÍNICOS EN RELACIÓN AL ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO E INTENTO SUICIDA EN ACCIDENTES  
LABORALES.**

Alumna

Ps. Natalia Martini Cáceres

Profesor guía

Dr. Uwe Kramp Denegri

Junio de 2015

Santiago de Chile

## Tabla de contenidos

Agradecimientos.....	6
Resumen .....	8
Abstract .....	10
<b>1. Introducción.....</b>	<b>12</b>
<b>2. Formulación del problema .....</b>	<b>18</b>
<b>3. Relevancia del problema.....</b>	<b>26</b>
<b>4. Marco teórico.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1. Trastorno de Estrés Postraumático .....</b>	<b>28</b>
4.1.1. Modelos teóricos del Trastorno de Estrés Postraumático .....	36
4.1.2. Suicidio y estrés postraumático .....	41
<b>4.2. Suicidio .....</b>	<b>50</b>
4.2.1. Definición de suicidio .....	51
4.2.2. Estadísticas de suicidio .....	57
4.2.3 Comorbilidad del suicidio con otros trastornos psicológicos .....	63
4.2.4. Medición del suicidio.....	67
<b>4.3. Escalas de Derrota y Atrapamiento.....</b>	<b>72</b>
<b>4.4. Suicidio, derrota y atrapamiento: modelos teóricos cognitivos .....</b>	<b>79</b>
<b>5. Hipótesis de investigación .....</b>	<b>95</b>
<b>6. Objetivos .....</b>	<b>96</b>
6.1. Objetivo general.....	96
6.2. Objetivos específicos .....	96

<b>7. Metodología.....</b>	<b>97</b>
7.1. Participantes.....	99
7.2. Instrumentos.....	107
7.3. Descripción de propiedades psicométricas analizadas. ....	117
7.4. Análisis de datos .....	123
<b>8. Resultados .....</b>	<b>125</b>
8.1. Resultados por escalas .....	126
8.2. Análisis de Componentes Principales.....	128
8.3. Resultados entre grupos estudiados .....	137
8.4. Especificidad y Sensibilidad.....	144
8.5. Curvas ROC.....	147
<b>9. Discusión y conclusiones .....</b>	<b>148</b>
Referencias.....	177
Anexos.....	190
Aprobación del Comité de Ética de Investigación Científica del Hospital del Trabajador (ACHS).....	191
Consentimiento informado .....	192
Autorización de autores de escalas aplicadas en la investigación .....	195
Normas o baremos para la aplicación en población chilena.....	197
Resultados complementarios .....	200

## Índice de ilustraciones y cuadros

Figura 4.1. Continuo de suicidabilidad .....	54
Tabla 7.1. Características de la muestra .....	100
Figura 7.2. Distribución de la muestra por género .....	101
Figura 7.3. Distribución de la muestra por estado civil .....	101
Figura 7.4. Distribución de la muestra por nivel educacional.....	101
Tabla 7.5. Distribución de la muestra por grupos clínicos.....	103
Figura 7.6. Distribución de la muestra por grupos clínicos .....	103
Tabla 7.7. Promedio de edad según grupos clínicos .....	104
Tabla 7.8. Distribución de la muestra por grupos clínicos y variables sociodemográficas .....	105
Tabla 8.1. Correlaciones entre escalas .....	126
Tabla 8.2. Componentes Principales Escala de Derrota muestra total.....	129
Tabla 8.3. Componentes Principales Escala de Derrota por grupos .....	131
Tabla 8.4. Componentes Principales Escala de Atrapamiento muestra total .....	133
Tabla 8.5. Componentes Principales Escala de Atrapamiento por grupos.....	135
Tabla 8.6. Diferencia de medias en Escala de Derrota.....	137
Tabla 8.7. Diferencia de medias en Escala de Derrota entre grupos.....	138
Tabla 8.8. Diferencia de medias en Escala de Atrapamiento .....	138
Tabla 8.9. Diferencia de medias en Escala de Atrapamiento entre grupos .....	139
Tabla 8.10. Diferencia de medias en escala INCOM.....	139
Tabla 8.11. Diferencia de medias en escala INCOM entre grupos .....	140
Tabla 8.12. Diferencia de medias en escala BDI .....	141
Tabla 8.13. Diferencia de medias en escala BDI entre grupos .....	141
Tabla 8.14. Diferencia de medias en escala de Desesperanza .....	142
Tabla 8.15. Diferencia de medias en escala Desesperanza entre grupos .....	142

Tabla 8.16. Diferencia de medias según género.....	143
Tabla 8.17. Puntajes de discriminación Escala Derrota .....	145
Tabla 8.18. Puntajes de discriminación Escala Atrapamiento .....	146
Figura 8.19. Curvas ROC Escalas de Derrota y Atrapamiento .....	147

## **Agradecimientos**

En primer lugar, quiero agradecer a Dios la posibilidad de concluir esta etapa de mi vida, pues fue quien me acompañó durante todo el camino, mostrándome mis capacidades y mis debilidades, para mejorar cada día como profesional y como persona.

A quien se convirtió en mi marido durante este proceso de estudios, quien ha sido un compañero permanente e imprescindible, respaldando cada logro y fracaso que se ha presentado en el camino, apoyando la idea de un nuevo grado académico desde que se generó y entregando comprensión y respaldo incondicional para que la carga de estudio y trabajo fuera compartida.

A toda mi familia y amigos, que pusieron a mi disposición todas las formas de apoyo que podían entregar para el desarrollo de este trabajo, desde una palabra de aliento o de ánimo hasta gestiones prácticas y concretas que se requieren en estos tipos de investigaciones.

A la Comisión Nacional Científica y Tecnológica (CONICYT) por su respaldo a través de la Beca de Magíster Nacional (PCHA/Magíster Nacional/2013 – folio 22130154), significó para mí más que el apoyo económico necesario para el estudio

de este magíster y la realización de esta investigación, es la valoración de un camino ya recorrido y la promesa de lo que se puede lograr en el futuro.

A la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y en especial al equipo de Salud Mental del Hospital del Trabajador, mi casa laboral, mi inspiración para la realización de esta investigación y el pilar fundamental para el acceso a la muestra y recolección de datos, poniendo a disposición escasos tiempos de trabajo y recursos personales.

A todos los profesores que formaron parte de la enseñanza de esta disciplina, principalmente a aquellos que integran la comisión de esta investigación, pues fueron guías y consejeros que entregaron toda su experiencia a favor de la formación de nuevos profesionales.

## **Resumen**

A partir del uso de las escalas Defeat Scale y Entrapment Scale (Gilbert & Allan, 1998), los constructos de derrota y atrapamiento han sido analizados en diferentes investigaciones, mostrando adecuadas propiedades psicométricas y estableciéndose como predictores de la conducta suicida en diversas patologías de salud mental, especialmente en el estrés postraumático, donde se configuran en un modelo explicativo. En Chile no existe adaptación ni aplicación de estas escalas, así como tampoco en países de habla hispana.

El objetivo de este trabajo consistió en adaptar las Escalas de Derrota y Atrapamiento en población chilena. Para tal efecto se trabajó con grupos clínicos en relación a la presencia de estrés postraumático e ideación suicida y grupo no clínico de población general.

El fin último consistió en analizar las propiedades psicométricas de estas escalas y su capacidad discriminativa para establecer el diagnóstico de estrés postraumático y suicidio en la población estudiada.

En una muestra de 491 participantes, se establecen grupos clínicos ( $n= 129$ ) y no clínicos ( $n=362$ ) en relación a estrés postraumático e ideación suicida. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre ellos respecto a los constructos de derrota y atrapamiento.



Se aprecian adecuadas propiedades psicométricas en las escalas adaptadas. Respecto a la confiabilidad, se aprecian valores de 0.95. En relación a la validez, la estructura interna muestra un promedio de varianza explicada de 60%. Adicionalmente, la validez de relación con otras variables muestra valores de correlación superiores a 0.7 en las escalas BDI II y Desesperanza. Por otro lado, se observan adecuados indicadores de sensibilidad y especificidad, entre 0.57 y 0.89, dando cuenta de la capacidad de discriminación del instrumento respecto de los diagnósticos de estrés postraumático e ideación suicida.

Por lo tanto, la adaptación de las Escalas de Derrota y Atrapamiento realizada en esta investigación aparece como un instrumento susceptible de ser utilizado en población chilena, que presente patología de estrés postraumático e ideación suicida a consecuencia de ésta.

**Palabras clave:** Adaptación de escalas, derrota, atrapamiento, estrés postraumático, suicidio.

## **Abstract**

Since the creation of the Defeat Scale and Entrapment Scale (Gilbert & Allan, 1998), the constructs of defeat and entrapment have been analyzed in different investigations, showing adequate psychometric properties and positioning themselves as predictors of suicide behavior in several mental health illnesses, particularly in posttraumatic stress disorder (PTSD), configuring an explanatory model. There is no adaptation or application of these scales in Chile or any Spanish-language countries.

The objective of this work was to adapt these scales for the Chilean population. The study considered a clinical group with presence of posttraumatic stress disorder and/or suicidal ideation and a non-clinical group with general population.

The ultimate goal was to analyze the psychometric properties of these scales and their discriminative capacity to establish posttraumatic stress disorder and suicide diagnosis in the studied population.

The sample consisted of 491 participants with a clinical group (n=129) and a non-clinical group (n=362). Results show significant statistical differences between them for the constructs of defeat and entrapment.

The adapted scales show adequate psychometric properties. In reliability, results show 0.95 values. In validity, the internal structures show an average of 60% of explained variance. In addition, the relation-validity with other variables shows

correlation values over 0.7 in the BDI II and Hopelessness scales. On the other hand, adequate indicators of sensibility and specificity are observed, between 0.57 and 0.89, proving the instrument's discriminative capacity, related to posttraumatic stress disorder and suicide diagnosis.

Therefore, the adaptation of the Defeat and Entrapment Scales of this investigation appears as a good instrument to be used in Chilean population, who shows posttraumatic stress disorder and suicidal ideation as a consequence of the PTSD.

**Keywords:** Scale adaptation, defeat, entrapment, posttraumatic stress disorder, suicide.

## **1. Introducción**

En Psicología, la medición se entiende como la vinculación de procesos abstractos con indicadores empíricos, lo que implica que lo que se mide es la conducta o respuesta observada sin embargo el interés está puesto en el concepto no observable que se representa por medio de esta respuesta (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Desde ahí, la psicometría se entiende como el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas, caracterizándose por su énfasis en las propiedades métricas exigibles a las mediciones, independiente del campo de estudio y el instrumento utilizado (Muñiz, 1998).

Para la utilización de los instrumentos psicométricos en diferentes poblaciones es necesario contar con las adaptaciones adecuadas que permitan su correcta utilización, considerando no sólo la traducción de un idioma a otro, sino más bien la adaptación en función de las diferencias culturales de cada grupo de personas y las implicancias que puede tener en el grupo estudiado (Muñiz, 1998).

Esta investigación presenta la adaptación al español en población chilena de las Escalas de Derrota y Atrapamiento (Gilbert & Allan, 1998), constructos

considerados como elementos cognitivos predictores del estrés postraumático y de la ideación y conducta suicida, desde la valoración que una persona realiza sobre sus capacidades y el medio que lo rodea, siendo entonces variables de interés en el manejo de la prevención y tratamiento de esta problemática.

Estas escalas se han aplicado en diferentes poblaciones con distintos trastornos psicológicos, tales como depresión, ansiedad o esquizofrenia; y para evaluar la relación con otros aspectos cognitivos como la memoria y el optimismo, mostrando adecuadas propiedades psicométricas en todos los casos (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

El estrés postraumático ha sido ampliamente estudiado en relación a la derrota y atrapamiento y cómo puede influir en la ideación y conducta suicida. Con lo anterior se ha establecido un robusto modelo predictivo de estas patologías. Es más, incluso en personas que no cumplen todos los criterios diagnósticos para la configuración del estrés postraumático, los constructos de derrota y atrapamiento son capaces de predecir las conductas de autolesión (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013; Wilcox, Storr & Breslau, 2009).

Pese a que la depresión es la patología de salud mental que presenta mayores relaciones con el suicidio, el estrés postraumático presenta tasas similares cercanas al 40% de los casos. Específicamente, casi la mitad de las poblaciones que sufren uno de estos trastornos muestran también una tendencia suicida (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014; Jiménez, Sáiz, & Bobes, 2006).

En la presente investigación se presenta el estrés postraumático en relación a la vivencia de un accidente laboral, situación que impacta en la salud del país dada la cantidad de éstos que se producen año a año, los días de trabajo perdidos por reposo médico e incluso las muertes que se generan por esta causa (Superintendencia de Seguridad Social, 2014).

Así, se configuran grupos clínicos y no clínicos en relación a la presencia de estrés postraumático derivado de un accidente laboral, incluyendo también un subgrupo clínico con ideación y conducta suicida dentro de quienes presentan la patología ya mencionada, pudiendo establecer la capacidad de discriminación de las escalas en relación a estos criterios.

En la adaptación de estas escalas, y siguiendo la literatura revisada al respecto, se identifican como variables relacionadas a la derrota y atrapamiento, los constructos

de desesperanza, depresión y comparación social, tanto desde el establecimiento teórico de los constructos, como en las adaptaciones a otros idiomas ya realizadas (Gilbert & Allan, 1998; Akin, Uysal, Çitemel, & Akin, 2013; Trachsel, Kieger, Gillbert & Grosse, 2010).

En la presente investigación se utilizarán, para la medición de estas variables, los cuestionarios INCOM-E Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure (Buunk, Blemonte, Peiró, Zurriaga & Gibbons, 2005), BDI Beck Depression Inventory II (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983) y Beck Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974).

Se configuran entonces las Escalas de Derrota y Atrapamiento como un instrumento orientado a los estilos cognitivos que se relacionan con el estrés postraumático y el suicidio, actuando en conjunto con elementos como la desesperanza o la tríada cognitiva de la depresión, que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en diferentes grupos y que resulta novedoso para la población chilena ya que no existe adaptación al español de estas escalas ni por lo tanto estudios sobre estos constructos en el país.

El contar con escalas de este tipo resulta relevante para la medición del suicidio desde las aproximaciones cognitivas del mismo, lo que permite abordar la temática

desde una forma más indirecta, favoreciendo la entrega de información del paciente que en ocasiones se muestra reticente al hablar de sus conductas o ideas de muerte (Gómez, 2012).

El suicidio, entendido como un problema de salud mental debido al impacto que tiene en la mortalidad de la población, demanda atención directa de los profesionales del área, dada la relación que se establece con los trastornos mentales ya mencionados (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La adaptación de estas escalas se presenta también como estrategia indirecta para la prevención del suicidio, al medir variables que resultan predictoras del mismo, pudiendo entregar una atención más temprana y evitando acciones de autodaño en el futuro.

Se presenta a continuación la formulación del problema de estudio y la relevancia de esta investigación, seguido del marco teórico donde se abordan en profundidad los elementos sobre estrés post traumático, suicidio y derrota y atrapamiento.



Le siguen a estos apartados la presentación de objetivos e hipótesis, metodología de investigación, resultados y discusión y conclusiones respecto a lo presentado a nivel teórico y lo obtenido en el presente estudio

## **2. Formulación del problema**

El suicidio se entiende como un trastorno multidimensional, donde interactúan factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales y está referido a un acto deliberado por el que una persona se causa la muerte, con conocimiento o intención de un desenlace fatal (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2006).

Como tal, esta realidad se ha transformado en un problema de impacto a nivel mundial, donde se registran casi un millón de suicidios cada año, lo que se traduce en una tasa de mortalidad de 11.4 por 100.000 habitantes, apareciendo como la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años. Las tasas de suicidio han aumentado un 60% en el mundo durante los últimos 45 años (Organización Mundial de la Salud, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2012).

En Chile, en el año 2010 se registraron 2.001 defunciones por suicidio (1.618 hombres y 383 mujeres), lo que representa un 35% más de lo registrado en el año 2000 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2012). Esto da cuenta del aumento en la cantidad de muertes por esta causa y la importancia que en consecuencia debe ir adquiriendo en las políticas de salud en el país.

Dado que el suicidio se entiende como un trastorno multidimensional, donde interactúan factores psicológicos, aparece la relevancia de las disciplinas relacionadas con la Salud Mental, tanto para la interpretación de los factores que desarrollan esta condición como para el establecimiento de estrategias de abordaje, tratamiento y prevención (Organización Mundial de la Salud, 2012; Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, 2013).

A nivel mundial, se establece una prevalencia de 80%-100% de trastornos mentales en los casos de suicidios consumados (Organización Mundial de la Salud, 2000). Los índices de riesgo de suicidio bordean el 10% en trastornos como depresión, alcoholismo y esquizofrenia, siendo común la presencia de más de una patología de salud mental en las personas que finalmente cometen este acto (Organización Mundial de la Salud, 2000; Quijada, 2004), incluso encontrándose relaciones entre depresión y suicidio en poblaciones adolescentes (Furr, Westefeld, McConnell & Jenkins, 2001).

La existencia de ideación suicida y el desarrollo del acto suicida se genera bajo condiciones estresantes, eventos que producen ansiedad en el individuo, que sumados a condiciones genéticas y características ambientales se convierten en

factores de riesgo para la generación de pensamientos de autolesión (Gutierrez, Contreras & Orozco, 2005).

Una patología específica relacionada con los eventos estresantes y la aparición de síntomas a nivel psicológico es el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT). Este implica la exposición a una situación especialmente angustiosa y conflictiva (evento estresante), caracterizada por la amenaza a la integridad propia y/o la de los demás y la respuesta de temor, desesperanza u horror intenso frente a este suceso, desarrollando reexperimentación del evento, evitación de los estímulos que evoquen el trauma, sensación de aumento de activación o arousal y creencias negativas y ánimo bajo (American Psychiatric Association, 2013).

Existe evidencia de que la presencia de TEPT como resultado de la vivencia de un evento traumático está relacionada con el riesgo de suicidio, siendo incluso independiente a la comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas o de variables como el género del individuo (Wilcox, Storr, & Breslau, 2009).

Además, el riesgo de desarrollar ideas de autoagresión está relacionado con la vivencia de un trastorno de este tipo más que con la sola exposición al trauma, es decir, una persona que sufre un evento estresante tendrá un riesgo de suicidio si

desarrolla un trastorno de estrés postraumático como consecuencia de esa experiencia. Personas que viven este tipo de situaciones y no desarrollan esta patología poseen un riesgo de suicidio similar a quienes no han vivenciado un trauma (Wilcox, Storr & Breslau, 2009).

El estrés postraumático presenta indicadores cercanos al 40% en relación al suicidio, valores que aparecen similares a los establecidos en depresión, que es la patología que mayormente se asocia con la autoagresión (Jiménez, Sáiz, & Bobes, 2006; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014) lo que da cuenta de la importancia del estudio del TEPT y suicidio, robusteciendo la evidencia actual para potenciar su importancia a la hora de hablar de psicopatologías y suicidio, incluyendo nuevas áreas de estudio que ya resultan relevantes.

Un evento considerado como traumático o estresante es un accidente laboral, es decir, siniestros o enfermedades relacionadas al trabajo. En el mundo, cada 15 segundos 160 personas sufren un accidente de este tipo y 6.300 personas mueren por esta causa, lo que equivale a 2,3 millones de muertes al año (Organización Internacional del Trabajo, 2013).

En Chile, el año 2013 se registraron 401.988 accidentes laborales, de los cuales 337.471 corresponden a accidentes en el lugar de trabajo, 59.553 a accidentes de trayecto y 8.201 casos de enfermedades profesionales. Esto generó un total de 4.539.327 laborales perdidos en el pasado año en relación a accidentes del trabajo (Superintendencia de Seguridad Social, 2014), lo que da cuenta de la importancia tanto a nivel sanitario como económico que tiene esta temática en el país.

Los accidentes y enfermedades laborales vistos como suceso negativo en la vida de una persona, son considerados como eventos traumáticos y por lo tanto generadores de un TEPT, asociándose también con los factores personales, las características sociodemográficas, tipo de trabajo y la capacidad de cada individuo de modular y hacer frente a la experiencia vivida (Carbonell & Carvajal, 2004).

En esta investigación se considerará entonces como evento traumático en específico la vivencia de un accidente laboral, entendido como toda lesión que sufra una persona a causa del trabajo y que le genere incapacidad o muerte (Ley N° 16.744, 1968).

Este tipo de evento traumático como generador del TEPT resulta relevante por el impacto que tiene a nivel nacional en relación a las muertes y días perdidos que se

generan por esta causa y porque la disminución de accidentabilidad laboral es una de las metas planteadas en Chile en relación a seguridad, pretendiendo lograr tasas de 4% de siniestros y de 5% de mortalidad (Subsecretaría de Previsión Social, 2013).

Resulta entonces relevante considerar en esta investigación los accidentes del trabajo como evento traumático generador de TEPT, al ser parte de las políticas públicas y metas en salud y seguridad que se trabajan actualmente en Chile.

En relación a la ideación suicida, existen diferentes modelos teóricos en la línea cognitiva que buscan abordar su explicación. A la base de algunos de estos modelos se encuentra la teoría de Gilbert y Allan (1998) que plantea la influencia de la percepción de derrota y atrapamiento (defeat y entrapment en inglés) en el desarrollo de la depresión y posterior ideación suicida.

La derrota está dada por la falta de refuerzo en la conducta que se realiza mientras que el atrapamiento está dado por la imposibilidad de escape de una situación o evento negativo, que se traduce en la reducción de conductas de exploración, aumento de la sumisión y falta de movilización (Gilbert & Allan, 1998).

Las investigaciones generadas a partir de estos conceptos utilizan las escalas Defeat Scale y Entrapment Scale (Gilbert & Allan, 1998) para su medición, mostrando propiedades psicométricas adecuadas de confiabilidad y validez de estructura interna y de relación con otras variables (Johnson, Tarrrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrrier, 2013).

En su conjunto, las investigaciones revisadas parecen satisfacer la presencia de los constructos de derrota y atrapamiento como variables independientes. Sin embargo Taylor, Wood, Gooding, Johnson y Tarrrier (2009) sugieren que ambos constructos, la sensación de derrota y atrapamiento podrían comportarse como uno solo, sentando las bases para el estudio de ambos bajo un concepto único y la determinación de éste en el desarrollo de las teorías sobre el suicidio.

Si bien existen instrumentos de evaluación de estas variables, ninguno de ellos cuenta con adaptación o validación en población chilena, ni siquiera se encuentran baremos para poblaciones de habla hispana, resultando entonces como un instrumento novedoso para la psicología en Chile.



El contar con escalas de este tipo resulta relevante para la medición del suicidio desde las aproximaciones cognitivas del mismo, considerando esto último con un aspecto central en la evaluación del riesgo suicida y permitiendo abordar la temática desde una forma más indirecta, favoreciendo la entrega de información del paciente que en ocasiones se muestra reticente al hablar de sus conductas o ideas de muerte (Gómez, 2012).

En consideración a lo expuesto, esta investigación tiene por propósito adaptar y validar las Escalas Defeat and Entrapment de Gilbert y Allan (1998) en población chilena. Para esto se considerarán muestras no clínicas y clínicas, compuestas por participantes con presencia de estrés postraumático e ideación suicida en relación a accidentes laborales.

### **3. Relevancia del problema**

La relevancia de la adaptación y validación de las escalas Defeat and Entrapment de Gilbert y Allan (1998) es de tipo metodológica, en tanto proporciona un instrumento que permite controlar o medir una variable para la realización de diversas investigaciones relacionadas con el suicidio.

También es posible identificar relevancia de tipo teórica, ya que sienta las bases para el desarrollo de investigaciones a nivel nacional relacionadas con estos constructos, ya sea en la forma en que se estructuran (como constructos separados o únicos) y cómo impactan en la prevención y manejo de ideación suicida, tanto en personas que hayan sufrido un evento traumático como en poblaciones con otras características.

Dadas la evolución al alza de las tasas de suicidio que se han presentado en el país en el último tiempo y existiendo también las relaciones descritas entre variables psicológicas como las percepciones en relación a la vivencia de un trauma, es necesario contar con instrumentos adecuados para la población chilena que permitan evaluar, por ejemplo, la sensación de derrota y atrapamiento en personas que hayan sufrido un evento traumático (accidente laboral), lo cual podría apoyar las estrategias de detección temprana de ideación suicida, impactando en el

abordaje del tratamiento de esta condición, el desarrollo de estrategias de prevención y de manera última la disminución de las tasas de suicidio a largo plazo.

Esto da cuenta de la relevancia clínica que plantea esta investigación, al contar con instrumentos que permitan la medición de constructos que se relacionan con el suicidio, impactando en las estrategias de prevención y tratamiento en salud mental.

## **4. Marco teórico**

### **4.1. Trastorno de Estrés Postraumático**

Se abordarán a continuación los elementos característicos del Trastorno de Estrés Post Traumático y su relación con los conceptos de derrota y atrapamiento, estableciendo las bases para el tema de estudio de la presente investigación.

El Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) se caracteriza por la exposición de una persona a una situación especialmente angustiada y conflictiva (evento estresante), caracterizada por la amenaza a la integridad propia y/o la de los demás y la respuesta de temor, desesperanza u horror intenso frente a este suceso (American Psychiatric Association, 2002).

Los síntomas se agrupan en tres categorías: reexperimentación del evento (por sueños o recuerdos invasivos), evitación de los estímulos que evoquen el trauma y sensación de aumento de activación o arousal (American Psychiatric Association, 2002).

En el DSM V se establece el TEPT dentro del grupo de trastornos relacionados con el trauma y el estrés y no en la categoría de trastornos ansiosos donde se presentaba en el DSM IV. Se establecen precisiones en la delimitación de un evento

traumático, incluyendo por ejemplo los ataques sexuales y otorgando más importancia a lo que el individuo entiende como evento traumático más que los elementos de temor u horror intenso anteriormente mencionados (American Psychiatric Association, 2013).

Incluye también una nueva categoría de síntomas además de las tres mencionadas anteriormente, que se denomina creencias negativas y ánimo, y que hace referencia al sentimiento de culpa propia o de otros, acompañados de ánimo bajo y dificultades para recordar elementos importantes del evento (American Psychiatric Association, 2013).

Se describen además dos subtipos de TEPT: preescolar en niños menores de 6 años y con síntomas disociativos (American Psychiatric Association, 2013). Estos cambios dan cuenta de una mayor delimitación del trastorno y la incorporación de elementos cognitivos, tanto en la valoración del evento traumático como en la presencia de ideas de culpa o dificultades en el recuerdo.

Los criterios diagnósticos se deben mantener por al menos un mes para conformarse como un trastorno de estrés post traumático, y los síntomas deben ser

percibidos como causantes de malestar o impedimento para que el individuo funcione normalmente (Resick, Monson & Rizvi, 2008).

Por lo tanto en el TEPT no sólo está presente el evento traumático y la generación de síntomas a partir de este recuerdo si no también la mantención de los mismos por un período prologado de tiempo, lo que establece la diferencia con trastornos de estrés agudo o de tipo adaptativo.

El estudio del estrés postraumático se ha desarrollado principalmente en Estados Unidos a partir de investigaciones con veteranos de guerra y víctimas de desastres naturales. En este país se reporta en adultos la presencia del trastorno en una de cada doce personas, la mitad de la población comenta haber sufrido algún evento traumático en su vida (Pérez y otros, 2009).

A nivel general, se establece una prevalencia del TEPT entre el 7% a un 10% en relación a la población normal. En el grupo de personas que han estado expuestas directamente a un tipo de desastre o trauma, un 35% de ellas desarrollan el trastorno (Storr, 2011).

La prevalencia de la exposición a un evento traumático va desde el 50% al 85% de la población, dependiendo de la definición del evento (Storr, 2011).

Alrededor de un 50% de los casos de TEPT remiten después de 6 meses, mientras que un 30% puede mantener el trastorno por más de dos años (Storr, 2011) lo que da cuenta del tiempo que el trastorno significa en la vida de una persona, considerando que los síntomas deben mantenerse por un período de tiempo para recién ser diagnosticados y luego que su remisión puede tomar al menos medio año.

Las mujeres se ven más afectadas que los hombres en una proporción de 2:1. Esta proporción tiende a ser mayor en culturas tradicionales y en un contexto de exposición severa, que está relacionado también con la mayor vivencia de eventos traumáticos individuales como asaltos, violaciones y secuestros (Storr, 2011).

En Chile se observa una prevalencia a lo largo de la vida de 4.4% (2.5% para hombres y 6.2% para mujeres). En relación a los hechos traumáticos reportados, la violación sexual tuvo una correlación más alta con el TEPT, dando cuenta en términos generales de que el estrés postraumático en el país muestra tendencias similares a las descritas en estudios de otras poblaciones (Pérez y otros, 2009).

Como evento estresante dentro del TEPT se identifican en mayor proporción abusos de tipo sexual, seguido de agresiones físicas, muerte de un amigo o familiar, ser víctima de algún crimen y finalmente eventos traumáticos sin presencia de crímenes, como los accidentes o desastres naturales, siendo esta última la causa que genera menor cantidad de casos de estrés postraumático (Resick, Monson & Rizvi, 2008).

Storr (2011) plantea la diferencia entre eventos traumáticos comunitarios y personales. Dentro de los primeros se encuentran las guerras, combates, actos terroristas y de violencia masiva, accidentes industriales o tecnológicos y desastres naturales.

Los eventos traumáticos personales hacen referencia a los eventos de violencia individual como asaltos, violaciones, secuestros y de trauma personal como accidentes de tránsito, enfermedades de riesgo vital, procedimientos médicos y vivenciar accidentes o muertes (Storr, 2011).

Dentro de los eventos traumáticos personales entonces, es posible identificar los accidentes laborales, entendidos como siniestros o enfermedades relacionadas al trabajo o toda aquella lesión que sufra una persona a causa del trabajo y que le



genere incapacidad o muerte (Organización Internacional del Trabajo, 2013; Ley N° 16.744, 1968).

En el mundo, cada 15 segundos 160 personas sufren un accidente de este tipo y 6.300 personas mueren por esta causa, lo que equivale a 2,3 millones de muertes al año (Organización Internacional del Trabajo, 2013), casi tres veces más de muertes que lo que se registran por suicidio a nivel mundial.

En Chile, el año 2013 se registraron 401.988 accidentes laborales, de los cuales 337.471 corresponden a accidentes en el lugar de trabajo, 59.553 a accidentes de trayecto y 8.201 casos de enfermedades profesionales (Superintendencia de Seguridad Social, 2014).

Pese a esto, se observa una baja en la tasa de accidentabilidad de 5,4 en 2010 a 4,3 en 2013, considerando sólo los accidentes de trabajo excluyendo aquellos de trayecto (Superintendencia de Seguridad Social, 2014), lo que da cuenta de la preocupación que existe sobre el tema a nivel de mutualidades (organismos encargados dentro del país) y la influencia que pueden tener las estrategias de prevención que se desarrollen sobre los accidentes laborales.

Sin embargo, las tasas de mortalidad asociadas a accidentes del trabajo se han mantenido relativamente estables en los últimos tres años (entre 5% y 3%) (Superintendencia de Seguridad Social, 2014), lo que muestra la necesidad de prevenir por una parte los accidentes laborales y por otra atender también las muertes que se provocan a partir de ellos.

Los accidentes y enfermedades laborales, vistos como un suceso negativo en la vida de una persona, son considerados como eventos traumáticos y por lo tanto generadores de un TEPT, asociándose también con los factores personales, las características sociodemográficas, tipo de trabajo y la capacidad de cada individuo de modular y hacer frente a la experiencia vivida (Carbonell & Carvajal, 2004).

Otros factores individuales que influyen como factores de riesgo son la temprana separación de los padres, entornos violentos e historial de psicopatología en la familia (Storr, 2011).

Dentro de los factores protectores para el desarrollo del TEPT se encuentra la experiencia previa con eventos traumáticos, que produce una inoculación al estrés que permite reaccionar de mejor manera, además del nivel educacional, que se correlaciona positivamente con el nivel de resiliencia (Storr, 2011).

Esto demuestra que, si bien la exposición a un evento traumático aparece como potencialmente relacionada con la aparición de TEPT u otro trastorno psicológico, existen elementos personales que pueden actuar como mediadores y proteger al individuo del impacto emocional que le produce el evento traumático, lo que fortalece la importancia de contar con elementos de prevención que permitan ayudar las personas a evitar generar trastornos frente a situaciones traumáticas vividas.

#### **4.1.1. Modelos teóricos del Trastorno de Estrés Postraumático**

Los primeros modelos teóricos en relación al estrés postraumático postulan la influencia del Condicionamiento Clásico y Operante en el desarrollo de los síntomas, explicando las respuestas de miedo y evitación respectivamente (Resick, Monson & Rizvi, 2008).

Dentro de éstos destaca primeramente el desarrollado por Mowrer (1947) denominado “Teoría de los Dos Factores”, explicando el TEPT por procesos de Condicionamiento Clásico y Operante.

El Condicionamiento Clásico se utiliza para explicar los altos niveles de ansiedad y miedo que se observan en las víctimas de un evento traumático frente a estímulos que se lo recuerdan, mientras que el Condicionamiento Operante explica el desarrollo del TEPT por la evitación de estos estímulos y la mantención del miedo a través del tiempo (Guerra & Plaza, 2009).

También dentro de las teorías del aprendizaje se encuentra lo descrito por Seligman (1975, citado en Resick, Monson & Rizvi, 2008) en relación a la desesperanza, donde los individuos que se exponen a una situación traumática, entendida como

incontrolable, tienden a mostrarse indefensos y pasivos, dada la poca capacidad de control experimentada en el pasado.

Dentro de las teorías de procesamiento de la información se establece la existencia de una red de miedo en la memoria, la cual se activa con cualquier estímulo relacionado con el trauma que la elicite, lo que se traduce en patrones conductuales de evitación y escape (Resick, Monson & Rizvi, 2008).

De acuerdo a estas teorías, la exposición repetida al contenido de esta esquema o estructura de miedo alojado en la memoria en ambientes seguros genera una habituación del miedo y el consecuente cambio en la estructura del mismo (Resick, Monson & Rizvi, 2008).

Las teorías sociales cognitivas se relacionan con el procesamiento de la información, pero se centran en el impacto que el trauma tiene en el sistema de creencias de la persona y los ajustes que ésta debe hacer para integrar este evento en sus expectativas y vivencias previas (Resick, Monson & Rizvi, 2008).

Horowitz (1986) plantea que existe una tendencia de competición en el individuo, quien trata, por una parte, de integrar el evento dentro de su historia personal (lo

que mantiene el trauma activo en la memoria) y por otra de evitar el dolor emocional, oscilando entre fases de intrusión y evitación.

Así, el desafío de la recuperación del TEPT es reconstruir las creencias fundamentales que permiten mantener el equilibrio del sujeto lo que implica aprender a manejar la tolerancia al recuerdo y los estímulos que lo elicitan, para poder generar una reinterpretación de lo vivido.

Brewin, Dalgleish & Joseph (1996) entregan un modelo que intenta reunir los planteamientos comentados anteriormente, que denominan “teoría de representación dual”, proponiendo la existencia de dos tipos de recuerdos, uno accesible de manera conciente y otro no conciente, denominado situacional.

En el primero los recuerdos se acceden de manera verbal, y están relacionados con las reacciones físicas, emocionales y el significado personal del evento. En el segundo se encuentran las respuestas sensoriales, fisiológicas y motoras que se elicitan de manera automática frente a un estímulo que evoca la situación vivida (Resick, Monson, & Rizvi, 2008).

Brewin, Dalgleish & Joseph (1996) establecen que existen por lo tanto dos elementos del procesamiento emocional del trauma y que el desafío es acceder al sistema situacional incorporando elementos de reestructuración cognitiva en las interpretaciones de estas reacciones. Además, en el área conciente, se debe reducir las emociones negativas de culpa y vergüenza y potenciar un sentido de control y seguridad relativo en relación al entorno.

En términos generales, las teorías cognitivas se basan en la destrucción de sí mismo y del mundo, a partir de un evento traumático, implicando la reconstrucción de las creencias fundamentales del individuo para restaurar el equilibrio. Dentro de estas creencias aparecen como centrales en el desarrollo de TEPT aquellas que tienen que ver con la predictibilidad y control en relación al trauma, pues afectan las percepciones de seguridad, confianza, poder, autoestima e intimidad (Resick, Monson & Rizvi, 2008; Malcoun & Olasov, 2011).

Es importante considerar en terapia tanto los elementos cognitivos que refieren al trauma, es decir, aquellos relacionados con las creencias del individuo que se vieron alteradas con la vivencia traumática y también la respuesta fisiológica y conductual de temor y ansiedad que se genera a partir de la misma, debiendo

trabajar en ambos niveles para lograr mejores resultados en la recuperación (Resick, Monson & Rizvi, 2008; Malcoun & Olasov, 2011)

En la experiencia a nivel clínico resulta relevante la importancia de la normalización de síntomas y creencias frente a un evento traumático, que muchas veces están culturalmente relacionadas con la debilidad y que aumentan las sensaciones de culpa y minusvalía que ya se instalaron con la vivencia del trauma y que en ocasiones también amenaza la permanencia del paciente en el tratamiento, por tratarse, dentro de lo que él cree, de pocas competencias personales para enfrentar una situación determinada.



#### **4.1.2. Suicidio y estrés postraumático**

Existen diversas investigaciones que apoyan la idea de que el estrés postraumático se relaciona con la suicidabilidad, ya sea la existencia del trastorno en el presente o un diagnóstico en el pasado (Thoresen, Mehlum, Roysamb & Tonnessen, 2006; Cooper, Appleby & Amos, 2002; Panagioti, Gooding & Tarrrier, 2014).

Las tasas de ideación e intento suicida en personas que presentan TEPT se encuentran en promedio un 39% en los primeros y 20% en los segundos (Panagioti, Gooding, & Tarrrier, 2014), dando cuenta de un importante número de individuos dentro de los que sufren este trastorno.

El diagnóstico de TEPT aparece asociado de manera exclusiva con el suicidio, por sobre los efectos de otros trastornos psiquiátricos y más que a la sola exposición del evento traumático (Panagioti, Gooding & Tarrrier, 2014; Wilcox, Storr, & Breslau, 2009).

Al compararlo con indicadores de depresión, la cual aparece como la patología más recurrentemente nombrada a la hora de describir comorbilidad en relación al suicidio, se aprecian intentos de autolesión en un 40% de los pacientes depresivos

(Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006; Gómez, 2012), similar a la cifra encontrada en la ideación suicida con los pacientes con TEPT.

Es decir, si bien la depresión aparece como la patología mayormente nombrada a la hora de hablar de comorbilidad psiquiátrica con el suicidio, el estrés postraumático presenta indicadores similares cercanos al 40% (Panagioti, Gooding, & Tarrier, 2014; Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006; Gómez, 2012).

Dado que en la depresión este valor se refiere a intentos o conductas de autodaño mientras que en el TEPT está relacionado con ideación suicida, resulta especialmente relevante el estudio del suicidio en esta última patología, ya que presenta altas tasas en estadios más tempranos del continuo de suicidio, según lo que se comentó anteriormente.

Quienes están expuestos a un evento traumático tienen casi dos veces más probabilidades de desarrollar un intento suicida, mientras quienes presentan un trastorno de estrés post traumático a raíz de este evento aumentan esta probabilidad a 4 veces (Storr, 2011).

El estrés postraumático aparece entonces relacionado con el desarrollo de ideación y conductas suicidas, siendo incluso independiente a la comorbilidad que este trastorno puede presentar con otras enfermedades psiquiátricas o de variables como el género del individuo (Wilcox, Storr & Breslau, 2009).

Esto quiere decir que el riesgo de desarrollar ideas de autoagresión está dado por la presencia del TEPT como trastorno más que con la sola exposición al trauma, es decir, una persona que sufre un evento estresante tendrá un riesgo de suicidio si desarrolla un trastorno de estrés post traumático como consecuencia de esa experiencia (Wilcox, Storr & Breslau, 2009).

Incluso las personas que viven este tipo de situaciones traumáticas y no desarrollan esta patología poseen un riesgo de suicidio relativamente similar a quienes no han vivenciado un trauma (Wilcox, Storr, & Breslau, 2009).

Esto resulta especialmente relevante dado que, como se comentó anteriormente, más de un tercio de las personas expuestas a un evento traumático desarrollarán un TEPT, y se verán por lo tanto expuestas a aumentar el riesgo de morir a causa de suicidio.

Dentro de los mecanismos psicológicos asociados al suicidio y el TEPT, la percepción de derrota y atrapamiento, señalados anteriormente como elementos predictores del suicidio, aparecen relacionadas con la severidad de los síntomas de TEPT y la ideación suicida (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014).

Es decir, ante la vivencia de un evento traumático y el desarrollo del trastorno en cuestión, la presencia de sensaciones de derrota y atrapamiento son las que influyen en las conductas de autoagresión, más que la sola presencia del TEPT.

Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier (2013) plantean la existencia de un modelo de suicidabilidad donde la severidad de los síntomas del estrés postraumático impacta en ella, mediados por la derrota y atrapamiento.

Este modelo demuestra que la presencia de depresión, desesperanza, derrota y atrapamiento se relacionan con la severidad de los síntomas de TEPT. Sin embargo sólo la derrota y atrapamiento presentan una relación significativa con la suicidabilidad, explicando un 69% de la varianza del modelo con valor  $p < 0,05$  (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Cuando este modelo se prueba con personas que cumplen todos los criterios del trastorno de estrés postraumático (y no sólo los síntomas y la severidad de éstos como en el modelo anterior) resultan resultados similares, donde la derrota y atrapamiento aparecen como los únicos mediadores significativos con la suicidabilidad, explicando en este caso un 67% de la varianza (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Es decir, se plantea la existencia de un modelo donde la derrota y atrapamiento resultan explicativos de la ideación suicida en el TEPT, pensados como constructo único que está relacionado a nivel cognitivo con la planificación de escape de la situación que se vive (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Se destaca la importancia de los constructos de derrota y atrapamiento por sobre la influencia de la depresión y la desesperanza, constructos que aparecen largamente relacionados con el suicidio (Jiménez, Sáiz, & Bobes, 2006; Gómez, 2012) sin embargo en este modelo no aparecen con tanta fuerza predictiva en relación al suicidio como sí resultan los constructos estudiados en esta investigación.

A nivel prospectivo, Panagioti, Gooding & Tarrier (2014) examinaron la capacidad predictiva de la derrota y atrapamiento en los niveles de ideación suicida de

individuos con TEPT, encontrando que estos últimos hacen una importante contribución a la varianza explicada en el modelo de regresión, con  $p < 0.05$ .

Además, como asociación inversa, se establece que la suicidabilidad no es capaz de predecir cambios en los niveles de derrota y atrapamiento en mediciones prospectivas, lo que da cuenta de una relación unidireccional entre los constructos (Panagioti, Gooding, & Tarrrier, 2014).

Esto fortalece lo ya planteado por Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrrier (2013) al hablar de un modelo de suicidabilidad donde la derrota y atrapamiento aparecen como el constructo explicativo y predictivo central a nivel cognitivo, influyendo éstos en los niveles de suicidabilidad de la persona de manera directa y unidireccional.

En relación a los mecanismos psicológicos que subyacen a la relación entre el TEPT y la derrota y atrapamiento, se establece que estos últimos median en las aproximaciones negativas de los sujetos a un evento, tales como la contención emocional, la resolución de problemas y el apoyo social, que influyen también en la conducta suicida. En la vivencia de un evento traumático se mantiene este efecto mediador, que impacta en las ideas de autodaño. Al controlar la severidad de los

síntomas del TEPT se mantiene esta influencia en dos de las aproximaciones anteriormente descritas: la contención emocional y resolución de problemas (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2012).

Se destaca de este análisis la posibilidad de relacionar el TEPT con los constructos de derrota y atrapamiento no sólo en sujetos que cumplen todos los criterios de diagnóstico, si no que también es posible apreciar la influencia mediadora de estos conceptos en la suicidabilidad de personas expuestas a un evento traumático, que presentan cierta sintomatología asociada pero que no cumplen con todos los criterios para diagnosticarla como TEPT en todas las fases estudiadas en dicha investigación (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2012; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Esto resulta relevante en el estudio y trabajo con grupos de pacientes que han vivido una experiencia traumática, considerando la importancia de abordar en ellos las creencias relacionadas con la derrota y atrapamiento, ya sea que cumplan o no todos los criterios para ser diagnosticados con TEPT (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014).

Esto se relaciona con el tiempo de mantención de los síntomas que se requiere para que se desarrolle el TEPT, mientras esto no suceda existe un individuo expuesto a un evento traumático, con sintomatología asociada y desarrollando creencias en torno a lo vivido que al no estar totalmente diagnosticado podría recibir un tratamiento que resulte poco oportuno o tardío (Resick, Monson & Rizvi, 2008; Malcoun & Olasov, 2011).

La derrota y atrapamiento, entendidos como concepto único (dados los resultados de las investigaciones mencionadas anteriormente) resultan predictoras de la ideación suicida en pacientes con TEPT, estableciéndose una relación unidireccional donde la conducta de autoagresión puede predecirse mediante los niveles de las mencionadas variables (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014).

Esto implica que la ideación suicida podría ser gatillada por las percepciones de derrota y atrapamiento que vive un sujeto que padece un trastorno de estrés postraumático (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014), lo que da cuenta de la capacidad predictiva de estos constructos, medidas en un estudio prospectivo.



Sin embargo Troop & Hiskey (2013) plantean que la derrota, como un elemento de la comparación social, es capaz de predecir el desarrollo de un TEPT y se relaciona también con la severidad de los síntomas de esta enfermedad.

Es decir establece una relación entre el estrés postraumático y la derrota que son anteriores a la ideación suicida, dándole importancia en la generación del trastorno. Por lo tanto los niveles de derrota en una persona pueden predecir la generación de una patología como el TEPT y si estos niveles se mantienen elevados pueden llevar también a la ideación suicida.

Aparece aquí un desafío en la investigación que se relaciona con las dificultades en afirmar de manera consistente el comportamiento de la derrota y atrapamiento como constructo único, pensando el efecto que pueden tener tanto juntos como separados en la mediación del TEPT y la conducta suicida.

## **4.2. Suicidio**

Este apartado busca generar una visión general acerca del fenómeno del suicidio y la comprensión de éste desde la Psicología, mostrando la posición que ocupa dentro de la disciplina y los elementos que van configurando la presente investigación.

Se abordarán primeramente elementos de la definición del suicidio, refiriéndose en esa línea a la existencia de un continuo en la tendencia suicida. También, dentro de la descripción del fenómeno aparecen estadísticas tanto a nivel nacional como mundial.

En relación a la Psicología se describe la aparición del suicidio en comorbilidad con otras psicopatologías y modelos teóricos asociados al fenómeno, principalmente dentro de la línea cognitiva y en relación con los conceptos de derrota y atrapamiento.

Por último, y dentro de la relación con la Psicología, se presentan los instrumentos más utilizados para la medición del suicidio, principalmente para evaluar la intensidad de la ideación y como herramienta de apoyo en la determinación clínica de las pautas de acción frente a un paciente con estas características.

#### **4.2.1. Definición de suicidio**

El suicidio es un acto deliberado por el cual una persona se causa la muerte, con conocimiento o intención de un desenlace fatal (Organización Mundial de la Salud, 2006). En complemento a esta definición, la Real Academia Española (2001) señala que el término viene del latín *sui*, que hace referencia a sí mismo, y *caedere* que significa matar.

En estas dos definiciones, se aprecia por una parte la muerte causada por uno mismo, y por otra, destacado por la Organización Mundial de la Salud, la intención del acto mismo, es decir, la búsqueda de la muerte, estableciendo con esto la necesidad de esta determinación de morir más que un accidente o evento fortuito que causa un desenlace fatal en una persona.

En la terminología asociada al suicidio se pueden identificar diferentes conceptos que dan cuenta de diferentes niveles de gravedad o aproximación al mismo y que permiten también establecer clasificaciones del fenómeno, tales como la conducta suicida, la ideación suicida y el intento suicida (Toro, 2013).

La conducta suicida se refiere a un espectro de comportamientos concretos relacionados con el autodaño y la provocación de la muerte de sí mismo, incluyendo amenazas, intentos y el suicidio consumado (Toro, 2013).

La ideación suicida está dada por la planificación y deseo constante de cometer suicidio, es decir, por el conjunto de pensamientos e ideas en relación a inflingirse daño en búsqueda de morir (Toro, 2013).

El intento suicida, que podría considerarse dentro de la conducta suicida en general por ser una acción concreta, es el acto de autolesión con el propósito de provocar la muerte de sí mismo (Toro, 2013).

A nivel clínico se establece que la ideación suicida corresponde a un grado menos grave que el intento suicida, dado que en este último se requiere el paso a la acción desde la idea de autodaño, lo que implica la generación de un plan y la búsqueda de los medios para llevarla a cabo (Gómez, 2012; Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006).

La existencia de una planificación estructurada y concreta desde la ideación suicida (métodos, lugares, tiempos) otorga también en el contexto clínico un elemento de

gravedad dado la aproximación hacia el intento suicida (Ministerio de Salud, 2013; Gómez, 2012).

Esto se relaciona con la visión del suicidio como un continuo, tendencia que se ha desarrollado en el último tiempo desde los resultados de las investigaciones realizadas (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014; Taylor, Wood, Gooding & Tarrier, 2010; Taylor, 2010).

En primer lugar, la visión del suicidio como un continuo plantea que la ideación suicida actual en una persona es un predictor importante de las ideas de muerte que puede presentar esa persona en el futuro, en relación a la severidad de las mismas y la posibilidad de llevarlo al acto suicida (Taylor, 2010; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014).

Además, se encuentran patrones de riesgo similares al comparar grupos de individuos con diferentes niveles de suicidabilidad entre sí, mostrando ciertas tendencias según los grados en la escala de suicidio (Taylor, 2010).

Por último, los modelos cognitivos asociados al suicidio dan cuenta de la existencia de patrones explicativos y perceptivos en los individuos que son persistentes en el tiempo y que se activan frente a situaciones de estrés (Taylor, 2010).

La idea del suicidio como un continuo es criticada por los estudios sobre actos y conductas suicidas impulsivas. Sin embargo, las investigaciones señalan que detrás de un acto suicida impulsivo se encuentra una etapa previa de planificación e ideación (Taylor, 2010).

Considerando lo anteriormente expuesto podemos establecer un continuo de suicidabilidad expresado en la siguiente figura:

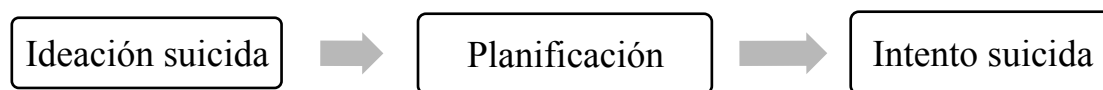


Figura 4.1. Continuo de suicidabilidad

En la figura 4.1 se aprecia el suicidio como un continuo desde la línea de gravedad anteriormente descrita, donde la idea de muerte da paso a la planificación, es decir a la forma de conseguirlo y luego al intento, que puede no no terminar en un suicidio consumado.

Este intento es el predictor principal de la generación de un nuevo intento en el futuro, por lo que esta experiencia también robustece de alguna manera la ideación, pudiendo plantearse un continuo con elementos circulares en tanto que un intento lleva posiblemente a otro (Panagioti, Gooding & Tarrrier, 2014).

Subyacente a esto aparecen los patrones de riesgo y elementos explicativos que mantienen el continuo, dado que se identifican grupos de personas en cada fase, con características específicas y los patrones explicativos que permanecen en el tiempo facilitan el paso de una fase a otra (Taylor, 2010; Panagioti, Gooding & Tarrrier, 2014).

A nivel clínico es posible apreciar estas diferencias de etapas, que a medida que avanzan van generando también mayores niveles de angustia pues se ve la opción de la muerte como un evento posible y alcanzable, y los intentos previos facilitan esta sensación también, desde el ser capaz de intentarlo (Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006; Beck, 2006).

En el manejo de pacientes con tendencia suicida resulta útil y relevante el establecimiento de este continuo, ya que dependiendo de la fase en la que se encuentre cada persona se establecen lineamientos más específicos. Desde la

ideación es posible hacer un trabajo más bien cognitivo, mientras que en la planificación es necesario complementar mayormente con estrategias conductuales de autocuidado, en el contexto de la protección que también debe recibir por parte de terceros (familiares, amigos, personal de salud).



#### **4.2.2. Estadísticas de suicidio**

A nivel mundial, las tasas de suicidio han aumentado un 60% durante los últimos 45 años (Organización Mundial de la Salud, 2012), despertando la alarma en distintos países en los cuales se vislumbra el fenómeno como un problema digno de ser intervenido.

En 2012 se registraron en el mundo alrededor de 804.000 muertes por suicidio, lo que equivale a una tasa mundial de 11,4 por cada 100.000 habitantes (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Con respecto a la edad, las tasas son más elevadas en el grupo de personas de más de 70 años de edad, aunque el suicidio representa la segunda causa de muerte en la población joven (15-29 años) en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La distribución por género está relacionada con la riqueza del país. En aquellos más ricos, el nivel de suicidio en hombres es tres veces más altos que en mujeres, mientras que en aquellos con ingresos bajos y medios esta razón cambia a 1,5 hombres por cada mujer (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Este dato resulta relevante dado que muestra la influencia del nivel de ingresos de un país con su distribución de suicidio entre hombres y mujeres, equiparándose los niveles en ambos en los países con ingresos bajos y medios, siendo entonces un factor de riesgo para los hombres el vivir en países con un nivel económico más alto, lo que podría estar relacionado, aunque no necesariamente, con diferencias de afrontamiento entre ambos géneros frente a situaciones que tienen que ver con el ámbito económico y productivo (Moyano & Barría, 2006).

En Chile es posible observar la misma tendencia al alza que se encuentra a nivel mundial, marcando un aumento en la cantidad de suicidios durante los últimos 10 años, pasando de una tasa de 9,7 por 100.000 habitantes a 11,7 en dicho período (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2012).

En el año 2010 se registraron en el país 2.001 defunciones por suicidio (1.618 hombres y 383 mujeres), lo que representa un 35% más de lo registrado en el año 2000 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2012).

Esta diferencia entre hombres y mujeres aparece más cercana a lo que se aprecia en países con mayores niveles de riqueza, lo que hablaría de una tendencia del país en

relación al comportamiento mundial de las cifras (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Destaca también que siga la línea al alza en los últimos diez años, apareciendo mayor cantidad de defunciones por esta causa, dando cuenta de que también aparece como tema relevante en Chile, por lo que se hace necesario atender las políticas internacionales en relación al fenómeno.

Para esto es necesario considerar los factores de riesgo en relación al suicidio, los cuales pueden agruparse en aquellos vinculados al individuo y a la sociedad.

Entre los factores de riesgo a nivel individual se identifican las características genético-familiares, género y edad, intentos de suicidio previos, trastornos mentales y patologías psiquiátricas actuales y pasadas, consumo nocivo de alcohol, factores psicológicos y cognitivos (Organización Mundial de la Salud, 2014; Gómez, 2012).

Además de considerar las patologías psiquiátricas como elemento predictor del suicidio dentro de los elementos individuales, es posible identificar también estilos cognitivos que van orientando la forma del sujeto de aproximarse al mundo y de entregar significado a la realidad que vive. Dentro de éstos destacan conceptos

como la tríada cognitiva, la desesperanza y la percepción de derrota y atrapamiento (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Beck, 2006; Gilbert & Allan, 1998) que serán abordados más adelante en relación a los aspectos teóricos y cognitivos del suicidio.

Dentro de factores sociales se encuentran aquellos relacionados con el acceso a los sistemas de salud, los medios disponibles para cometer el suicidio, la influencia de los medios de comunicación, la valoración social en relación a la autoagresión y la búsqueda de ayuda, la exposición a desastres o guerras, el estrés y las conflictivas sociales como discriminación, abuso y violencia (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Se puede apreciar entonces que el suicidio, pese a ser un fenómeno individual por causar la muerte de uno mismo sin intervención de terceros, está también fuertemente marcado por las variables externas y ambientales en relación a elementos culturales, situaciones sociales y eventos fortuitos que se vivan dentro de la comunidad.

Destaca el acceso a los medios de salud, que aparece también como relevante en la prevención del suicidio, para establecer los cuidados y tratamientos que un

individuo necesite. En Chile la depresión en personas de 15 años o más, es parte de las patologías AUGE (plan de salud universal para todos los afiliados de Fonasa y las isapres que garantiza acceso, oportunidad de atención, protección financiera y calidad) desde el año 2006, y establece procedimientos específicos en el manejo del suicidio, indicando hospitalización según la gravedad del caso (Ministerio de Salud, 2013).

Otro de los factores de riesgo que resulta relevante son los intentos de suicidio previos, ya que se convierten en una variable predictora de la posibilidad de logro de la muerte en el futuro, elevando 40 veces la posibilidad de autoeliminación (Gómez, 2012).

Además se estima que por cada suicidio es posible encontrar 30 personas que lo intentan (Organización Mundial de la Salud, 2014), lo que aumenta significativamente la población afectada por esta condición.

Esto también se relaciona con las estrategias de prevención y tratamiento que cada país y a nivel internacional se deben establecer, ya que no sólo debe estar orientado a la conducta suicida si no también al seguimiento de esa persona en el tiempo,

para evitar que vuelva a caer en la misma conducta en el futuro (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Además, dentro de las líneas de prevención poner especial atención en la detección de los intentos suicidas que con frecuencia no llegan a centros de tratamiento o no reciben atención médica por lo que no figuran en el foco de personas a tratar sin embargo conforman un gran grupo que tiene un importante riesgo de cometer un acto suicida en el corto o mediano plazo (Organización Mundial de la Salud, 2014).

### **4.2.3 Comorbilidad del suicidio con otros trastornos psicológicos**

En general es posible establecer una relación directa e importante entre la presencia de algún trastorno o patología psiquiátrica y la ideación y conducta suicida, dada por los elementos psicológicos que se van relacionando con el fenómeno que se han mencionado anteriormente.

En comparación con la población general, los pacientes psiquiátricos presentan tasas más elevadas en relación al suicidio, tanto en ideas como en intentos o aproximaciones, en comparación a pacientes que no presentan algún trastorno de este tipo (Gómez, 2012).

Respecto a suicidios consumados las investigaciones dan cuenta de que un 90% de quienes murieron por esta causa presentaban un trastorno diagnosticable, ya sea del ánimo, abuso de sustancias o esquizofrenia (Gómez, 2012).

La depresión aparece como la patología más recurrentemente nombrada a la hora de describir comorbilidad en relación al suicidio, considerándola incluso como una de las patologías más influyentes en el suicidio a la hora de determinar las causas (Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006).

En general se aprecia una tasa de suicidio de hasta 40 veces mayor en pacientes depresivos que en la población general, donde el 40% de ellos desarrolla un intento de autolesión tras el primer episodio depresivo (Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006; Gómez, 2012).

La aparición de otros diagnósticos asociados a un episodio depresivo, como un trastorno de ansiedad, rasgos impulsivos, elementos de la personalidad en especial rasgos del clúster B y abuso de sustancias aumenta el riesgo de desarrollar una conducta suicida (Lecrubier, 2002).

El Ministerio de Salud (2013) reconoce esta relación entre suicidio y depresión, incorporando al primero en una variable importante en la evaluación del trastorno depresivo, integrando protocolos específicos para la determinación del nivel de riesgo de la ideación, las diferencias entre grupos y los planes de acción según estas consideraciones, incluyendo también los criterios de hospitalización del paciente depresivo cuando se establece un nivel de gravedad mayor.

Esto también garantiza, como se comentó anteriormente, las oportunidades y el acceso a tratamiento de las personas con tendencia suicida, acogidas dentro del plan



AUGE de depresión, lo que facilita también la ayuda que se puede prestar en estos casos, desde los sistemas de salud.

En relación a los trastornos del ánimo se establece que quienes lo presentan tienen un riesgo de suicidio cercano al 15%, presentando una probabilidad de intento suicida de hasta un 58% en pacientes con trastorno afectivo bipolar (Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006).

Con respecto a la comorbilidad con psicosis y esquizofrenia, se establece que dentro de este grupo se encuentra una tasa de mortalidad de 10% por suicidio (Taylor, 2010). Se aprecian tasas de intentos suicidas en pacientes con esquizofrenia de entre 28% a 50% (Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010), apoyando la relación existente entre esta patología y el desarrollo de conductas de autolesión.

En relación a la comorbilidad con estrés postraumático, tema central de esta investigación, se aprecia que las tasas del fenómeno suicida se presentan entre un 20% a un 39% en pacientes que sufren este trastorno (Panagioti, Gooding, & Tarrier, 2014).

El estrés postraumático se relaciona con la suicidabilidad, ya sea la existencia del trastorno en el presente o un diagnóstico en el pasado (Thoresen, Mehlum, Roysamb & Tonnessen, 2006; Cooper, Appleby & Amos, 2002; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014).

Mayores detalles sobre la relación entre TEPT y suicidio pueden encontrarse en apartados siguientes, que dan cuenta en específico de cómo se establece esta comorbilidad en términos psicológicos y la influencia de los conceptos de derrota y atrapamiento, estudiados en esta investigación en la población chilena.

Con lo anteriormente descrito se puede apreciar que, si bien existe una alta relación entre trastornos psiquiátricos y suicidio, la gama de los primeros es bastante amplia, incluyendo diferentes patologías que pueden derivar en la intención de muerte, por lo tanto a nivel clínico es necesario considerar esta fuerte asociación con diferentes trastornos, abordando la temática siempre que sea necesario y no descartándola por no aparecer en el paciente algún signo de las patologías más comúnmente relacionadas con el suicidio, como la depresión, considerándolo entonces como una entidad que se relaciona con otras patologías más que dependa necesariamente de alguna de ellas para existir.

#### **4.2.4. Medición del suicidio**

Dada la importancia de la identificación de las conductas e ideación suicida mencionadas en los apartados anteriores, se hace necesario contar con instrumentos de medición adecuados que permitan identificar la presencia e intensidad del fenómeno, lo que determina las pautas de acción que se tomarán luego, asegurando la vida y el cuidado de la persona.

Con respecto a la medición de la ideación y conductas suicidas, se identifica como instrumento principal el apartado de la entrevista “Mini International Neuropsychiatric Interview” (M.I.N.I.), basada en el DSM IV (American Psychiatric Association, 2002), que explora de manera estructural los trastornos del eje I (Sheehan & Lecrubier, 1998).

El Ministerio de Salud (2013) establece para la medición del riesgo suicida en el país, la Escala de Suicidabilidad de Okasha, instrumento validado en Chile. Esta escala es heteroadministrada y puede ser utilizada por profesionales de la salud u otros relacionados con la temática en cuestión, con la ventaja de evaluar el riesgo suicida sin realizar un diagnóstico psiquiátrico.

En relación a los modelos cognitivos se encuentra la Escala de Ideación Suicida (Beck, Kovacs & Weissman, 1979), la cual consta de 19 items, agrupados en 3 factores: deseo suicida activo, planes específicos de suicidio y deseo suicida pasivo.

Presenta adecuados niveles de consistencia interna, correlaciones significativas con la evaluación clínica del riesgo de suicidio y se muestra sensible a los cambios en los niveles de depresión y desesperanza en el tiempo (Beck, Kovacs & Weissman, 1979).

Los instrumentos anteriormente mencionados comparten propiedades psicométricas adecuadas y algunos buenos indicadores de aplicación en población chilena, además de estar todos referidos a la medición del suicidio de forma directa, es decir, abordando la intencionalidad o conducta suicida de la persona al preguntarle sobre estos comportamientos en el último tiempo.

Si embargo, en la evaluación del riesgo suicida de una persona es necesario considerar múltiples elementos además de la cantidad o formas de intento de autolesión en el último tiempo, a saber: existencia de patologías psiquiátricas, contexto donde vive la persona, elementos protectores y de riesgo del ambiente y

elementos cognitivos, relacionados con la desesperanza, experiencias vividas que aportan sobre la visión del futuro y actitud frente al suicidio (Gómez, 2012).

Además, en la entrevista con el paciente suicida es posible encontrar reticencia de éste para hablar de manera directa sobre sus intenciones de autodaño, mostrándose evasivo con el entrevistador o terapeuta, quedando poco claro el nivel de riesgo en el que se encuentra el paciente (Gómez, 2012).

Esto muestra la importancia de contar con instrumentos que midan elementos cognitivos relacionados con el suicidio, ya que por una parte aporta información sobre la estructuración cognitiva de la persona frente al mundo (en relación a la desesperanza, expectativas y valoración personal para hacer frente a los problemas) y por otra parte permite acercarse a la intención suicida del paciente sin referirse directamente a los intentos o conductas suicidas que ha realizado, evitando así la resistencia que pudiera mostrar.

En esta línea aparecen las Escalas Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998), orientadas a la medición de constructos de derrota y atrapamiento, los cuales aparecen relacionados con el suicidio desde el aspecto cognitivo (Panagioti,

Gooding & Tarrier, 2014; Taylor, Wood, Gooding, Johnson & Tarrier, 2009; Taylor P. , Wood, Gooding, & Tarrier, 2010).

La relación entre suicidio y los constructos de derrota y atrapamiento ha sido ampliamente probada, estableciendo relaciones causales y predictivas en diferentes poblaciones, tanto clínicas con patologías como esquizofrenia, ansiedad, depresión como no clínicas, estudiando la interacción con variables como la memoria y el optimismo (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Las escalas han mostrado propiedades psicométricas adecuadas en las investigaciones que se han utilizado, con valores de confiabilidad cercanos a 0.90 en las diferentes poblaciones, además de buenos indicadores en validez de relación con otras variables y de estructura interna (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Esto da cuenta de que las Escalas de Defeat and Entrapment presentan por un parte buenas relaciones a nivel cognitivo con la ideación y conducta suicida y por otra adecuadas propiedades psicométricas en las poblaciones estudiadas, lo que la convierte en un instrumento psicométrico relevante de ser estudiado.

En el caso específico de Chile, este instrumento no cuenta con adaptación para esta población, es más, tampoco presenta adaptación al español. Sólo presenta adaptaciones al idioma alemán y turco pero sólo de una de ambas escalas en cada caso (Akin, Uysal, Çitemel, & Akin, 2013; Trachsel, Kieger, Gillbert, & Grosse, 2010).

La adaptación de estas escalas para población chilena resulta novedoso desde las investigaciones anteriores y útil para la aproximación a la ideación y conducta suicida desde el aspecto cognitivo del paciente, que permite aportar más datos sobre su vivencia y evitar la resistencia a hablar directamente de sus conductas o ideas de auto daño.

### **4.3. Escalas de Derrota y Atrapamiento**

Gilbert y Allan (1998) desarrollan los conceptos de derrota y atrapamiento basándose en la Teoría de Comparación Social de Price (1972, citado en Gilbert & Allan, 1998), que plantea que existe una competencia entre los individuos por los recursos disponibles en el medio (territorio, alimentación, sexo, etcétera). Aquellos que pierden esta competencia desarrollan mecanismos para escalar o descender. Esto último traería consecuencias biológicas de escape, de rendirse frente a lo que no se puede lograr.

En la depresión, esto se relaciona con la conducta de sumisión, que en el individuo se expresa en la inhibición del desafío y en los que lo rodean se aprecia la inhibición del ataque, porque se muestra como un individuo no competitivo (Gilbert & Allan, 1998).

La depresión está dada, a nivel cognitivo por la no obtención de refuerzo frente a las conductas y el desarrollo de bajas expectativas en el futuro en relación a este refuerzo. Dado que los animales no podrían establecer predicciones sobre el futuro, la depresión es un elemento que podría identificarse sólo en humanos (Gilbert & Allan, 1998).



Sin embargo, no todos los individuos sumisos son depresivos. Para que así sean, deben influir en ellos otros factores, surgiendo así para los autores los conceptos de derrota y atrapamiento.

La sensación de derrota está dada por la falta de refuerzo en la conducta que se realiza. En animales, los identificados como perdedores generan un mayor nivel de cortisol y hormonas. La presencia del ganador aumenta los síntomas, mostrándose en ratas que la vivencia de una sola experiencia de status social genera conductas de falta de alimentación y de conductas sociales específicas (Gilbert & Allan, 1998).

Esto quiere decir que la derrota está dada no sólo por los bajos resultados en las acciones que se realizan si no también por la comparación de esos resultados en relación a quienes sí logran el objetivo con las conductas que ejecutan.

El impacto de la derrota aumenta cuando el individuo no puede escapar, es decir, cuando no puede salir de la situación en la que se encuentra (lo que se conoce como “arrested flight”). Esto genera la reducción de conductas de exploración, aumento de la sumisión y falta de movilización (Gilbert & Allan, 1998).

En resumen la Teoría de Comparación Social plantea que en la depresión se genera una percepción de no ser deseado o tener un bajo nivel social, tendencia a actuar de forma subordinada, creencia de estar derrotado, deseos de escapar de esta situación y no ser capaz de lograrlo.

En relación a esto Gilbert & Allan (1998) plantean que la conducta suicida está dada por la sensación de derrota y atrapamiento frente a un evento, es decir, la percepción de sí mismo como un sujeto inferior que no recibe recompensa por las conductas que realiza y la imposibilidad de escape de esta situación.

Los autores generan un instrumento de autorreporte en formato Likert para medir estas variables, el cual cuenta con 16 ítems para cada constructo. Se desarrolló en un grupo de estudiantes (n=302) y otro de pacientes depresivos (n=90) (Gilbert & Allan, 1998).

Los resultados dan cuenta de escalas con adecuado nivel de confiabilidad de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach  $> 0,85$ ) y altas correlaciones con las variables relacionadas comparación social y conducta sumisa, medidas en la investigación (Gilbert & Allan, 1998).

Dentro de la Escala de Atrapamiento se identifican dos dimensiones: Atrapamiento Interno (motivación a escapar gatilladas por sentimientos internos) y Externo (percepción del mundo exterior que permite el escape). Sin embargo, en la aplicación de la escala, la correlación entre ambos es 0,58, con lo que los autores plantean conceptualizarlo como constructo único (Gilbert & Allan, 1998).

Es una diferencia que resulta relevante de analizar, pues a nivel conceptual podría considerarse el atrapamiento como un elemento de la valoración externa del medio, mientras que la derrota como una valoración baja de los recursos propios, que se asemejaría más al atrapamiento interno, como aporte a la discusión anteriormente planteada sobre el comportamiento de los constructos como independientes o parte de una entidad conjunta.

Este instrumento ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en diferentes poblaciones, tanto en participantes normales como con diferentes psicopatologías, obteniéndose altas correlaciones con variables relacionadas como depresión, ansiedad y comparación social, y niveles de confiabilidad de consistencia interna > 0,85 (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor, & Tarrier, 2013).

Las investigaciones que utilizan las Escalas de Derrota y Atrapamiento antes mencionadas, han mostrado en el último tiempo que se comportan como un constructo único, explicando el 49,11% de la varianza (Taylor, Wood, Gooding, Johnson & Tarrier, 2009).

Pese a las adecuadas propiedades psicométricas que ha mostrado y la aplicación en diferentes grupos, esta escala ha sido adaptada sólo al idioma turco y alemán.

La versión turca realiza sólo una adaptación de la Escala de Derrota, en una muestra de 399 estudiantes. El cuestionario muestra un nivel de confiabilidad de consistencia interna de 0,88 lo que se considera adecuado (Akin, Uysal, Çitemel & Akin, 2013).

El análisis factorial confirmatorio muestra que los 16 ítems cargan en un solo factor, con una carga factorial entre 0.31 y 0.76 y las correlaciones entre ítem y escala total fluctúan entre 0.32 y 0.68 (Akin, Uysal, Çitemel & Akin, 2013).

La versión alemana sólo adapta la Escala de Atrapamiento, en un grupo de 540 personas con aplicaciones en papel y online, obteniendo un nivel de confiabilidad

de 0,95 y validez a través de correlaciones con otros constructos medidos (Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010).

Presenta correlaciones positivas tanto en el grupo que responde en papel como aquellos que responden online, con valores respectivos para ambos grupos de 0.62 y 0.72 en depresión, 0.61 y 0.50 en desesperanza y 0.69 y 0.62 en estrés percibido (Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010).

El análisis factorial exploratorio realizado demuestra la existencia de un solo factor en los 16 ítems, que explica entre el 58% y 60% de la varianza según la forma de administración del cuestionario, con correlaciones entre 0.68 y 0.86 entre el ítem y el factor total (Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010).

Al igual que Gilbert y Allan (1998), Trachsel, Kieger, Gilbert y Grosse (2010) no encuentran diferencias estadísticas entre el atrapamiento interno y externo, apoyando la idea de considerarlo como constructo único.

Las adaptaciones realizadas de las Escalas de Derrota y Atrapamiento dan cuenta de un adecuado comportamiento estadístico en relación a confiabilidad, estructura factorial y relación con otras variables.

Sin embargo, dada la evidencia anteriormente mencionada en relación con otras patologías, destaca la falta de participantes clínicos en la adaptación de las escalas, la prevalencia de estudiantes y de diferentes métodos de aplicación de los cuestionarios.

Además, pese a que la evidencia destaca el comportamiento de la derrota y atrapamiento como constructo único a nivel estadístico, las adaptaciones realizadas en otros idiomas no abarcan ambas escalas, centrándose en un solo constructo tanto en turco como en alemán.

#### **4.4. Suicidio, derrota y atrapamiento: modelos teóricos cognitivos**

El suicidio se entiende como un trastorno multidimensional, donde interactúan factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, 2013). Por lo tanto, desde la Psicología existen diferentes aproximaciones teóricas y prácticas para abordar la conducta suicida, su tratamiento y prevención.

A continuación se presentan modelos y aproximaciones teóricas desde la línea cognitiva, dado que se relaciona mayormente con el desarrollo de los conceptos de derrota y atrapamiento, los cuales conforman el eje central de esta investigación.

El modelo cognitivo del suicidio se origina en los modelos cognitivos de los trastornos emocionales de Beck (1976, citado en Toro, 2013) y en la triada cognitiva de la depresión: una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Esto establece la relación ya planteada entre suicidio y depresión (Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006), pero desde el enfoque cognitivo y de cómo la persona, a través de la forma de verse a sí mismo, al mundo y al futuro va configurando la ideación suicida como posibilidad.

Se plantea la intencionalidad suicida como un continuo entre la determinación irrevocable de querer morir y el deseo de vivir, pensando en la ideación suicida como un conflicto de intereses entre la vida y la muerte (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Se establece una fuerte relación entre la ideación suicida y la desesperanza, dado que la persona se visualiza a sí misma atrapada en una situación problemática donde la única salida posible es la muerte, por lo que el trabajo de la desesperanza debe ser prioritario en el enfoque del tratamiento cognitivo del suicidio (Beck, 2006).

Dada además la tríada cognitiva planteada anteriormente, la desesperanza aparece como un elemento significativo pues tiene que ver con la visión negativa del futuro, las pocas expectativas sobre obtener mejoras en relación a lo que se está viviendo, que va generando las ideas de muerte (Beck, 2006).

La característica central en la terapia cognitiva del suicidio es la identificación de los pensamientos automáticos y las creencias nucleares que se activaron en el momento del intento suicida para luego ayudar al paciente a desarrollar formas



más adaptativas en su percepción de las situaciones y en sus formas de respuesta, en especial en períodos de estrés agudo (Toro, 2013).

Así, el objetivo de esta terapia es reducir la conducta suicida con los siguientes elementos: desarrollo de medios eficaces para enfrentar la desesperanza, motivar la participación activa del paciente en la deserción, aumentar conductas protectoras como consulta en servicios de salud y apoyo social (Toro, 2013).

Esto implica además de la reestructuración cognitiva desde la desesperanza, como elemento central, la incorporación de estrategias conductuales concretas enfocadas tanto en la prevención de la conducta suicida en el momento como en la búsqueda de elementos protectores dentro de los recursos externos disponibles (Beck, 2006).

La implementación de estas estrategias conductuales tienen que ver primeramente con la mantención de la vida del paciente y la evitación de la autoagresión, pero además lo sitúan en un rol activo dentro de la recuperación, proporcionando un mayor grado de control frente a lo que le sucede, elemento que puede ser utilizado a nivel cognitivo en relación a la desesperanza (Toro, 2013; Beck, 2006).

Tomando la desesperanza como elemento central del suicidio desde un modelo cognitivo, Gilbert y Allan (1998) plantean que la conducta suicida está dada por la sensación de derrota y atrapamiento frente a un evento, es decir, la autopercepción de un sujeto como inferior, que no recibe recompensa por las conductas que realiza y la imposibilidad de escapar de esa situación.

A nivel cognitivo, la depresión se desarrolla por la no obtención de refuerzo frente a las conductas, lo cual se aprecia sólo en humanos pues los animales no podrían establecer predicciones sobre el futuro (Gilbert & Allan, 1998). Esto relaciona la derrota y atrapamiento con la desesperanza, dado que no permite visualizar una situación o solución diferente para el futuro, al sentirse menospreciado y atrapado.

La teoría “Cry of Pain” (CoP) o llamado de dolor formulado por Williams (1997, citado en Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrrier, 2013), se desprende de los conceptos planteados anteriormente, influenciándose también de la Teoría de Comparación Social (Price, 1972 citado en Gilbert & Allan, 1998) que señala que la comparación entre individuos está presente en todas las especies, donde aquellos que pierden generan mecanismos para escalar o descender, desarrollando consecuencias biológicas de escape o de rendirse frente a lo que no se puede lograr.

Esta teoría conceptualiza la conducta suicida como la respuesta a una situación con tres componentes: derrota, no escape y no rescate. Además, requiere la presencia de un estresor que gatille estas percepciones en un individuo (Pollock & Williams, 2001).

El modelo CoP incluye procesos biológicos, psicológicos e interacciones sociales y pese a que fue inicialmente desarrollado para explicar la conducta suicida, ha mostrado ser útil en la comprensión de conductas autolíticas que no implican el deseo de muerte (Slade, Edelman, Worrall & Bray, 2014).

Este modelo implica la consideración de la conducta suicida como la percepción de estar derrotado y sentirse atrapado, más que la visión clásica del suicidio como llamado de ayuda. Es decir, el suicidio como solución de escape de una situación más que el deseo de muerte propiamente tal (Pollock & Williams, 2001; Slade, Edelman, Worrall & Bray, 2014).

Esto resulta relevante pues introduce en el suicidio una visión más orientada a las características cognitivas del sujeto, en relación a su percepción del mundo y del futuro, mirando la idea de la muerte como una opción que aparece válida para el sujeto como vía de escape, más que como llamado de atención frente a otros,

otorgándole un papel central a la valoración del sujeto de sí mismo y de su propia vida, y cómo la búsqueda de la muerte no tiene que ver necesariamente con la importancia de los otros en términos de búsqueda de ayuda.

En la depresión, esta teoría se relaciona con la conducta de sumisión, que trae a la persona la inhibición del desafío y para los sujetos que la rodean la inhibición del ataque, porque se muestra como no competitivo (Gilbert & Allan, 1998).

La principal fortaleza de esta teoría es que explica las diferencias individuales en relación al enfrentamiento de estresores sociales, enfatizando la interacción entre emociones y cogniciones en la tendencia a la ideación suicida, dado que es necesario para el desarrollo de ésta no sólo la emocionalidad depresiva si no también la desesperanza y la falta de escape (Johnson, Gooding, & Tarrier, 2008).

El modelo “Schematic Appraisal Model of Suicide” (SAMS) o Modelo de Evaluación Esquemática de Suicidio, surge como respuesta a las falencias del modelo CoP, las cuales se concentran en la falta de diferenciación empírica de los conceptos de desesperanza, derrota y atrapamiento, planteando la incorporación de la valoración que las personas hacen sobre los eventos vividos, pudiendo centrarse

en el presente, en el futuro, en la consideración de factores históricos o en los atributos personales (Johnson, Gooding & Tarrier, 2008).

En vez de describir el camino hacia la suicidabilidad como busca hacerlo el modelo CoP, el modelo SAMS se focaliza en el sistema de aproximación de los individuos y los procesos que los afectan. Esto permite identificar potenciales mecanismos protectores que pueden canalizarse en resiliencia (Johnson, Gooding & Tarrier, 2008).

En este modelo se establece que la derrota y atrapamiento son elementos que emergen de estilos de valoración y evaluación del medio que determinan si una experiencia se vive como estresante o desafiante (Johnson, Gooding & Tarrier, 2008), manteniendo el foco en el individuo y en sus propias valoraciones respecto a la muerte, más que en la búsqueda de acciones por parte de otros.

En relación al suicidio, el modelo SAMS señala dos tipos de valoraciones relevantes. Primero la valoración de la situación, que puede hacer percibir un evento como generado de derrota o o atrapamiento. Segundo, la existencia de una valoración personal, que al ser negativa influye en el desarrollo de la ideación suicida (Johnson, Gooding, Wood & Tarrier, 2010).

Ambos modelos dan cuenta de la importancia de la derrota y atrapamiento dentro de la comprensión de la conducta suicida, tanto como elementos críticos en la generación de la ideación, como en la configuración de la valoración de un evento determinado.

En síntesis, es posible establecer desde la línea cognitiva el suicidio desde la desesperanza, por una parte y de la imposibilidad de cambio de esta situación, que es lo que se refleja en los conceptos de derrota y atrapamiento, y dado que la persona se mueve en un continuo como se ha establecido anteriormente, las creencias y conductas también se van relacionando con el mismo.

Las investigaciones revisadas en relación a la derrota y atrapamiento (Troop & Hiskey, 2013; Taylor, Gooding, Wood, Johnson & Tarrier, 2011; Taylor, Wood, Gooding & Tarrier, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014; Johnson, Gooding, Wood & Tarrier, 2010) dan cuenta de un creciente interés por establecer relaciones causales entre estos constructos, por una parte, y por considerarlos o no como una sola entidad, dados los resultados estadísticos de la aplicación de las escalas y los lineamientos teóricos a la base.

En un metanálisis de la literatura existente sobre derrota y atrapamiento y la relación con problemas psicológicos como depresión, suicidabilidad, ansiedad y trastorno de estrés post traumático se aprecia, en general, que estos cuatro fenómenos aparecen relacionados con la derrota y atrapamiento, siendo la depresión la que destaca en términos de magnitud, lo que da cuenta de la relación de estos elementos con estilos de afrontamiento y motores que impulsan ciertas actitudes y conductas en las personas (Siddaway, 2013).

Taylor, Gooding, Wood, Johnson & Tarrier (2011) establecen una relación unidireccional entre la derrota e ideación suicida en un estudio longitudinal, evaluando las cogniciones de los sujetos a través del tiempo y determinando que los niveles de derrota son capaces de predecir los cambios en la intencionalidad suicida a través de un período de tiempo de 1 año.

Es decir, es la percepción de derrota la que influye en la ideación suicida como elemento previo, y no como consecuencia de la experiencia de suicidabilidad. La derrota influye en el desarrollo de ideas suicidas en este sentido de causalidad, más que la percepción de derrota a raíz de la intención de autodaño (Taylor, Gooding, Wood, Johnson & Tarrier, 2011).

O'Connor, Smyth, Ferguson & Ryan (2013) también establecen relaciones causales entre la derrota y el atrapamiento encontrando que ambos son capaces de actuar como predictores de la ideación y conducta suicida en un período de estudio de 4 años, al considerarse como variables únicas en un modelo explicativo.

Sin embargo, al tomar un modelo multivariado, el atrapamiento aparece como el principal predictor modificable de riesgo de conductas suicidas repetidas, dado que las conductas previas también aparecen como predictoras pero es un elemento que no es posible de intervenir en el sujeto, desde los elementos cognitivos o el trabajo terapéutico (O'Connor, Smyth, Ferguson & Ryan, 2013).

Se establece también que la derrota y el atrapamiento impactan directamente en la regulación del ánimo de los sujetos, donde aquellos que presentan sintomatología depresiva tienen una mayor tendencia a evaluar las situaciones desde la inferioridad y la sumisión, donde las situaciones o eventos vividos como atrapantes predisponen a la persona a sentirse derrotado (Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013).

Se aprecia entonces que los conceptos de derrota y atrapamiento aparecen relacionados a nivel empírico con la depresión y el suicidio principalmente,



estableciéndose incluso relaciones causales con la ideación y conducta suicida, lo que se relaciona con lo planteado anteriormente sobre los procesos cognitivos a la base y establece relevancia desde la influencia que tienen estos elementos en la percepción del mundo y las conductas de las personas.

Los conceptos de derrota y atrapamiento han mostrado relaciones con diferentes psicopatologías y elementos psicológicos además de la depresión, siendo estudiada en diferentes tipos de poblaciones (Johnson, Tarrrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrrier, 2010; Griffith, Wood, Maltby, Taylor & Tai, 2014; O'Connor & Williams, 2014).

Al estudiar las variables de derrota y atrapamiento en pacientes esquizofrénicos se obtiene una importante relación entre éstas y la ideación y conducta suicida, donde además median la relación entre síntomas psicóticos positivos e ideas de autodaño. Este estudio además apoya la relación que existe entre la severidad de síntomas psicóticos como la paranoia y el suicidio, donde la derrota y atrapamiento aparecen como mediadoras ya que aumentan la sensación de malestar y permanencia de este trastorno (Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrrier, 2010).

Con respecto a la ansiedad se observa una importante relación con los conceptos de derrota y atrapamiento, estableciéndose relaciones causales entre esta patología y la tendencia a sentirse derrotado y atrapado, al considerar estudios longitudinales. Se establece así una relación dual, donde estas percepciones pueden llevar al desarrollo de una psicopatología como la ansiedad y luego ésta es capaz de mantener las sensaciones de derrota y atrapamiento en el sujeto, lo que los autores definen como “espiral recíproca” (Griffith, Wood, Maltby, Taylor & Tai, 2014).

Al pensar en procesos psicológicos como la memoria, se establece que la experiencia de un evento que se vive como una derrota genera un ánimo derrotado lo que impacta en falencias en la memoria episódica de un individuo, independiente de bajos niveles de ánimo en general, es decir, la influencia de la sensación de derrota en procesos cognitivos, lo que da cuenta de la interacción de los constructos estudiados con el procesamiento de información de una persona y cómo puede influir en otros elementos diferentes a la ideación suicida, que podrían verse como menos graves pero a la vez más abarcativos de la población (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008).

Incluso al hablar de variables psicológicas positivas como el optimismo se encuentra que la derrota es capaz de influir en las visiones positivas del futuro de

una persona, al determinar cambios en su estado de ánimo que lo orientan a ser menos optimistas. Esto expone la relación de los conceptos estudiados no sólo con la patología si no también con el bienestar psicológico y la importancia que tiene en el desarrollo de variables positivas de una persona, que impactan en un mejor estilo de vida en últimos términos (O'Connor & Williams, 2014).

Con todo, es posible ver cómo los conceptos de derrota y atrapamiento se relacionan con variables psicológicas tanto positivas como negativas del individuo y con sus formas de procesamiento de la información, que van generando estados de ánimo bajos que llevan a depresión, ansiedad, ideación y conducta suicida o que impactan en trastornos como la esquizofrenia. Además, esta relación se va configurando de manera dual donde la derrota y atrapamiento aparecen como causales de estados de ánimo bajo y a la vez éstos mantienen las percepciones de estos conceptos en el futuro.

Por otra parte, dentro de la consideración de la derrota y atrapamiento como constructo único, a nivel teórico es posible plantear que ambos conceptos aparecen relacionados. La definición de derrota incluye la falta de soluciones o herramientas para salir adelante, lo que también se asocia al concepto de atrapamiento (Taylor, 2010).

La teoría “Cry of Pain” establece que la sensación de derrota percibida frente a ciertos eventos puede gatillar la percepción de atrapamiento. Investigaciones cualitativas dan cuenta también que la sensación de sentirse atrapado en determinados roles genera la percepción de subordinación, que corresponde también a un elemento de la derrota (Taylor, 2010).

Esto se aprecia a nivel clínico en los relatos de los pacientes con ideación suicida donde la sensación de fracaso frente a la vida va acompañada de la falta de oportunidades para lograr un cambio que permita revertir la situación. Cuando una persona comienza a identificar alternativas de escape o solución a la situación vivida, aumenta sus esperanzas y también la sensación de autoeficacia en la medida de sentirse capacitado para llevarlas a cabo, lo que reduce por lo tanto la sensación de derrota y viceversa (Toro, 2013).

A nivel empírico se ha demostrado que ambos constructos presentan altas correlaciones entre sí, estableciendo que podrían tratarse de mediciones similares del mismo constructo (Rasmussen y otros, 2010).

Taylor, Wood, Gooding, Johnson y Tarrier (2009) señalan que la derrota y el atrapamiento se comportan a nivel estadístico como un mismo constructo,

compartiendo elementos de un mismo factor que estaría a la base de ambos. Dentro de los ítems que se comportan de esta manera destacan la percepción de fallo sin capacidad de resolverlo, similar a lo planteado a nivel teórico.

Pese a estas consideraciones como constructo único, las adaptaciones encontradas a otros idiomas han sido realizadas en sólo una de las dos escalas: atrapamiento en alemán y derrota en turco (Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010; Akin, Uysal, Çitemel & Akin, 2013).

Al estudiar las capacidades predictivas de estas variables en relación al suicidio, se encuentra que sólo la derrota es capaz de mantener la ideación de autodaño en el tiempo, influyendo en la frecuencia del pensamiento suicida durante un año (Taylor, Gooding, Wood, Johnson & Tarrier, 2011).

Contrario a esta idea es lo que plantean O'Connor, Smyth, Ferguson & Ryan (2013) quienes establecen que el atrapamiento el único constructo capaz de predecir el suicidio al considerarse en un modelo univariado y aparece como el único factor de riesgo modificable en la conducta suicida repetitiva.

Panagioti, Gooding & Tarrier (2014), quienes consideran la derrota y atrapamiento como constructo único, establecen que ambos resultan predictores de la ideación suicida en pacientes con estrés postraumático, estableciéndose una relación unidireccional donde la conducta de autoagresión puede predecirse mediante los niveles de este concepto único.

Con todo, es posible apreciar que tanto a nivel teórico como estadístico aún no se establece consistentemente si ambos constructos pueden comportarse como una sola entidad o si la influencia de ellos por separado es lo que se relaciona con el suicidio, tanto a nivel causal como predictivo.

Este último nivel resulta especialmente relevante pues, de mirarse sólo uno de los constructos como predictor del suicidio como se ha establecido en las investigaciones anteriormente mencionadas, podría condicionar un tipo de estudio o incluso de tratamiento y una orientación de la psicoterapia buscando la prevención de la conducta suicida desde esa variable específica (ya sea la derrota o el atrapamiento), lo que podría resultar poco adecuado si es que los constructos no se comportan de esta manera.

## 5. Hipótesis de investigación

- Las Escalas de Derrota y Atrapamiento generadas en la adaptación de las escalas Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) mostrarán propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) adecuadas en la población chilena.
- Las puntuaciones obtenidas en la adaptación de las escalas Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) mostrarán diferencias estadísticamente significativas entre grupos clínicos y no clínicos en relación a la presencia de estrés postraumático e ideación suicida.
- Las Escalas de Derrota y Atrapamiento generadas en la adaptación de las escalas Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) mostrarán adecuada sensibilidad y especificidad para predecir estrés postraumático y suicidabilidad en los grupos estudiados.

## **6. Objetivos**

### **6.1. Objetivo general**

- Adaptar las escalas Defeat y Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) en la población chilena, para el diagnóstico de estrés postraumático e intento de suicidio por accidentes laborales en personas de 18 a 64 años, en la Región Metropolitana.

### **6.2. Objetivos específicos**

- Analizar las propiedades psicométricas de las escalas
- Analizar si existen relaciones entre las escalas adaptadas y constructos relacionados (depresión, desesperanza y comparación social).
- Analizar si existen diferencias estadísticas en las puntuaciones de los grupos clínicos y no clínicos estudiados, establecidos en relación a la presencia de estrés postraumático e ideación suicida.
- Determinar la capacidad de discriminación de las escalas en relación a la población general y clínica para detección de suicidabilidad y estrés postraumático.



## **7. Metodología**

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo correlacional, con un diseño de tipo no experimental transeccional y proceso de selección de participantes de tipo no probabilístico accidental.

Es un estudio cuantitativo en tanto implica la adaptación y validación de escalas a través de la medición y recolección de datos numéricos y análisis estadísticos, con el objetivo de establecer patrones de comportamiento y probar hipótesis (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Es de tipo correlacional pues la adaptación y validación se realiza a partir del establecimiento de relaciones y comparaciones entre la escala original y otras variables diferentes, para dar cuenta de las propiedades de dicho instrumento (Hernández, Fernández & Baptista, 2010), conociendo así el comportamiento de las escalas Defeat y Entrampent (Gilbert & Allan, 1998) a través de otras variables relacionadas.

El diseño es de tipo no experimental transeccional, pues se medirán las variables en un tiempo único y se establecerán relaciones entre ellas, sin realizar una manipulación deliberada de éstas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Los grupos de participantes se determinarán con un proceso de selección no probabilístico accidental, debido a que los instrumentos serán aplicados a quienes deseen participar en cada grupo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

## 7.1. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 491 participantes, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 64 años, con una media de 28.44 años (Desviación estándar 11.31). 345 participantes de la muestra pertenecen al género femenino (70.3%), mientras que 146 participantes pertenecen al género masculino (29.7%), lo que se aprecia en la figura 7.2.

Con respecto al estado civil, según se muestra en la tabla 7.1 y en la figura 7.3, los participantes se concentran principalmente en el grupo de solteros, con 341 participantes (69.5%), luego siguen 78 casados (15.9%), 39 convivientes o en pareja (7.9%), 31 divorciados (6.3%) y 2 viudos (0.4%).

En relación al nivel educacional, expuesto en la tabla 7.1 y en la figura 7.4, la mayoría de los participantes (268, que corresponden al 54.6%) se concentran en el nivel de educación universitaria incompleta. Les siguen 98 participantes en nivel educacional universitario (20%), 73 en nivel enseñanza media (14.9%), 41 en nivel técnico (8.4%) y 11 personas en nivel enseñanza básica (2.2%).

Tabla 7.1. Características de la muestra

<b>Variables</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
			<b>%</b>
<b>Género</b>	Femenino	345	70.3
	Masculino	146	29.7
<b>Estado civil</b>	Soltero	341	69.5
	Casado	78	15.9
	Convive/en pareja	39	7.9
	Separado/ divorciado	31	6.3
	Viudo	2	0.4
<b>Nivel educacional</b>	Enseñanza Básica	11	2.2
	Enseñanza Media	73	14.9
	Técnica	41	8.4
	Universitaria incompleta	268	54.6
	Universitaria	98	20.0

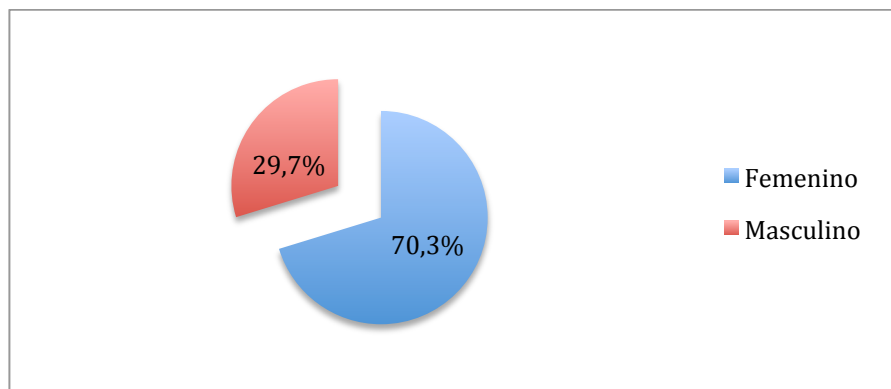


Figura 7.2. Distribución de la muestra por género

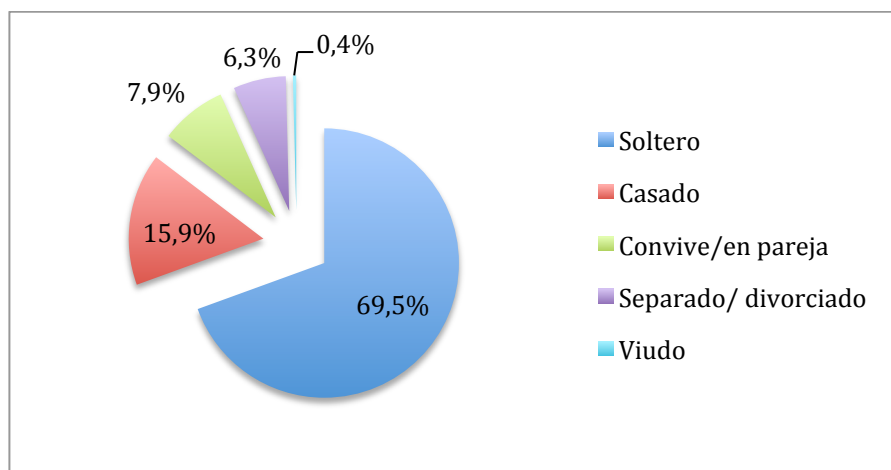


Figura 7.3. Distribución de la muestra por estado civil

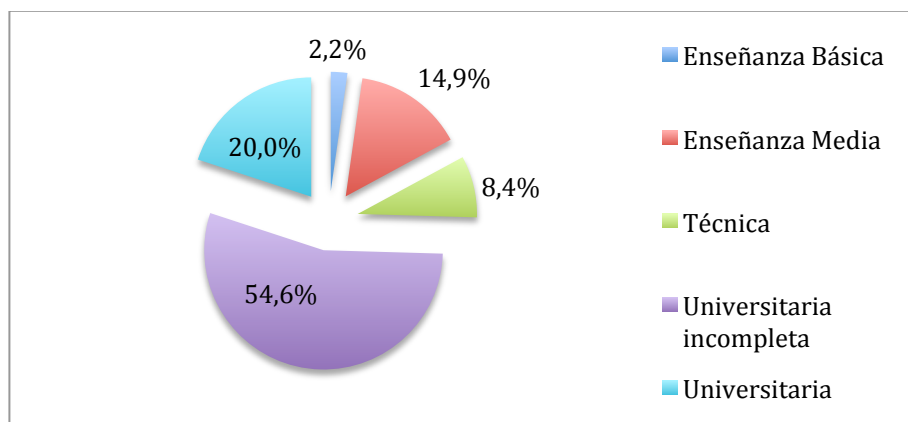


Figura 7.4. Distribución de la muestra por nivel educacional

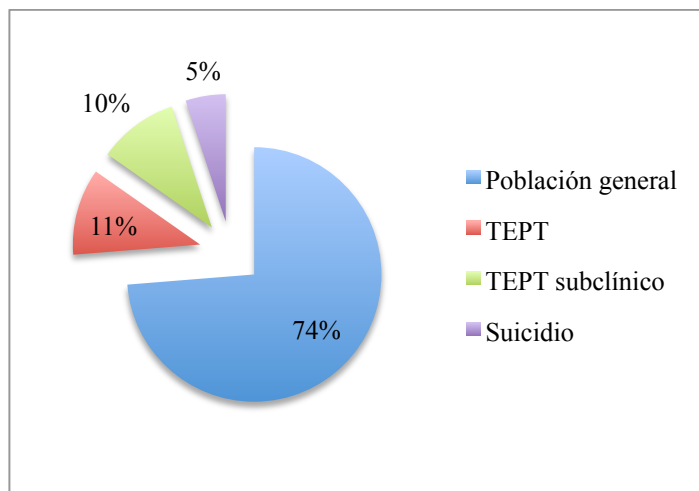
Con respecto a los grupos clínicos establecidos en esta investigación, en la tabla 7.5 y en la figura 7.6, se aprecian 362 participantes en el grupo de población general (73.7%), 104 con presencia de sintomatología de estrés postraumático (21.2%) siendo 54 de éstos los que cumplen todos los criterios diagnósticos (11%) y 50 identificados como grupo subclínico (10.2%). 25 participantes presentan ideación o intento suicida, además de sintomatología postraumática (5.1%).

Se realiza esta distinción en el grupo de estrés postraumático pues dentro del acceso que se tuvo a la muestra fue posible encuestar a participantes diagnosticados con este trastorno (según criterio de un médico psiquiatra) y a personas que no cumplían todos los criterios diagnósticos pero sí habían estado expuestos a un evento traumático y presentaban ciertos síntomas ansiosos, lo que concuerda con otras investigaciones (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2012; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Tabla 7.5. Distribución de la muestra por grupos clínicos

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
			<b>%</b>
Grupos clínicos	Población general	362	73.7
	TEPT	54	11.0
	TEPT subclínico	50	10.2
	Suicidio	25	5.1

Nota: TEPT= Trastorno de Estrés Postraumático



Nota: TEPT= Trastorno de Estrés Postraumático

Figura 7.6. Distribución de la muestra por grupos clínicos

Tabla 7.7. Promedio de edad según grupos clínicos

	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>
Población general	25.57	9.86
TEPT	32.48	9.26
TEPT subclínico	37.72	11.73
Suicidio	43.0	10.87

Con respecto a la edad entre los grupos clínicos estudiados se aprecia en la tabla 7.7 que los participantes de mayor edad se concentran en el grupo de ideación suicida, mientras que los más jóvenes aparecen en el grupo de población general.



Tabla 7.8. Distribución de la muestra por grupos clínicos y variables sociodemográficas

		<b>Población general</b>	<b>TEPT</b>	<b>TEPT subclínico</b>	<b>Suicidio</b>
Género	Masculino	103	14	20	9
	Femenino	259	40	30	16
Estado civil	Soltero	287	26	21	7
	Casado	37	13	17	11
	Convive/en pareja	24	9	5	1
	Separado/ Divorciado	13	6	6	6
	Viudo	1	0	1	0
N. Educ.	Enseñanza Básica	6	2	2	1
	Enseñanza Media	6	28	28	11
	Técnica	13	10	10	8
	Univ. incompleta	264	2	2	0
	Universitaria	73	12	8	5

En la tabla 7.8 tabla muestra la distribución de los grupos clínicos por género, estado civil y nivel educacional. Se aprecia la misma tendencia general en relación a las diferencias entre hombres y mujeres, encontrándose más participantes del género femenino en todos los grupos establecidos.

Con respecto al estado civil se aprecia en general la misma tendencia descrita anteriormente, concentrándose los participantes en el grupo de solteros, a excepción del grupo con ideación suicida donde predominan los casados.

En relación al nivel educacional se aprecia que en el grupo de población general se concentra la mayor cantidad de participantes con educación universitaria, ya sea completa o incompleta. En los grupos con sintomatología clínica se aprecia un predominio de participantes con enseñanza media, seguidos de nivel técnico.

## **7.2. Instrumentos**

Para determinar la validez de relación de la adaptación de las escalas Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) se aplicaron además a todos los participantes los cuestionarios INCOM-E Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure (Buunk, Blemonte, Peiró, Zurriaga & Gibbons, 2005), BDI Beck Depression Inventory II (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983) y Beck Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974).

### **7.2.1. Escala Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998).**

Esta escala busca medir los constructos de derrota, entendida como la falta de refuerzo en la conducta que se realiza y atrapamiento, referido a imposibilidad de escape de una situación o evento negativo, que se traduce en la reducción de conductas de exploración, aumento de la sumisión y falta de movilización (Gilbert & Allan, 1998).

Dentro de la Escala de Atrapamiento se identifican dos dimensiones: Atrapamiento Interno (motivación a escapar gatilladas por sentimientos internos) y Externo (percepción del mundo exterior que permite el escape) (Gilbert & Allan, 1998).

Esta escala consta de 16 ítems por cada dimensión (derrota y atrapamiento) en formato Likert de 5 opciones de respuesta desde 0 que implica un grado de menor desacuerdo con la frase hasta 4 que implica mayor acuerdo.

Presentan valores de confiabilidad de 0.94 en población general y 0.93 en depresión para la dimensión de derrota y entre 0.98 y 0.93 en atrapamiento (Gilbert & Allan, 1998).

La correlación entre atrapamiento interno y externo es de 0.58 por lo que los autores establecen la posibilidad de considerarlo como constructo único (Gilbert & Allan, 1998).

Presenta adecuadas evidencias de validez de relación con otras variables estudiadas (Gilbert & Allan, 1998) y ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en diferentes poblaciones, tanto clínicas con patologías como esquizofrenia, ansiedad, depresión como no clínicas, estudiando la interacción con variables como la memoria y el optimismo (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

### **7.2.2. Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure INCOM-E**

(Buunk, Blemonte, Peiró, Zurriaga & Gibbons, 2005).

La escala INCOM evalúa las diferencias individuales en la tendencia de cada individuo a compararse con otros, es decir en la orientación hacia la comparación social de una persona (Gibbons & Buunk, 1999).

Posee un formato Likert de 11 ítems, donde la suma de los puntajes obtenidos otorga el valor de la comparación social, previa inversión de los ítems establecidos. Así un alto puntaje en la escala indica una alta comparación social (Gibbons & Buunk, 1999).

Los valores de confiabilidad interna oscilan entre 0.77 y 0.85, presenta altas correlaciones con constructos relacionados como la orientación interpersonal, orientación comunal e interés por sí mismo (Gibbons & Buunk, 1999).

La versión española de esta escala, INCOM-E fue desarrollada por Buunk, Blemonte, Peiró, Zurriaga & Gibbons (2005) mostrando un alfa de Cronbach de 0.81, dos factores ya identificados en la versión original (aptitud y opiniones) y

correlaciones consistentes con los constructos evaluados anteriormente, dando cuenta de la validez del instrumento.

En Chile se ha usado esta versión en diferentes grupos etáreos, reportando valores de confiabilidad de consistencia interna de 0.82 (Urzúa, Castillo, Gemmel & Campos, 2010; Urzúa, Zuñiga & Buunk, 2012).

### **7.2.3. Beck Depression Inventory BDI II** (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983).

Este instrumento fue desarrollado para medición de la depresión en base a un modelo cognitivo. Consta de 21 afirmaciones con cuatro opciones de respuesta cada una de ellas (de 0 a 3), debiendo el sujeto elegir una de dichas opciones en cada afirmación (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

El BDI alcanza una confiabilidad test-retest de 0.70, una fiabilidad de dos mitades de 0.93 y una consistencia interna de 0.87; su validez concurrente con las escalas de Hamilton y Zung y con los juicios de expertos oscila entre 0.50 y 0.80 (Bulbena, Berrios & De Larrinoa, 2000).

La segunda versión de este cuestionario (BDI- II), desarrollada en 1996 por Beck, Steel y Brown, también muestra valores adecuados de confiabilidad y validez convergente y predictiva, generando incluso puntos de corte para diferentes poblaciones (Arnau, Meagher, Norris & Bramson, 2001; Kapci, Uslu, Turkcapar & Karaoglan, 2008).



En Chile se ha validado en población adolescente, mostrando altos niveles de confiabilidad de consistencia interna y test-retest (0.91 y 0.66) además de adecuada capacidad de discriminación y correlación con otros instrumentos que evalúan depresión (Melipillán, Cova, Rincón & Valdivia, 2008).

#### **7.2.4. Beck Hopelessness Scale** (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974).

La escala de desesperanza, creada por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) consta de 20 items de verdadero y falso y evalúa el grado en el que una persona mantiene expectativas negativas en relación al futuro.

La desesperanza, entendida como una disposición dominante de expectativas negativas del futuro se ha establecido como predictor de la severidad del intento suicida y de la ideación y riesgo de la misma (Beck, 2006).

Esta escala fue aplicada en población clínica incluyendo intento suicida y depresión, obteniendo un nivel de confiabilidad de 0,93 y correlaciones positivas con escala de aproximación al futuro y pesimismo. Se encontraron 3 factores dentro de la escala: aspectos afectivos, motivacionales y cognitivos (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974).

Ha sido utilizada en diferentes poblaciones, tanto no clínicas como clínicas, donde aparece como un indicador del potencial suicida de una persona (Erol & Ergun, 2013; Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990; Miranda, Tsypes, Gallagher & Rajappa, 2013).

La adaptación al español se ha realizado en diferentes grupos, mostrando adecuados valores de validez y confiabilidad de consistencia interna entre 0,70 y 0,75 (Aguilar y otros, 1995; Poch y otros, 2004) y diferencias de estructura factorial en relación a hombres y mujeres (Córdova & Rosales, 2011).

En Chile ha sido utilizada en población no clínica para el estudio de otras variables como la conducta electoral (Vázquez, Panadero & Rincón, 2008) y en población clínica adolescente, mostrando asociaciones positivas con ideación suicida, depresión y hostilidad (Lolas, Verdugo & Castellón, 1988).

Dado que, como se comentó anteriormente, sólo las Escalas de Derrota y Atrapamiento no cuentan con adaptación ni aplicación en español (por lo tanto tampoco cuenta con datos en población chilena), en esta investigación se realizó la traducción y adaptación al español con el *método back-translation*, el cual se entiende como un método que permite realizar comparaciones culturales cruzadas de carácter crítico (Berry, 1980). Se compone de etapas formuladas en el siguiente orden: (a) un traductor bilingüe traduce el cuestionario en lengua inglesa al castellano (u otro idioma pertinente), (b) otro traductor bilingüe vuelve a traducir la adaptación castellana al Inglés (u otro idioma pertinente) y (c) la prueba original es comparada con el instrumento re-traducido. En esta última etapa se compara cada

ítem, buscando eventuales discrepancias entre ambas formas. De hallarse alguna, se continua este proceso hasta conseguir que ambas formas sean semánticamente equivalentes (Brislin, 1980).

### **7.3. Descripción de propiedades psicométricas analizadas.**

En este apartado se describen las propiedades psicométricas que se analizarán en esta investigación: confiabilidad y validez de relación con otras variables y análisis de componentes principales. Además se comentarán brevemente algunos conceptos utilizados en el análisis de datos.

La revisión realizada en este apartado no pretende ser exhaustiva. Para una descripción más detallada de los términos aquí presentados se sugiere revisar la literatura indicada, consultando los textos de Anastasi & Urbina (1998), Muñiz (1998), Cohen & Swerdlink (2001), American Psychological Association (1999).

La confiabilidad de un instrumento es el grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados similares (Anastasi & Urbina, 1998).

Es decir, está referida a los errores de medida, específicamente a aquellos no controlables en un proceso de medición, por lo que la confiabilidad expresa la estabilidad o similitud de las mediciones cuando no existen razones teóricas ni empíricas para establecer su modificación o variabilidad por otras causas (Muñiz, 1998).

La confiabilidad se estima mediante diferentes métodos o aproximaciones, algunos relacionados con la estabilidad temporal y otros con la consistencia interna (Muñiz, 1998).

En la presente investigación se utilizó el método de consistencia interna Alfa de Cronbach, el cual consiste en la media de todas las correlaciones de división por mitades posibles en una prueba, la que luego se corrige mediante la fórmula de Spearman Brown (Cohen y Swerdlink, 2001). Resulta apropiado para esta investigación dadas las características de la prueba y la metodología de aplicación única que será utilizada.

La validez, por otra parte, se refiere al grado en que una prueba o instrumento psicológico mide lo que busca medir, es decir, que la prueba realmente mida o evalúe aquello para lo cual fue construida. Para esto, se requieren diferentes criterios o formas de demostrar esta correspondencia (Anastasi y Urbina, 1998).

Los Standards actuales propuestos por la American Psychological Association y col., (1999) señalan que es posible encontrar cinco tipos diferentes de validez: validez de contenido, validez del proceso de respuesta, estructura interna, relación con otras variables y validez de las consecuencias de la aplicación del instrumento.

Los tres primeros están referidos a las propiedades internas del instrumento, mientras que los dos últimos se relacionan con aspectos externos del test estudiado.

En lo que respecta a esta investigación se determinó la validez basada en la relación con otras variables (o evidencia basada en la relación con otras variables), lo que implica relacionar las puntuaciones del test con criterios externos, los cuales evalúan constructos similares al que se busca medir (American Psychological Association y col., 1999).

Estas relaciones se establecieron a través de correlaciones de Pearson, que permiten también determinar el tamaño del efecto, entendido como la varianza compartida entre ambas variables, es decir, la proporción de una variable que es explicada por la otra (Cohen & Swerdlik, 2001).

Esto aporta a la interpretación de relación entre las variables pues indica cuánto de la variación de una de ellas es explicada por la otra con la que se está comparando, aportando fuerza a la relación que se establece entre ellas (Cohen & Swerdlik, 2001).

También se consideró la evidencia relacionada con la estructura interna (o evidencia basada en la estructura interna) la cual hace referencia al análisis de la relación de los ítems entre sí y de éstos con el constructo evaluado, para interpretar las puntuaciones ofrecidas por el instrumento (American Psychological Association y col., 1999).

Para la determinación de la evidencia de estructura interna se utilizó el Análisis de Componentes Principales, el cual consiste en explicar la varianza total de las variables resultantes (componentes), al reducir un conjunto de datos para establecer un modelo matemático (Martinez-Arias, 1996).

El Análisis de Componentes Principales implica analizar el porcentaje de varianza explicada (cuánto de la varianza del modelo se explica por los factores obtenidos), la comunidad (proporción de la varianza explicada por los factores comunes de una variable) y la carga factorial (el peso de cada variable en un factor) (Martinez-Arias, 1996).

Otro aspecto relevante de los test psicométricos considerado en esta investigación es la discriminación, es decir, la capacidad que tiene una prueba diagnóstica de



diferenciar entre sanos y enfermos (positivos y negativos). Esto se establece mediante la sensibilidad y especificidad (Sorribas, 2003).

La sensibilidad indica la capacidad del instrumento para detectar a un sujeto que en la realidad presenta el atributo que ésta mide, es decir cuan sensible es la prueba a la presencia de la característica a evaluar (Sánchez, 2002).

La especificidad, de manera complementaria, es la capacidad de la prueba de detectar correctamente a las personas que no presentan en la realidad el atributo que el instrumento busca medir (Sánchez, 2002).

La discriminación se representa gráficamente a través de la Curva ROC, la cual muestra todos los pares de sensibilidad-especificidad posibles para la prueba, mostrando el el área bajo la curva la probabilidad de clasificar un par de individuos como sano o enfermo (positivo o negativo) seleccionados al azar (Sorribas, 2003).

Los valores de esta área van entre 0.5 (que representa el azar) y 1. Se toma como valor aceptable de discriminación cuando este valor super el 0.7 (Sorribas, 2003).

Por último, en la presente investigación se presentan en los anexos las normas o baremos, utilizados para la interpretación de los puntajes de las escalas, lo que implica la comparación puntajes directos obtenidos con el grupo de referencia para estos resultados (Aliaga, 2006).

Un baremo es una tabla que sistematiza las normas (desempeño estadístico del grupo normativo) que transforman los puntajes directos en puntajes derivados que son susceptibles de interpretación estadística. Los puntajes derivados pueden ser obtenidos a través de percentiles (que transforma el puntaje directo en una escala de 1 a 100) o de puntajes estándar, que son aquellos que tienen como unidad a fracciones de la desviación estándar (Aliaga, 2006). En la presente investigación se utilizan percentiles para la generación de normas, las cuales se presentan en los anexos.

#### **7.4. Análisis de datos**

El análisis de datos se realizó a través del programa estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 20.0.

Se considerarán análisis por escalas aplicadas, estableciendo correlaciones de Pearson y tamaño del efecto entre ellas para determinar la validez de relación de las escalas de Derrota y Atrapamiento.

La confiabilidad de consistencia interna de las escalas aplicadas se determinará a través de Alfa de Cronbach.

La validez de estructura interna de las escalas a adaptar a se determinará través de Análisis de Componentes Principales.

Se considerará la comparación de grupos clínicos y no clínicos mediante ANOVA para diferencia de medias, dado que son más de dos grupos a comparar (población general, grupo clínico con presencia de estrés postraumático e ideación suicida).

Las variables dependientes en este análisis son las puntuaciones obtenidas en las escalas aplicadas (Derrota, Atrapamiento, Desesperanza, BDI II e INCOM) y las

independientes los tipos de grupos estudiados, tanto clínicos como no clínicos en relación a la presencia de estrés postraumático e ideación suicida.

Se realizará prueba T de Student para la diferencia de medias entre géneros, dado que son dos grupos, siendo las puntuaciones de las escalas aplicadas (Derrota, Atrapamiento, Desesperanza, BDI II e INCOM) las variables dependientes y las independientes el género masculino o femenino de los participantes.

Se establecerá la sensibilidad y especificidad de las escalas mediante curva ROC.

## **8. Resultados**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de los diferentes cuestionarios para la adaptación de las Escalas de Derrota y Atrapamiento.

## 8.1. Resultados por escalas

Se detallan los resultados obtenidos en las diferentes escalas aplicadas, describiendo las propiedades psicométricas de confiabilidad y correlación entre ellas.

Tabla 8.1. Correlaciones entre escalas

	<b>Escala Derrota</b>	<b>Escala Atrap.</b>	<b>INCOM</b>	<b>BDI</b>	<b>Escala Desesp.</b>
E. Derrota	1				
E. Atrapamiento	0.85**	1			
INCOM	0.12**	0.18**	1		
BDI	0.83**	0.83**	0.12**	1	
E. Desesperanza	0.74**	0.71**	0.06	0.69**	1
Media	18.4	17.34	32.97	13.02	4.01
Desv. Est.	13.5	16.36	8.15	11.22	3.83
$\alpha$	0.95	0.96	0.79	0.94	0.85

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

Como se muestra en la tabla 8.1, se observan correlaciones estadísticamente significativas entre todas las escalas, a excepción de la escala INCOM que si bien muestra valores significativos en algunas de las correlaciones, éstas son más bien bajas, con valores entre 0.06 y 0.18, en comparación con el resto de los indicadores,

donde la correlación más alta es de 0.85

Las escalas que presentan mejores correlaciones entre sí son las de Derrota, Atrapamiento y BDI, con valores de 0.85 y 0.83 respectivamente.

En relación al tamaño del efecto entre las Escalas de Derrota y Atrapamiento se aprecia un valor de 0.722, lo que da cuenta de una alta varianza compartida entre las escalas.

En general, la Escala de Derrota presenta altos valores en relación al tamaño del efecto con las otras variables medidas, siendo el más alto con la escala BDI de 0.68 y el valor más bajo de 0.01 con la escala INCOM, que aparece como excepción a los altos valores señalados.

Similar situación presenta la Escala de Atrapamiento, con los mismos valores del tamaño del efecto para ambas escalas.

Es posible apreciar niveles adecuados de confiabilidad en todas las escalas aplicadas, siendo la escala INCOM la que presenta un valor más bajo.

Destaca que las Escalas de Derrota y Atrapamiento, adaptadas en esta investigación presentan valores sobre 0.9 lo que da cuenta de índices de confiabilidad muy buenos.

## **8.2. Análisis de Componentes Principales**

A continuación se presentan los resultados del Análisis de Componentes Principales considerando un modelo de un factor, manteniendo el tipo de análisis realizado en la escala original (Gilbert & Allan, 1998).



### 8.2.1. Escala de Derrota

En la tabla 8.2. se presentan los resultados para la muestra total estudiada. El porcentaje de la varianza explicada es de 58.6%.

Tabla 8.2. Componentes Principales Escala de Derrota muestra total

	$H^2$	$\lambda$
Escala de Derrota ítem 1	.510	.714
Escala de Derrota ítem 2	.397	.630
Escala de Derrota ítem 3	.622	.789
Escala de Derrota ítem 4	.290	.539
Escala de Derrota ítem 5	.571	.756
Escala de Derrota ítem 6	.570	.755
Escala de Derrota ítem 7	.597	.773
Escala de Derrota ítem 8	.651	.807
Escala de Derrota ítem 9	.259	.509
Escala de Derrota ítem 10	.745	.863
Escala de Derrota ítem 11	.721	.849
Escala de Derrota ítem 12	.750	.866
Escala de Derrota ítem 13	.713	.845
Escala de Derrota ítem 14	.747	.864
Escala de Derrota ítem 15	.534	.731
Escala de Derrota ítem 16	.699	.836

Nota:  $H^2$ = Comunalidad;  $\lambda$ = Carga factorial

Se aprecian en general adecuados valores de carga factorial, con comunalidades que van de 0.25 a 0.75.

Los ítems que presentan una mayor carga dentro del factor, es decir que se relacionan de mayor forma con él son el 10, 12 y 14 con valores de .86. El ítem 9 presenta la carga más baja dentro del factor (Ver tabla 8.2).

Considerando ahora los grupos clínicos estudiados se aprecia que en la población general la varianza explicada es de 47.03% mientras que en la población clínica este valor aumenta a 57.62%.

Tabla 8.3. Componentes Principales Escala de Derrota por grupos

	Población general		Población clínica	
	H <sup>2</sup>	λ	H <sup>2</sup>	λ
Escala de Derrota ítem 1	.431	.657	.426	.653
Escala de Derrota ítem 2	.428	.654	.332	.576
Escala de Derrota ítem 3	.536	.732	.539	.734
Escala de Derrota ítem 4	.290	.538	.375	.612
Escala de Derrota ítem 5	.495	.703	.574	.758
Escala de Derrota ítem 6	.409	.639	.519	.720
Escala de Derrota ítem 7	.415	.644	.615	.784
Escala de Derrota ítem 8	.548	.740	.615	.784
Escala de Derrota ítem 9	.171	.413	.217	.466
Escala de Derrota ítem 10	.549	.741	.793	.890
Escala de Derrota ítem 11	.551	.742	.746	.864
Escala de Derrota ítem 12	.611	.782	.773	.879
Escala de Derrota ítem 13	.558	.747	.711	.843
Escala de Derrota ítem 14	.596	.772	.770	.877
Escala de Derrota ítem 15	.321	.566	.617	.785
Escala de Derrota ítem 16	.618	.786	.598	.773

Nota: H<sup>2</sup>= Comunalidad; λ= Carga factorial

En la tabla 8.3 se aprecian valores de comunalidad entre 0.29 y 0.79. En el grupo de población general el ítem que presenta mayor carga factorial es el 16, mientras que el ítem 4 es el que presenta menor carga.

En el grupo clínico se observa el ítem 9 con menor carga factorial, mientras que el ítem 10 es el que aparece con el mayor valor, lo que concuerda con el análisis de la muestra total.

### 8.2.2. Escala de Atrapamiento

En relación a la muestra total se observa un porcentaje de varianza de 62.7% que aparece más alto en comparación a la Escala de Derrota.

Tabla 8.4. Componentes Principales Escala de Atrapamiento muestra total

	$H^2$	$\lambda$
Escala de Atrapamiento ítem 1	.678	.823
Escala de Atrapamiento ítem 2	.626	.791
Escala de Atrapamiento ítem 3	.435	.659
Escala de Atrapamiento ítem 4	.642	.801
Escala de Atrapamiento ítem 5	.646	.804
Escala de Atrapamiento ítem 6	.385	.620
Escala de Atrapamiento ítem 7	.753	.868
Escala de Atrapamiento ítem 8	.446	.668
Escala de Atrapamiento ítem 9	.651	.807
Escala de Atrapamiento ítem 10	.582	.763
Escala de Atrapamiento ítem 11	.722	.850
Escala de Atrapamiento ítem 12	.604	.777
Escala de Atrapamiento ítem 13	.691	.831
Escala de Atrapamiento ítem 14	.745	.863
Escala de Atrapamiento ítem 15	.646	.804
Escala de Atrapamiento ítem 16	.783	.885

Nota:  $H^2$ = Comunalidad;  $\lambda$ = Carga factorial

En general se aprecian adecuados valores de carga dentro del factor, con comunalidades que van entre 0.38 y 0.78.

El ítem 16 aparece con la mayor carga factorial, mientras que el ítem 6 muestra el menor valor en este aspecto. En general se aprecian valores altos dentro del factor, con 10 ítems con valores mayores a .80. (Ver tabla 8.4)

Con respecto a los grupos estudiados, en la población general se observa un 50.3% de la varianza explicada, mientras que en el grupo clínico ese valor aumenta a 67%.

Tabla 8.5. Componentes Principales Escala de Atrapamiento por grupos

	Población general		Población clínica	
	H <sup>2</sup>	λ	H <sup>2</sup>	λ
Escala de Atrapamiento ítem 1	.528	.727	.745	.863
Escala de Atrapamiento ítem 2	.546	.739	.713	.844
Escala de Atrapamiento ítem 3	.239	.489	.503	.709
Escala de Atrapamiento ítem 4	.541	.735	.716	.846
Escala de Atrapamiento ítem 5	.485	.696	.644	.802
Escala de Atrapamiento ítem 6	.284	.533	.537	.732
Escala de Atrapamiento ítem 7	.570	.755	.805	.897
Escala de Atrapamiento ítem 8	.351	.592	.492	.701
Escala de Atrapamiento ítem 9	.560	.749	.653	.808
Escala de Atrapamiento ítem 10	.464	.681	.569	.755
Escala de Atrapamiento ítem 11	.578	.761	.777	.882
Escala de Atrapamiento ítem 12	.513	.716	.607	.779
Escala de Atrapamiento ítem 13	.594	.771	.693	.833
Escala de Atrapamiento ítem 14	.619	.787	.814	.902
Escala de Atrapamiento ítem 15	.528	.727	.645	.803
Escala de Atrapamiento ítem 16	.649	.806	.806	.898

Nota: H<sup>2</sup>= Comunalidad; λ= Carga factorial

En la tabla 8.5 los valores de comunalidad se aprecian entre 0.23 y 0.81, en general mostrando valores adecuados de carga dentro del factor.

En el grupo de población general destaca el ítem 16 con la mayor carga factorial,

mientras que el ítem 6 aparece con el menor valor, lo que concuerda con el comportamiento de la muestra total. En el grupo clínico se aprecian en general valores más altos de carga factorial, destacándose el ítem 14 como el más alto y el ítem 8 con el valor más bajo.



### 8.3. Resultados entre grupos estudiados

A continuación se presentan los resultados obtenidos según los grupos definidos en la investigación, tanto clínicos como no clínicos, en función de las puntuaciones obtenidas en las escalas aplicadas.

Tabla 8.6. Diferencia de medias en Escala de Derrota

	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Población general	14.0			
TEPT subclínico	25.18	82.48	3	0.00
TEPT	31.88			
Suicidio	39.36			

Nota: TEPT= Trastorno de Estrés Postraumático

Es posible apreciar en la tabla 8.6 que en la Escala de Derrota se generan medias estadísticamente significativas para los cuatro grupos estudiados,  $F=82.48(3)$ ,  $p$  valor=.00. El puntaje más bajo se aprecia en la población normal y el mayor en la población con ideación suicida.

En la prueba de Sheffé realizada, que permite establecer las diferencias significativas específicas entre los grupos estudiados, se aprecian 4 grupos con medias estadísticamente diferentes, lo que se refleja en la Tabla 8.7.

Tabla 8.7. Diferencia de medias en Escala de Derrota entre grupos

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>	<b>Grupo 4</b>
Población general	14.0			
TEPT subclínico		25.18		
TEPT			31.88	
Suicidio				39.36

En la tabla 8.7 se aprecia que las diferencias de medias estadísticamente significativas se aprecian en todos los grupos estudiados, formándose entonces 4 grupos diferenciados según sus medias en la Escala de Derrota.

Tabla 8.8. Diferencia de medias en Escala de Atrapamiento

	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Población general	12.57			
TEPT subclínico	25.34	61.99	3	0.00
TEPT	30.29			
Suicidio	42.44			

En la escala de Atrapamiento se aprecian diferencias estadísticamente significativas,  $F=61.99 (3)$ ,  $p \text{ valor}=.00$ , lo que se muestra en la tabla 8.8.

Tabla 8.9. Diferencia de medias en Escala de Atrapamiento entre grupos

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Población general	12.57		
TEPT subclínico		25.34	
TEPT		30.29	
Suicidio			42.44

El grupo de TEPT, tanto subclínico como aquel que cumple todos los criterios diagnósticos, aparece como un sólo grupo en relación a la diferencia de medias significativas en la prueba de Scheffé, lo que se refleja en la tabla 8.9.

Con todo, el valor más bajo se observa en el grupo de población normal y el más alto en población con ideación suicida.

Tabla 8.10. Diferencia de medias en escala INCOM

	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Población general	30.28			
TEPT subclínico	32.4	1.16	3	0.32
TEPT	33.14			
Suicidio	33.62			

A diferencia de las escalas anteriormente mencionadas, en la escala INCOM no se observan medias estadísticamente significativas,  $F=1.16 (3)$ ,  $p \text{ valor}=.32$ , lo que se aprecia en la tabla 8.10.

A nivel descriptivo se puede apreciar la misma tendencia vista en las escalas anteriores, donde el puntaje más alto se encuentra en el grupo de ideación suicida y el más bajo en población normal. Sin embargo la diferencia en este caso no es significativa.

Dado que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, en la prueba de Sheffé se refleja un solo grupo, lo que se observa en la tabla 8.11.

Tabla 8.11. Diferencia de medias en escala INCOM entre grupos

<b>Grupo 1</b>	
Población general	30.28
TEPT subclínico	32.4
TEPT	33.14
Suicidio	33.62

Tabla 8.12. Diferencia de medias en escala BDI

	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Población general	9.09			
TEPT subclínico	19.84	99.68	3	0.00
TEPT	24.57			
Suicidio	31.32			

En la escala BDI también se observan medias estadísticamente significativas,  $F=99.68 (3)$ ,  $p \text{ valor}=.00$ , como se refleja en la tabla 8.12.

El valor de la media más baja sigue apareciendo en el grupo de población normal y el más alto en población con ideación suicida.

El grupo de TEPT en general aparece como un sólo grupo en relación a la diferencia de medias significativas en la prueba de Scheffé, como se aprecia en la tabla 8.13.

Tabla 8.13. Diferencia de medias en escala BDI entre grupos

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Población general	9.09		
TEPT subclínico		19.84	
TEPT		24.57	
Suicidio			31.32

Tabla 8.14. Diferencia de medias en escala de Desesperanza

	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Población general	2.99			
TEPT subclínico	5.68	48.84	3	0.00
TEPT	6.83			
Suicidio	9.4			

Al igual que la mayoría de las escalas anteriormente descritas, como se aprecia en la tabla 8.14 existen diferencias estadísticamente significativas en la medición de la desesperanza,  $F=48.84 (3)$ ,  $p \text{ valor}=.00$

Tabla 8.15. Diferencia de medias en escala Desesperanza entre grupos

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Población general	2.99		
TEPT subclínico		5.68	
TEPT		6.83	
Suicidio			9.4

En la Escala de Desesperanza también se generan medias estadísticamente significativas en tres de los grupos estudiados a partir de la prueba Scheffé, como se refleja en la tabla 8.15.

El grupo de TEPT aparece como un sólo grupo en relación a la diferencia de medias significativas. El valor más alto se aprecia nuevamente en el grupo de ideación suicida y el más bajo en la población normal.

Tabla 8.16. Diferencia de medias según género

<b>Escala</b>	<b>Género</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Escala Derrota	Masculino	16,89	13,19	-1.63 (280)	.10
	Femenino	19,04	13,6		
Escala Atrapamiento	Masculino	16,13	16,12	1.07 (278)	.28
	Femenino	17,85	16,45		
INCOM	Masculino	33,58	7,94	1.09 (282)	.27
	Femenino	32,72	8,23		
BDI	Masculino	12	11,05	-1.32 (278)	.18
	Femenino	13,45	11,28		
Escala Desesperanza	Masculino	4,54	4,47	1.82 (224)	.07
	Femenino	3,79	3,51		

Esta tabla presenta las medias obtenidas por géneros en la muestra total, donde no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las escalas aplicadas.

#### **8.4. Especificidad y Sensibilidad**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las Escalas de Derrota y Atrapamiento para la sensibilidad y especificidad en relación a la discriminación de patología de estrés postraumático. Esto se expresa luego representado en curvas ROC.



### 8.4.1 Escala de Derrota

Se establece en 26 puntos el corte para discriminación entre presencia y ausencia de estrés postraumático (TEPT) obteniéndose dos grupos que se comparan con los grupos establecidos en la investigación en relación a población general y clínica, lo cual se refleja en la tabla 8.17.

Tabla 8.17. Puntajes de discriminación Escala Derrota

	<b>No TEPT</b>	<b>Si TEPT</b>	<b>Total</b>
Población general	322	40	362
Población clínica	52	77	129
Total	380	111	491

A partir de estos resultados se obtiene un valor de sensibilidad de 0.60 y de especificidad de 0.89.

#### 8.4.2. Escala de Atrapamiento

Tal como se muestra en la Tabla 8.18, se establece en 24 puntos el corte para discriminación entre presencia y ausencia de estrés postraumático (TEPT) obteniéndose dos grupos que se comparan la población general y clínica.

Tabla 8.18. Puntajes de discriminación Escala Atrapamiento

	<b>No TEPT</b>	<b>Si TEPT</b>	<b>Total</b>
Población general	307	55	362
Población clínica	56	73	129
Total	363	128	491

Con estos resultados se obtiene un valor de sensibilidad de 0.57 y de especificidad de 0.85.

## 8.5. Curvas ROC

Se presentan las curvas ROC para las Escalas de Derrota y Atrapamiento en la figura 8.19. considerando los puntajes de suicidio como elemento a discriminar.

El área bajo la curva es de 0.85 para la escala de Derrota y 0.86 para la escala de Atrapamiento, con  $p$  valor=0.00

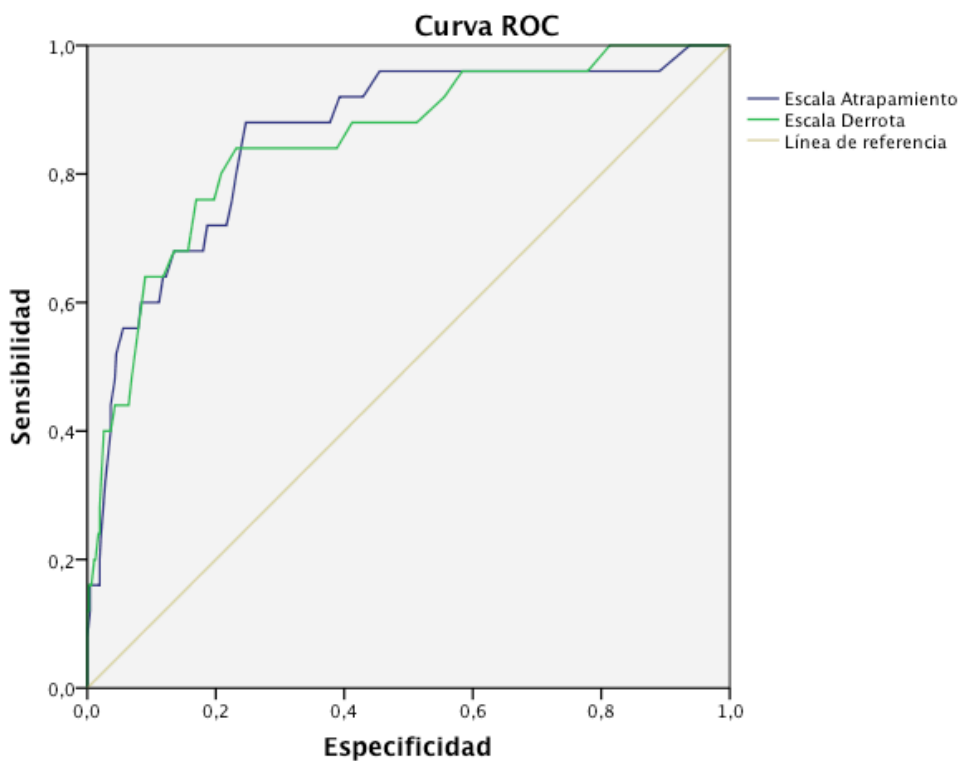


Figura 8.19. Curvas ROC Escalas de Derrota y Atrapamiento

## **9. Discusión y conclusiones**

La presente investigación ha dado cuenta de la adaptación de las escalas Defeat y Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) en la población chilena, tanto en personas que presentan estrés postraumático e intento de suicidio por accidentes laborales como en aquellos que no lo presentan.

Estas escalas buscan medir los constructos de derrota, entendida como la falta de refuerzo en la conducta que se realiza, y atrapamiento, referido a imposibilidad de escape de una situación o evento negativo, que se traduce en la reducción de conductas de exploración, aumento de la sumisión y falta de movilización (Gilbert & Allan, 1998).

En las investigaciones donde se han aplicado estas escalas, han mostrado adecuadas correlaciones con otras variables estudiadas y propiedades psicométricas adecuadas en diferentes poblaciones (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

También estos estudios han revelado la relación entre estos conceptos y el suicidio, entendiendo la derrota y el atrapamiento como elementos cognitivos que hablan de la valoración que hace el sujeto del medio y que lo lleva a pensar en la muerte como expectativa de solución a su problema (Pollock & Williams, 2001; Slade, Edelman, Worrall & Bray, 2014; Johnson, Gooding & Tarrier, 2008).

Esto incorpora en el entendimiento del suicidio el mecanismo cognitivo que usa el individuo en relación a la valoración de la experiencia y de sus propios recursos, apareciendo la muerte como una alternativa de escape o resolución de sufrimiento, más que un mecanismo de obtención de atención y ayuda de los demás, que sitúa la posición de los sistemas de ayuda en relación a la salud mental desde una mirada más comprensiva y abordable desde las herramientas del sujeto.

En las investigaciones realizadas sobre derrota y atrapamiento se aprecia también una importante asociación, incluso de tipo causal, entre estos elementos y la aparición de diferentes trastornos psicológicos, como el estrés postraumático, abordado en el presente estudio (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014).

Esta asociación aparece tanto en la interpretación cognitiva del evento traumático, en la mantención de los síntomas del trastorno y en la posibilidad de la generación del mismo incluso en personas que no cumplen todos los criterios diagnósticos para el fenómeno, demostrando la interacción de la derrota y atrapamiento en la vivencia del individuo más en la sola presencia de síntomas o en la configuración de una patología (Resick, Monson & Rizvi, 2008; Malcoun & Olasov, 2011; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014).

En este contexto, las variables de derrota y atrapamiento tanto juntas como individualmente son capaces de ejercer una influencia predictiva en la generación de ideación o conducta suicida en personas con estrés postraumático (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014; Troop & Hiskey, 2013), lo que da cuenta de la forma en que se relacionan las variables integradas y estudiadas en esta investigación.

Se definen dentro del estudio los accidentes del trabajo como evento generador de un estrés postraumático, los cuales representan un gran impacto en relación a la cantidad que se producen tanto en Chile como en el mundo y las consecuencias que generan: grados de invalidez, días laborales perdidos e incluso muerte (Organización Internacional del Trabajo, 2013; Superintendencia de Seguridad Social, 2014).

Así, se aprecia una población clínica que presenta elementos diagnósticos constitutivos de un estrés postraumático en relación a accidentes del trabajo y dentro de ellos un grupo con ideación suicida, abarcando diferentes niveles en el estudio de la derrota y atrapamiento en población chilena.

Se revisarán a continuación los resultados obtenidos a la luz de las hipótesis planteadas en esta investigación.

Respecto a la primera hipótesis: *Las escalas de derrota y atrapamiento generadas en la adaptación de las Escalas Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) mostrarán propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) adecuadas en la población chilena*, se aprecia un positivo cumplimiento de la misma, con adecuadas propiedades psicométricas obtenidas.

En relación a la confiabilidad de las Escalas adaptadas de Derrota y Atrapamiento, se aprecian muy buenos indicadores, con valores mayores a 0.95 en ambas escalas.

Estos valores son similares a los obtenidos en la realización original de las escalas, los cuales también se muestran sobre 0.90 para Derrota y Atrapamiento en diferentes poblaciones (Gilbert & Allan, 1998) y a las adecuadas propiedades

psicométricas que muestran en general en las diferentes investigaciones utilizadas (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Presenta similitudes también en relación a las adaptaciones que se han realizado a otros idiomas, acercándose más a los valores obtenidos en la adaptación alemana (0.95) que aquellos reflejados en la adaptación turca (0.88) en relación a la confiabilidad (Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010; Akin, Uysal, Çitemel & Akin, 2013).

Por lo tanto, los valores de confiabilidad obtenidos en este estudio aparecen como adecuados y coherentes con investigaciones anteriores, tanto en la realización original de las escalas, la adaptación a otros idiomas y la utilización para el estudio de causalidad o variables relacionadas.

Respecto a la validez se aprecian, por una parte, elevadas correlaciones entre los constructos de derrota y atrapamiento y puntuaciones referidas a la depresión y desesperanza, con valores estadísticamente significativos superiores a 0.71.



Las investigaciones revisadas dan cuenta de la existencia de estas relaciones, tanto en el desarrollo de estos constructos a nivel teórico y cognitivo como en la medición de los mismos a nivel empírico (Beck, 2006; Siddaway, 2013; Gilbert & Allan, 1998).

La depresión aparece como la patología más recurrentemente nombrada a la hora de describir comorbilidad en relación al suicidio, desde la relación con la triada cognitiva de la depresión, en especial con la visión negativa del futuro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006).

Se establece también una fuerte relación entre ideación suicida y desesperanza, dado que la persona se visualiza a sí misma atrapada en una situación problemática donde la única salida posible es la muerte (Beck, 2006).

En la presente investigación, las correlaciones con depresión y desesperanza aparecen además, más altas que las obtenidas en la adaptación alemana de la Escala de Atrapamiento, que exhibe valores entre 0.5 y 0.7 (Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010).

Esto da cuenta de una adecuada validez de relación con estas variables y las escalas adaptadas, obteniéndose incluso valores más altos que en adaptaciones a otros idiomas.

Sin embargo, pese a que se establece teóricamente la relación entre los conceptos de derrota y atrapamiento y los planteados en la Teoría de Comparación Social (Price, 1972, citado en Gilbert & Allan, 1998), esta relación no se aprecia en los resultados de la presente investigación, observándose una correlación que pese a ser significativa aparece muy baja en relación a los otros valores mencionados (0.12).

Además, la escala INCOM utilizada en esta investigación para evaluar la comparación social presenta valores más discretos en relación a la confiabilidad al compararse con las escalas anteriormente estudiadas. No obstante, estos valores de confiabilidad se muestran relativamente similares en la utilización previa de esta escala en Chile (Urzúa, Castillo, Gemmel, & Campos, 2010; Urzúa, Zuñiga, & Buunk, 2012), donde se obtienen valores de 0.82 que aparece cercano al de 0.79 obtenido en esta investigación.

Se aprecia una correlación estadísticamente significativa (0.84 con  $p$  valor=0.00) entre las dimensiones de Atrapamiento Interno y Atrapamiento Externo, establecidas por los autores de las escalas (Gilbert & Allan, 1998).

Tanto en la investigación original de las escalas como en la adaptación alemana se encuentran estas diferencias entre las dimensiones, lo que establece la posibilidad de considerarlas como constructo único, lo que se mantiene en el presente estudio (Gilbert & Allan, 1998; Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010).

Con respecto a la validez de estructura interna o también denominada de constructo, se aprecian adecuados resultados en el Análisis de Componentes Principales.

En la Escala de Derrota se aprecia una varianza explicada del 58.6%, siendo más alta al estudiarse en población clínica que en población normal. Las cargas factoriales se presentan en general con valores entre 0.41 y 0.89. A nivel general destaca el ítem 10 con una mayor carga y el 9 con valor más bajo.

Con respecto a la Escala de Atrapamiento se observa un 62.7% de la varianza explicada, manteniéndose la tendencia en relación a encontrar valores más altos en

la población clínica que en la población general. Las cargas factoriales aparecen más altas que en la Escala de Derrota, con valores entre 0.48 y 0.92. El ítem 16 aparece en general con la carga más alta mientras que el ítem 10 presenta la más baja.

En la investigación original de las Escalas de Derrota y Atrapamiento se observan varianzas explicadas entre el 49% y 52% (Gilbert & Allan, 1998) encontrándose en el presente estudio puntuaciones relativamente más altas. Las cargas factoriales aparecen similares en ambas investigaciones.

En las adaptaciones realizadas previamente a los idiomas alemán y turco se aprecian similares valores de varianza explicada y valores de carga factorial levemente más bajos que los obtenidos en la presente investigación (Uysal, Çitemel & Akin, 2013; Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010).

En síntesis, lo anteriormente mencionado da cuenta de adecuados niveles de confiabilidad de las Escalas de Derrota y Atrapamiento adaptadas en esta investigación, además de buenos niveles de validez de relación y de estructura interna.

Siguiendo con las hipótesis planteadas, se aprecia también una respuesta afirmativa sobre el planteamiento: *las puntuaciones obtenidas en la adaptación de las Escalas Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) mostrarán diferencias estadísticamente significativas entre grupos clínicos y no clínicos en relación a la presencia de estrés postraumático e ideación suicida.*

En la Escala de Derrota, las medias obtenidas en los grupos de investigación aparecen estadísticamente significativas formando 4 conjuntos diferentes: población general, estrés postraumático (TEPT), TEPT subclínico y población con ideación suicida.

Entendiendo la relación existente entre la derrota, el TEPT y la ideación suicida, estos resultados aparecen consistentes a lo que la teoría plantea, donde se encuentran puntajes más altos en la Escala de Derrota en población clínica que en población general por una parte y que aquellos que tienen ideación suicida presentan puntuaciones muy elevadas en comparación a otros grupos (Taylor, Gooding, Wood, Johnson & Tarrier, 2011; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2014).

Esto se relaciona también con lo planteado por Troop & Hiskey (2013) en relación a que el concepto de derrota es capaz de relacionarse predictivamente con la

aparición de TEPT, explicando la diferencia de los puntajes obtenidos en este constructo en los grupos estudiados.

Apoya también lo planteado por Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier (2013) quienes establecen un modelo de suicidabilidad donde la severidad de los síntomas del estrés postraumático impacta en la ideación suicida, mediados por la derrota y atrapamiento. La severidad en este caso estaría dada por la cantidad de síntomas que permiten o no completar el diagnóstico de TEPT y el impacto que esto tiene en la predicción del suicidio.

En la Escala de Atrapamiento también se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados, sin embargo el grupo de TEPT (tanto clínico como subclínico) aparece como uno solo en relación a la media expresada, es decir, que las diferencias entre esos dos grupos específicos no resulta significativa.

Esto refuerza la posibilidad planteada en estudios anteriores al incluir participantes que no cumplen todos los criterios clínicos para constituir un TEPT pero sí tienen ciertos síntomas asociados a la vivencia de un evento traumático (Panagioti,

Gooding, Taylor & Tarrrier, 2012), mostrando en el presente estudio que son capaces de comportarse como un grupo único de investigación.

Esto demuestra también la mantención de la vivencia de atrapamiento en en la generación del trastorno, dado que las puntuaciones son similares en personas con estrés postraumático y aquellos que aún no configuran el diagnóstico.

Es decir, la vivencia de sentirse atrapado aparece más relacionada con la vivencia directa de un evento traumático más que con la generación de otros síntomas que van dando paso a la configuración del trastorno, lo que apoya la relación con estilos de afrontamiento y suicidio, la cual se configura desde la forma de resolución de problemas frente a eventos estresantes (Serrano & Flores, 2005).

Frente a eventos estresantes, las personas que tienden al suicidio muestran reacciones de tipo agresivas y evitativas frente a eventos estresantes vitales (Serrano & Flores, 2005), lo que muestra que la vivencia de un evento negativo activa ciertas características personales en el afrontamiento del mismo, pudiendo encontrarse también la sensación de estar atrapado dentro de este conjunto de rasgos al vivir una situación traumática o estresante.

En síntesis, se obtiene que tanto la Escala de Derrota como la de Atrapamiento presentan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias en relación a población general, grupo clínico de TEPT y grupo clínico con ideación suicida, dando cuenta de un comportamiento acorde a lo esperado según la literatura anteriormente mencionada (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2012; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013; Taylor, Gooding, Wood, Johnson & Tarrier, 2011, Troop & Hiskey, 2013).

Sin embargo, sólo en la Escala de Derrota se observan diferencias dentro del grupo TEPT al comparar aquellos que cumplen todos los criterios diagnósticos con quienes se presentan como subclínico, al no contar con todos los síntomas que configuren el diagnóstico.

Sería posible afirmar entonces que la Escala de Derrota es capaz de relacionarse con diferencias más precisas en el desarrollo del estrés postraumático, pudiendo incluso establecer una relación causal o de tipo predictivo más exacta, al encontrar valores más bajos en las personas que aún no presentan el trastorno propiamente tal, y mostrando también como los niveles de derrota aumenta cuando la sintomatología post traumática es más intensa.



En otras palabras, quienes presentan mayor gravedad en relación a los síntomas de TEPT presentan también niveles más altos de derrota, lo que es interesante de abordar a nivel terapéutico, trabajando la sensación de sentirse derrotado de una persona, para evitar el empeoramiento de los síntomas o el desarrollo de un estrés postraumático.

Por otra parte en la Escala de Atrapamiento esta división entre grupos con TEPT diagnóstico y subclínico no parece tener relevancia, al no establecer diferencias significativas entre ambos.

Se desprende de esto que la sensación de sentirse atrapado no necesariamente tiene relación con la cantidad de síntomas de un sujeto frente a un fenómeno traumático, más bien aparece como una condición estable en todos ellos, agravándose al presentar la ideación suicida.

Es decir, el atrapamiento aparece relacionado a la vivencia del evento traumático y la falta de escape que la persona percibe, ya sea con algunos o con todos los síntomas que generan un estrés postraumático.

Con esta información es posible plantear que la derrota y el atrapamiento aparecen como constructos independientes, que median en la severidad de los síntomas del TEPT por una parte, y que se mantienen a la base de la vivencia de un evento traumático y la generación de ciertos síntomas que van configurándose en el diagnóstico del trastorno.

Esto aparece contrario a lo planteado por Taylor, Wood, Gooding, Johnson & Tarrier (2009) quienes establecen que, a nivel estadístico, la derrota y atrapamiento se comportan como un mismo constructo.

Surge entonces como desafío a investigaciones posteriores poder establecer las diferencias entre derrota y atrapamiento en TEPT, considerando personas que reúnan todos los criterios diagnósticos y personas con algunos de ellos, mirando así la influencia de estas variables en el desarrollo y gravedad del estrés postraumático y poder establecer desde ahí las diferencias entre ambas.

También aparece como interesante proyección el estudio cualitativo de estas variables, que permitan describir la vivencia de la derrota y atrapamiento desde los relatos de las personas, ayudando a determinar la diferencia o no entre estos constructos, a partir de la experiencia de los participantes.

Respecto a las otras variables estudiadas en la investigación (depresión, desesperanza y comparación social) se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en todas ellas, a excepción de la Escala INCOM donde no se encuentran diferencias en las puntuaciones medias de los grupos.

Es decir, tanto para la depresión como para la desesperanza se mantiene la tendencia a encontrar puntajes más altos en el grupo con ideación suicida y puntajes más bajos en el grupo de población general, a excepción de la comparación social que no muestra diferencias.

Esto no corresponde a lo planteado teóricamente en relación a la influencia de la comparación social en los conceptos de derrota y atrapamiento (Price, 1972 citado en Gilbert & Allan, 1998) y la relación que se establece entonces con este concepto y el suicidio.

Así, se abre entonces una nueva interrogante para investigaciones futuras, pensando que algunos países como Chile la comparación social podría ser un elemento que no se relaciona con el tipo sintomatología psicológica o psiquiátrica estudiada en esta investigación y que podría aparecer como un elemento transversal en este aspecto, pudiendo relacionarse mejor con otras variables como género o estilo de

vida, que es lo que actualmente se ha estudiado en relación a comparación social en el país (Urzúa, Castillo, Gemmel & Campos, 2010; Urzúa, Zuñiga, & Buunk, 2012).

Queda entonces planteada la interrogante de cómo la comparación social puede relacionarse en Chile con elementos psicopatológicos y suicidio, desde la relación ya planteada entre estos constructos por investigaciones anteriores, principalmente por Gilbert & Allan (1998) en la generación teórica de los constructos de derrota y atrapamiento.

Finalmente, con respecto a la hipótesis: *las Escalas de Derrota y Atrapamiento generadas en la adaptación de la Escalas Defeat and Entrapment (Gilbert & Allan, 1998) mostrarán adecuada sensibilidad y especificidad en el uso para diferenciación entre población clínica y no clínica*, también se aprecia una respuesta que da cuenta del cumplimiento o aseveración de ésta.

Los puntajes de corte encontrados para la diferenciación de las personas que presentan un TEPT en relación a lo expresado en niveles de derrota y atrapamiento coinciden con los percentiles 75 para ambas escalas. Además, si bien los niveles de sensibilidad aparecen cercanos al 60%, los niveles de especificidad aparecen entre

85% y 89%, es decir con una alta capacidad para diferenciar las personas que no presentan el diagnóstico de TEPT.

Es posible que los niveles más discretos de sensibilidad puedan deberse a la inclusión de personas con diagnóstico subclínico de TEPT y las personas con ideación suicida, considerando un grupo clínico con personas con diferentes niveles de gravedad del trastorno. Aún así, es posible afirmar que ambas escalas presentan capacidad para determinar a las personas que presentan sintomatología postraumática, en relación a sus niveles de derrota y atrapamiento.

En ambas escalas, los valores del área bajo la curva ROC aparecen mayores a 0.7, lo que se considera aceptable en relación a la capacidad de discriminación de la escala, es decir, la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo al azar, dentro de las categorías de sano o enfermo (Sorribas, 2003).

Cabe destacar que las curvas ROC están realizadas tomando en cuenta el grupo de población con ideación suicida como elemento de corte, es decir, a diferencia del cálculo de especificidad y sensibilidad que se construyen con el grupo clínico en general como diagnóstico (por el número de participantes de la muestra), en la curva ROC se aprecia un mejor resultado de discriminación al utilizar el grupo de

ideación suicida como punto de corte, lo que mantiene el apoyo a la idea que la derrota y el atrapamiento son variables que se relacionan con el suicidio, en un nivel de discriminación como en este caso y en niveles predictivos como se establece en investigaciones anteriores (Panagioti, Gooding & Tarrrier, 2014).

Por lo tanto, dada la aceptación de las tres hipótesis de investigación inicialmente planteadas y los resultados anteriormente discutidos es posible afirmar que se cumple satisfactoriamente el objetivo de este estudio, en relación a la adaptación de las Escalas de Derrota y Atrapamiento en población chilena.

En relación a los datos demográficos obtenidos en la presente investigación, no se encuentran diferencias de medias estadísticamente significativas en relación a hombres y mujeres, en ninguna de las variables estudiadas.

Esto permite el establecimiento de normas o baremos sin necesidad de incluir diferencias por género en los puntajes obtenidos, al menos en relación a la población chilena (ver anexo)

Es posible establecer aquí un nuevo desafío para investigaciones futuras, ya que en las investigaciones revisadas no se contemplan de manera concluyente las posibles

diferencias que se pueden establecer entre hombres y mujeres con respecto a derrota y atrapamiento, y si estas posibles diferencias se mantienen en diferentes poblaciones y países estudiados.

En relación al estado civil y nivel educacional sólo se aprecian diferencias estadísticamente significativas en esta última variable en algunos grupos de las Escalas de Derrota, Atrapamiento, BDI y Desesperanza. Estos resultados aparecen expresados en los anexos y fortalecen la idea de establecer normas o baremos sin diferencias en relación a estado civil o nivel educacional.

La falta de diferencias significativas podría estar relacionada con el bajo número de participantes de la muestra de participantes con ideación suicida, ya que es posible esperar diferencias entre hombres y mujeres, niveles educacionales o estado civil, en relación a estadísticas mundiales (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La aplicación futura de estas escalas en población chilena deberá incluir el registro de estas variables sociodemográficas, pese a que inicialmente no se requeriría esta información para la interpretación de los puntajes, sí puede ser útil para aportar mayor conocimiento a la posible existencia de diferencias en las puntuaciones de estos grupos.

Con todo, la adaptación de las Escalas de Derrota y Atrapamiento en población chilena aparece como un elemento robusto a nivel estadístico y con resultados significativos en relación a la interacción con el estrés postraumático y el suicidio.

Esto habla de la relevancia de este nuevo instrumento psicométrico, en primer lugar de tipo teórica ya que sienta las bases para el desarrollo de investigaciones a nivel nacional relacionadas con estos constructos, ya sea en la forma en que se estructuran y como impactan en la prevención y manejo de ideación suicida, tanto en personas que hayan sufrido un evento traumático como en poblaciones con otras características.

Con los elementos que ya surgieron, en relación a las diferencias encontradas en derrota y atrapamiento para los grupos clínicos, las posibilidades de considerarlos o no como constructo único y las similitudes en los puntajes a nivel socio demográfico, es posible establecer proyecciones para investigaciones futuras, ya que se establecen ciertos parámetros de cómo se comportan las escalas en la población chilena.

El poder contar con un instrumento como este, que exhiba propiedades psicométricas adecuadas, resulta un aporte dentro del área clínica de salud mental,



ya que aparece como una herramienta validada para la prevención y tratamiento del estrés postraumático y el suicidio.

En la línea de la prevención, sería útil de aplicar por ejemplo en personas que han sufrido un evento traumático y que están ingresando a consultar a algún servicio de salud mental, ya que se estableció que los niveles de derrota van aumentando conforme aumentan los síntomas del TEPT y si se trabajara a nivel psicoterapéutico la sensación de sentirse fracasado en los esfuerzos que se realizan para lograr un objetivo, se podría prevenir la aparición de un trastorno de estrés postraumático o evitar la severidad de los síntomas que podrían llevar al suicidio.

También como elemento preventivo es posible mirar el trabajo cognitivo de elementos como la derrota y atrapamiento en relación a estilos de afrontamiento, pensando en psicoterapias destinadas a reforzar herramientas propias del individuo (más que a tratar un trastorno específico), permitiendo desarrollar estilos fortalecidos en relación a la vivencia de eventos potencialmente susceptibles de ser vividos desde el fracaso o de la falta de salida o resolución.

En la línea del tratamiento aparecen como elementos centrales a abordar en el manejo de la severidad de los síntomas por la relación que presentan con la ideación y conducta suicida.

Frente a esto, la aplicación de cuestionarios como los adaptados en la presente investigación aparece como una aproximación al abordaje del suicidio dentro de la práctica clínica, ya que es un tema que en ocasiones cuesta manejar con el paciente, dada la poca profundidad sobre esta temática que se observa en algunos programas de formación de psicólogos.

Esta poca profundidad en la formación, sumado a la falta de protocolos claros y concretos para el manejo de ideación suicida que existen en algunos lugares, hace que el psicólogo se sienta limitado o temeroso de abordar directamente la tendencia suicida del paciente, y el contar con herramientas como estas escalas permite acercarse a variables cognitivas que están relacionadas con el suicidio pero que no hablan directamente de él, y así poder adentrarse en el tema con el paciente e ir conociendo su funcionamiento para poder evitar situaciones de autoagresión en el futuro.

Además, como ya se ha comentado, en la evaluación del suicidio existe cierta resistencia de la persona a referirse directamente a sus conductas o ideas de muerte (Gómez, 2012), por lo que instrumentos de este tipo resultan un aporte a la aproximación de las ideas de suicidio del paciente desde una arista cognitiva que puede facilitar el abordaje de la temática con la persona evaluada.

Los conceptos de derrota y atrapamiento aportan también en la comprensión cognitiva de fenómenos como el suicidio, mostrando como las percepciones de sí mismo, de los demás y del mundo desde la triada cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983) se van configurando en la vivencia de una persona y cómo luego se articulan para pensar en el suicidio como una alternativa válida en la resolución de problemas.

Incorpora también la mirada desde las valoraciones del sujeto en relación a la experiencia, más que la consideración de características o trastornos de personalidad en la línea de manipulación hacia otros o rasgos histéricos, otorgándole mayor importancia a la comprensión del fenómeno desde la interpretación de persona y cómo el suicidio puede ser una forma de escapar o evitar una situación, más que el mero hecho de buscar ayuda o atención de los otros.

Dentro de las limitaciones de esta investigación se encuentra en primer lugar el reducido número de participantes en grupo de personas con ideación y conducta suicida, en comparación con los otros grupos estudiados.

Esto no permite, por ejemplo, realizar análisis de discriminación en relación a la ideación suicida (manteniéndolos sólo en el grupo de TEPT como se presentó anteriormente), plantear análisis factorial que permitan complementar o robustecer las características de validez ya presentadas, entre otros.

Una de las razones que explican este reducido número de participantes es la dificultad inherente de la aplicación de instrumentos en personas con ideación suicida. En esta investigación se entrevistó a los participantes luego de haber realizado alguna conducta suicida, en el ingreso a hospitalización psiquiátrica.

Las personas que están en esta situación se encuentran sujetos a una elevada sedación farmacológica por los altos montos de angustia que presentan en ese momento, lo que hace difícil la aplicación de cuestionarios.

Luego, personas con mejores recursos a nivel emocional y cognitivo en ocasiones pasan de ese nivel de sedación a un control de la angustia que disminuye la

sensación de derrota y atrapamiento (al menos por ese momento) por lo que la aplicación de cuestionarios también resulta poco válida.

En esta investigación se abordan pacientes con estrés postraumático derivados de un accidente del trabajo, lo que implica la aparición de patologías asociadas como el daño orgánico cerebral que limitan los recursos cognitivos necesarios para la comprensión de cuestionarios.

Además, la disponibilidad de personas con conductas suicidas depende de la ocurrencia de estos actos, situación que no es algo esperable ni manejable desde lo ético, es decir, no aparece como una población cautiva con ciertas características o una cualidad que se pueda potenciar para que ocurra, como otras investigaciones que trabajan en la generación de ciertas emociones o estados.

También aparece como limitación la cantidad de estudiantes universitarios en el grupo de población general, lo que influye en el promedio de edad y la diferencia de éste con los grupos clínicos, por lo que una sugerencia es aplicar estas escalas en diferentes grupos de personas no diagnosticadas con algún trastorno psicológico y poder así comparar con los resultados obtenidos en esta investigación.

Otro elemento que permitiría ampliar el conocimiento en este ámbito sería la inclusión de diferentes eventos traumáticos como generadores de TEPT, ya que en esta investigación sólo se abordan los accidentes del trabajo. Es posible que existan diferencias en los niveles de derrota y atrapamiento según la situación vivida, ya que impactan de forma distinta en el sujeto (Resick, Monson & Rizvi, 2008; Storr, 2011).

También se podrían estudiar en población chilena diferentes trastornos psicológicos y su relación con los niveles de derrota y atrapamiento, como depresión, ansiedad, esquizofrenia, entre otros, de acuerdo a lo investigado también en otras poblaciones (Johnson, Tarrier & Gooding, 2008; Taylor, Gooding, Wood, Johnson, Pratt & Tarrier, 2010; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013; Rasmussen y otros, 2010; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013).

Se sugieren también estudios dentro de la línea de variables positivas, como el optimismo, felicidad, bienestar, en la línea de investigaciones anteriormente realizadas (O'Connor & Williams, 2014) y en relación a la definición de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (2013), referida a un estado de bienestar, donde el individuo es consciente de sus capacidades y puede enfrentar las situaciones estresantes propias de la vida, trabajar y ser un aporte a la comunidad.

Esto se enmarca en la definición de salud general que realiza la misma institución, centrada en el bienestar más que en la ausencia de la patología (Park, Peterson & Sun, 2013).

Es decir, aumentar las investigaciones relacionadas con variables que apunten al bienestar permite mantener las tendencias internacionales en relación a la concepción de salud general y de salud mental.

Desde el formato de aplicación se sugiere también incluir formatos digitales además de cuestionarios en papel como se aplicaron en esta investigación. Esto permite la comparación de resultados en diferentes formas de aplicación, según lo realizado en investigaciones anteriores (Trachsel, Kieger, Gilbert & Grosse, 2010), pudiendo contar con formatos que mejoren el acceso a diferentes participantes y grupos de estudio.

La presente investigación se enmarca en la tendencia iberoamericana de investigación en psicología de los últimos años, donde aparece un claro predominio de los estudios cuantitativos, principalmente en relación a instrumentos psicométricos, tanto en la creación como validación de los mismos (Lillo & Martini, 2013).

El contar con instrumentos psicométricos correctamente adaptados para la población de diferentes países permite generar y aumentar cuerpos de conocimientos que ayuden a conocer, relacionar y explicar múltiples elementos y aspectos psicológicos de los individuos, que repercuten en el avance científico y en una mejor práctica clínica, aportando mejores herramientas a los profesionales que se traducen en un mejor tratamiento para las personas, y un consiguiente aporte en su calidad de vida y bienestar.



## Referencias

- Aguilar, E., Hidalgo, M., Cano, R., Lopez, J., Campillo, M. & Hernandez, J. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de Psiquiatría* , 11 (4), 121-125.
- Akin, A., Uysal, R., Çitemel, N. & Akin, Ü. (2013). The validity and reliability of turkis version of the defeat scale. *International Online Journal of Education Sciences* , 5 (3), 660-666.
- Aliaga, J. (2006). Psicometría: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez. En Quintana, A. & Montgomery, W. (Eds). *Psicología: Tópicos de actualidad*. (pp.85-108). Lima: UNMSM.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. México D.F.: Prentice Hall.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV- TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Posttraumatic Stress Disorder*.  
Recuperado desde  
<http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf>
- American Psychological Association, American Educational Research Association & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washinton, DC: American Psychological Association.

Arnau, R., Meagher, M., Norris, M. & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology* , 20 (2), 112-119.

Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2013). *ASP Guidelines for Suicide Prevention*. Recuperado desde [http://www.iasp.info/es/suicide\\_guidelines.php](http://www.iasp.info/es/suicide_guidelines.php)

Beck, A. (2006). Hopelessness as predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences* , 48 (1), 90-96.

Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B. & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry* , 147 (2), 190-195.

Beck, A., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 42 (6), 861-865.

Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 47 (2), 343-352.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Browe.

Berry, J. (1980). Introduction to methodology. En H. Triandis y J. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol. 2, pp. 1-28). Boston: Allyn & Bacon.

- Brewin, C., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*, 670-686.
- Brislin, R. (1980). Translation and content analysis of oral and written materials. En H. Triandis y J. W. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol. 2, pp. 389-444). Boston: Allyn & Bacon.
- Bulbena, V., Berrios, G. & De Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Buunk, B., Belmonte, J., Peiró, J., Zurriaga, R. & Gibbons, F. (2005). Diferencias individuales en la comparación social: Propiedades de la escala española de orientación hacia a comparación social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *37*, 561-581.
- Carbonell, C. & Carvajal, C. (2004). El trastorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos. *Revista Médica de Chile*, *132*, 839-844.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., Gilbert, P. & Mota-Pereira, J. (2013). Entrapment and Defeat Perceptions in Depressive Symptomatology: Through an Evolutionary Approach. *Psychiatry*, *76* (1), 53-67.
- Cohen, R. & Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: Mc Graw Hill.
- Cooper, J., Appleby, L. & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37* (6), 271-275.

Córdova, M. & Rosales, J. (2011). Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 29 (2), 289-309.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud. (2012). *Mortalidad por causas 2000 - 2010*. Recuperado desde [http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Serie\\_Mortalidad\\_causa\\_Chile\\_2000\\_2010/Chile.htm](http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Serie_Mortalidad_causa_Chile_2000_2010/Chile.htm)

Erol, S. & Ergun, A. (2013). Hopelessness and social comparison in Turkish adolescent with visual impairment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (3), 222-227.

Furr, S., Westefeld, J., McConnell, G. & Jenkins, J. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (1), 97-100.

Gibbons, F. & Buunk, B. (1999). Individual differences in social comparison: Development of a scale of social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (1), 129-142.

Gilbert, P. & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28 (3), 585-598.

Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: un enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (5), 607-615.

- Griffith, A., Wood, A., Maltby, J., Taylor, P. & Tai, S. (2014). The prospective role of defeat and entrapment in depression and anxiety: A 12-month longitudinal study. *Psychiatry Research*, 52-59.
- Guerra, C. & Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, XVIII (1), 103-129.
- Gutierrez, A., Contreras, C. & Orozco, R. (2005). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.
- Hernández, R., Fernandez, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mac Graw Hill.
- Horowitz, M. (1986). Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 37 (3), 241-249.
- Jiménez, L., Sáiz, P. & Bobes, J. (2006). *Suicidio y depresión*. Recuperado desde <http://www.fundacionmhm.org/tema069/papel.pdf>
- Johnson, J., Gooding, P. & Tarrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, the Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81 (1), 55-77.
- Johnson, J., Gooding, P., Wood, A. & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48 (3), 179-186.

- Johnson, J., Tarrrier, N. & Gooding, P. (2008). An investigation of aspects of the cry of pain model of suicide risk: The role of defeat in impairing memory. *Behaviour Research and Therapy*, 968– 975.
- Kapci, E., Uslu, R., Turkcapar, H. & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depress. Anxiety* , 104-110.
- Lecrubier, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *The European Journal of Psychiatry*, 9, 90-94.
- Ley N° 16.744. (1968). Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. *Diario Oficial de la República de Chile*. Santiago, Chile.
- Lillo, S. & Martini, N. (2013). Principales Tendencias Iberoamericanas en Psicología Clínica. Un Estudio Basado en la Evidencia Científica. *Terapia Psicológica*, 31 (3), 363-371.
- Lolas, F., Verdugo, S. & Castellón, C. (1988). Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 26 (1), 22-25.
- Malcoun, E. & Olasov, B. (2011). Tratamientos cognitivo conductuales para el Trastorno de Estrés Postraumático. En Rodriguez,R. & Vetere, G. *Manual de Terapia Cognitivo Conductual* (pp. 391-436). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Martínez-Arias, R. (1996). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.

- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P. & Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26 (1), 59-69.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica AUGE: Depresión en pacientes de 15 años y más*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M. & Rajappa, K. (2013). Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 37 (4), 786-795.
- Moyano, E. & Barría, R. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 343-359.
- Muñiz, J. (1998). *Teoría Clásica de los Test*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- O'Connor, R. & Williams, M. (2014). The relationship between positive future thinking, brooding, defeat and entrapment. *Personality and Individual Differences*, 70, 29-34.
- O'Connor, R., Smyth, R., Ferguson, E. & Ryan, C. (2013). Psychological Processes and Repeat Suicidal Behavior: A Four-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (6), 1137–1143.

Organización Internacional del Trabajo. (2013). *Seguridad y salud en el trabajo*. Recuperado desde <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--es/index.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global. Resumen Ejecutivo*. Recuperado desde [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)* . Recuperado desde [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)

Organización Mundial de la Salud . (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado desde [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra: SUPRE.

Panagioti, M., Gooding, P. & Tarrrier, N. (2014). A prospective study of suicidal ideation in posttraumatic stress disorder: the role of perceptions of defeat and entrapment. *Journal of Clinical Psychology*, 1-12.

Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P. & Tarrrier, N. (2013). A model of suicidal behavior in posttraumatic stress disorder (ptsd): The mediating role of defeat and entrapment. *Psychiatry Research*, 209, 55-59.



- Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P. & Tarrier, N. (2012). Negative self-appraisals and suicidal behavior among trauma victims experiencing PTSD symptoms: The mediating role of defeat and entrapment. *Depression and Anxiety*, 29 (3), 187-194.
- Park, N., Peterson, C. & Sun, J. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31, 11-19.
- Pérez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. et al. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental (Mex)*, 1 (32), 145–153.
- Poch, F., Villar, E., Caparros, B., Juan, J., Cornella, M. & Perez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population: Descriptive analysis and its relationship to adapting to university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (4), 326-334.
- Pollock, L. & Williams, J. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 386-396.
- Quijada, M. (2004). *Sociedad Chilena de Salud Mental*. Recuperado desde [www.schilesaludmental.cl/temuco/URGENCIASPSIQUIATRICAS.ppt](http://www.schilesaludmental.cl/temuco/URGENCIASPSIQUIATRICAS.ppt)
- Rasmussen, S., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G. et al. (2010). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a

psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology* , 15–30.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado desde <http://lema.rae.es/drae/?val=suicidio>

Resick, P., Monson, C. & Rizvi, S. (2008). *Posttraumatic Stress Disorder*. New York: Guilford Press.

Sanchez, N. (2002). ¿Son la sensibilidad y la especificidad medidas obsoletas para determinar la bondad de una prueba diagnóstica? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* , 20 (1), 149-159.

Serrano, M. & Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes . *Psicología y Salud*, 15 (2), 221-230.

Sheehan, D. & Lecrubier, Y. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview*. Recuperado desde <http://www.iiap.es/files/mini.pdf>

Siddaway, A. (2013). *A meta-analysis of the role of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, post-traumatic stress disorder and suicidality*.

Recuperado desde

<http://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/13731/10280093%20Siddaway%20Andrew%20final%20DClinPsy%20submission.pdf?sequence=1>

Slade, K., Edelmann, R., Worrall, M. & Bray, D. (2014). Applying the Cry of Pain Model as a predictor of deliberate self-harm in an early-stage adult male prison population. *Legal and Criminological Psychology*, 9, 131-146.

- Storr, C. (2011). *Epidemiology of Stress Disorders*. Recuperado desde <http://ocw.jhsph.edu/courses/PsychiatricEpidemiology/PDFs/Lecture4.pdf>
- Subsecretaría de Previsión Social. (2013). *Bajar las tasas de accidentabilidad es una de las grandes metas en materia de prevención de riesgos laborales*. Recuperado desde <http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?p=10648>
- Superintendencia de Seguridad Social. (2014). *Estadísticas de Accidentabilidad 2013*. Recuperado desde [http://163.247.55.110/PortalWEB/SST/estadisticas/2014\\_04\\_28\\_Estad%C3%A9sticas%20de%20Accidentabilidad%202013.pdf](http://163.247.55.110/PortalWEB/SST/estadisticas/2014_04_28_Estad%C3%A9sticas%20de%20Accidentabilidad%202013.pdf)
- Taylor, P., Gooding, P., Wood, A., Johnson, J. & Tarrier, N. (2011). Prospective Predictors of Suicidality: Defeat and Entrapment Lead to Changes in Suicidal Ideation over Time. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1-10.
- Taylor, P. (2010). The role of defeat and entrapment in suicide. *Tesis para optar al grado de Doctor en Filosofía de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de Manchester*.
- Taylor, P., Gooding, P., Wood, A., Johnson, J., Pratt, D. & Tarrier, N. (2010). Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research*, 244-248.
- Taylor, P., Wood, A., Gooding, P. & Tarrier, N. (2010). Appraisals and suicidality: The mediating role of defeat and entrapment. *Archives of Suicide Research*, 14 (3), 236-247.

- Taylor, P., Wood, A., Gooding, P., Johnson, J. & Tarrier, N. (2009). Are defeat and entrapment best defined as a single construct? *Personality and Individual Differences, 47*, 795–797.
- Thoresen, S., Mehlum, L., Roysamb, E. & Tonnessen, A. (2006). Risk Factors for Completed Suicide in Veterans of Peacekeeping: Repatriation, Negative Life Events, and Marital Status. *Archives of Suicide Research, 10* (4), 353-363.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina, 7* (1), 93-102.
- Trachsel, M., Kieger, T., Gillbert, P. & Grosse, M. (2010). Testing a german adaption of entrapment scale and assesing the relation to depression. *Depression Research and Treatment, 1-10*.
- Troop, N. & Hiskey, S. (2013). Social defeat an PTSD symptoms following trauma. *British Journal of Clinical Psychology, 52*, 365-379.
- Sorribas, A. (2003). *Sesión práctica de Bioestadística: Evaluación de criterios diagnósticos. Discriminación. Curva ROC*. Recuperado desde <http://web.udl.es/Biomath/Bioestadistica/Dossiers/Temas%20especiales/Intervalos%20Referencia/Diagnostico%20y%20ROC.pdf>
- Urzúa, A., Castillo, P., Gemmel, M. & Campos, C. (2010). Relación entre la orientación a la comparación social y el auto reporte de la calidad de vida. *Revista Colegio de Psicólogos del Perú, 9*, 25-30.

Urzúa, A., Zuñiga, P. & Buunk, A. (2012). La edad y el sexo en la orientación a la comparación social. *Terapia Psicológica*, 79-88.

Vázquez, J., Panadero, S. & Rincón, P. (2008). Implicación de las actitudes y desesperanza en la participación electoral de estudiantes españoles y latinoamericanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (3), 551-564.

Wilcox, H., Storr, C. & Breslau, N. (2009). Posttraumatic Stress Disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Archives of General Psychiatry*, 305-311.

## **Anexos**

A continuación se presentan los anexos de esta investigación, conformados por la aprobación del Comité de Ética de Investigación Científica del Hospital del Trabajador (ACHS), copia del Consentimiento Informado entregado a los participantes, autorización de los autores de las escalas utilizadas para el uso en esta investigación, normas o baremos propuestos para la aplicación de las escalas en población chilena y resultados descriptivos complementarios, relacionados con las escalas aplicadas.

# Aprobación del Comité de Ética de Investigación Científica del Hospital del Trabajador (ACHS)

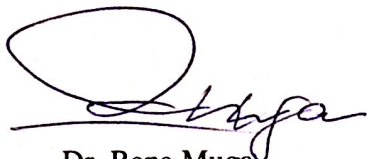
Santiago, 14 de Agosto de 2014.

## COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA HOSPITAL DEL TRABAJADOR

Estimada  
Natalia Martini Caceres  
Presente

Estimada Natalia:

El Comité de Ética de Investigación Científica tomo conocimiento de la Investigación de **“Adaptación de las escalas de derrota y atrapamiento (defeat and entrapment) en población chilena: Grupos clínicos y no clínicos en relación al Estrés Postraumático e intento suicida en accidentes laborales”**, lo ha revisado y considera que no presenta objeciones de índole ético.



Dr. Rene Muga.  
Presidente



Dr. Octavio Reyes G.  
Director Hospital del Trabajador

## Consentimiento informado



### Consentimiento informado



El objetivo de este documento consiste en entregar información que le ayude a decidir su participación, en forma libre y voluntaria, en el estudio **“Adaptación de los cuestionarios de derrota y atrapamiento en población chilena”**

Este estudio forma parte de las actividades requeridas en el Magíster de Psicología Clínica Adultos, mención Cognitivo Constructivista de la Universidad de Chile, programa que actualmente cursa la investigadora responsable de esta investigación, Ps. Natalia Martini Cáceres.

El objetivo de esta investigación es contar con cuestionarios que midan aspectos psicológicos específicos de las personas chilenas, dado que existen estos cuestionarios pero en formatos que se aplican a otros países. Para esto se requiere que quienes participen en este estudio respondan este cuestionario, además de otros que miden aspectos psicológicos similares, con el fin de asegurar los conceptos que se están midiendo.

El contar con cuestionarios que midan elementos referidos a cómo las personas enfrentan diferentes situaciones de su vida ayudaría en la prevención y tratamiento de algunas enfermedades psicológicas, lo que se traduce en una atención oportuna a quienes lo necesitan y contribuir en parte en la calidad de vida de las personas.

Su participación consiste en responder una serie de cuestionarios que miden los aspectos antes mencionados, actividad que se llevará a cabo en un lugar y fecha por convenir y que dura aproximadamente **20 minutos**.

Toda la información recogida será tratada en forma **anónima y con absoluta confidencialidad**. Esta será utilizada para caracterizar de manera conjunta a los chilenos/as que participan en esta investigación, es decir, los datos se usarán de forma grupal y no individualmente. Éstos serán almacenados en las oficinas de la investigadora responsable de este estudio, quien procurará que nadie ajeno al proyecto tenga acceso a ellos. Los datos se ocuparán exclusivamente para fines asociados a la presente investigación.

Su participación en este estudio no está asociada a beneficios o compensaciones de ningún tipo. Asimismo, tampoco se estima que la participación pueda provocarle a usted daños o perjuicios de ninguna clase.



Si usted decide no participar en este estudio, comuníquese a la persona que le está entregando los cuestionarios, sin que sea necesario que entregue ninguna explicación y pudiendo retirarse en cualquier momento de la investigación. Tampoco ello acarreará para usted ninguna consecuencia negativa ni pérdida de derechos ya adquiridos.

Usted tiene derecho a conocer los resultados de este estudio, para lo cual le pediremos que nos proporcione algún correo electrónico donde poder hacerle llegar la información correspondiente.

Usted tiene derecho a realizar todas las preguntas que le parezcan necesarias respecto de las características de este estudio y de su participación en él, las que le serán debidamente respondidas por el investigador responsable.



---

### Hoja de firma del consentimiento informado

He leído y comprendido este documento y en relación a lo indicado, declaro estar en conocimiento de las características y objetivos de esta investigación y de mi participación en ella. Se me ha indicado que toda la información que entregue en los cuestionarios será tratada de forma anónima y confidencial. Asimismo, la información que entregue en los cuestionarios será codificada y utilizada por la investigadora responsable (Ps. Natalia Martini), para su posterior análisis.

Yo, ..... acepto voluntariamente participar en esta investigación, lo cual queda expresado en la firma que se indica a continuación:

Firma del participante: \_\_\_\_\_

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

Institución: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la investigador responsable: Ps. Natalia Martini

Teléfono y correo electrónico de contacto: 02-2978 7819 / natalia.martini.c@gmail.com

He recibido una copia impresa idéntica de este mismo documento

## Autorización de autores de escalas aplicadas en la investigación



---

### Permission

---

**Paul Gilbert** <P.Gilbert@derby.ac.uk>  
Para: Natalia Martini <natalia.martini.c@gmail.com>

please free to use scales - all on the compassion website

Professor Paul Gilbert, PhD., FBPsS, OBE

Derbyshire Healthcare NHS Foundation Trust

Mental Health Research Unit

Kingsway Hospital

Derby, DE22 3LZ

United Kingdom

Phone: 01332 623579

Fax: 01332 623576

Email: [p.gilbert@derby.ac.uk](mailto:p.gilbert@derby.ac.uk)

<http://www.derby.ac.uk/schools/fehs/research/mhru/>

[www.compassionatemind.co.uk](http://www.compassionatemind.co.uk)



---

### escala INCOM

---

**Rosario.Zurriaga@uv.es** <Rosario.Zurriaga@uv.es>  
Para: natalia.martini.c@gmail.com  
Cc: Jose.M.Peiro@uv.es

Estimada Natalia,

El profesor Peiro me ha comentado que quiere usted utilizar la escala INCOM-E para una investigación. He contactado con el profesor Buunk y no tiene ningún inconveniente en que la utilicen, solo me recalca que es muy importante que la utilicen sin hacer adaptaciones, es decir, tal y como fue creada. Me ha señalado también el profesor Buunk que ya se ha utilizado en Chile y que ha sido publicado un artículo con esta escala, pero desconozco la referencia.

Atentamente,

--

Dra. Rosario Zurriaga Llorens  
Prof. Titular del Departamento de Psicología Social  
Facultad de Psicología  
Avd./ Blasco Ibañez, 21. 46010 Valencia (Spain)  
Tf. 34 963864550  
[Rosario.Zurriaga@uv.es](mailto:Rosario.Zurriaga@uv.es)  
[www.uv.es/idocal](http://www.uv.es/idocal)



---

## Solicitud autorización Escala de Deseperanza

---

**JOSE HERNANDEZ MARTINEZ** <jhermar@um.es>

Para: Natalia Martini <natalia.martini.c@gmail.com>

Natalia Martini <natalia.martini.c@gmail.com> escribió:

[El texto citado está oculto]

Estimada colega:por supuesto, que puede utilizar nuestra escala,como crea mas conveniente para su investigación. puedan tener.Muchas gracias por su atención y siento mucho el retraso en la respuesta

Un muy cordial saludo

Prof.Dr.José Hernández

Cátedra de Psiquiatria Universidad de Murcia

## **Normas o baremos para la aplicación en población chilena**

Se exponen a continuación las normas establecidas por percentiles, para la interpretación de los puntajes obtenidos en las Escalas de Derrota y Atrapamiento, desde la adaptación en población chilena realizada en esta investigación.

Cabe destacar que el formato de corrección es el mismo que el original (se suman todos los puntajes a excepción de la Escala de Derrota donde se invierten los ítems 2, 4 y 9).

Se expone también como referencia el puntaje medio obtenido en los participantes con ideación suicida.

## Normas por Percentiles Escala Derrota

<b>Percentil</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntaje</b>	
1	0	70-71	23	
2	1	72	24	
3	2	73	25	
4- 6	3	74- 76	26	
7-10	4	77	27	
11- 15	5	78	28	
16- 17	6	79	29	
18- 21	7	80- 81	30	
23- 25	8	82	31	
26- 29	9	83	<b>32</b>	<b>Media TEPT</b>
30- 34	10	84- 85	34	
35- 39	11	86	35	
40- 42	12	87- 88	36	
43- 46	13	89	37	
47- 50	14	90	38	
51- 53	15	91	<b>39</b>	<b>Media suicidio</b>
54- 56	16	92- 93	41	
57- 58	17	94	43	
59- 60	18	95	44	
61- 62	19	96	49	
63- 64	20	97	53	
65- 67	21	98	56	
68- 69	22	99	58	

## Normas por Percentiles Escala Atrapamiento

Percentil	Puntaje	Percentil	Puntaje
1-5	0	73	24
6-10	1	74	25
11- 14	2	75	26
15- 21	3	76	27
22- 24	4	77	28
25- 29	5	78	29
30- 33	6	79	30
34- 36	7	80	<b>31</b>
37- 39	8	81	32
40- 42	9	82	33
43- 45	10	83	35
46- 48	11	84- 85	36
49- 51	12	86	38
52- 54	13	87- 88	40
55- 58	14	89	<b>43</b>
59	15	90	44
60- 62	16	91	46
63	17	92	49
64	18	93	50
65- 66	19	94	51
67	20	95	53
68- 69	21	96	55
70	22	97	57
71- 72	23	98	59
		99	63

**Media TEPT**

**Media suicidio**

## Resultados complementarios

A continuación se presentan resultados complementarios a los expuestos anteriormente en relación a los objetivos de la investigación. Se exponen aquí diferencias de medias en las escalas aplicadas considerando elementos demográficos como estado civil, nivel educacional y edad.

Se incluyen en este apartado pues, al no contar con cantidades suficientes de participantes en cada categoría resultan poco concluyentes, sin embargo aportan como antecedentes para desafíos de futuras investigaciones, como se mencionó anteriormente.

Tabla 1. Diferencia de medias según estado civil

<b>Escala</b>	<b>Soltero</b>	<b>Casado</b>	<b>Convive/ en pareja</b>	<b>Separado/ Divorciado</b>	<b>Viudo</b>
Escala Derrota	17.1	21.62	18.61	23.8	26
Escala Atrapamiento	15.91	19.75	19.35	24	23.5
INCOM	33.8	30.21	33.51	30.38	30.5
BDI	11.33	16.88	15.74	18.35	14.5
Escala Desesperanza	3.61	5.01	4.07	5.8	5

En esta tabla se expresan las medias según estado civil, las cuales muestran diferencias estadísticamente significativas con valores  $p > 0.05$ . Esto también se encuentra al comparar las medias según grupos de investigación, donde no es



posible comparar a la población con ideación suicida por una parte y a la población viuda, por el número de participantes en cada grupo al dividirlos según estos criterios.

Tabla 2. Diferencia de medias según nivel educacional

<b>Escala</b>	<b>Enseñanza Básica</b>	<b>Enseñanza Media</b>	<b>Técnica</b>	<b>Univ. incompleta</b>	<b>Universitaria</b>
Escala Derrota	27.72	28.28	25.31	15.57	14.83
Escala Atrapamiento	27.45	27.95	23.21	14.41	13.83
INCOM	33.8	32.39	31.12	33.89	32.12
BDI	21.91	20.90	20.36	10.01	10.64
Escala Desesperanza	5.27	6.21	6.09	3.25	3.45

En esta tabla se muestran las medias según el nivel educacional de los participantes encuestados. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Derrota, Atrapamiento, BDI y Desesperanza.

Así, en la escala de Derrota y BDI se forman dos grupos diferentes: los que pertenecen a Enseñanza Universitaria en términos generales y otro con el resto de las categorías.

En el caso de la escala de Atrapamiento el grupo de Educación Técnica aparece como posible de incluir junto con los universitarios o con los de enseñanza Media y Básica, mientras que en la escala de Desesperanza esto sucede con el grupo de enseñanza Básica. Lo anteriormente descrito se refleja en las siguientes tablas:

Tabla 3. Diferencias de medias para escala de Derrota

<b>Grupos</b>	<b>Media 1</b>	<b>Media 2</b>
Enseñanza Básica		27.72
Enseñanza Media		28.28
Técnica Univ.	15.57	25.31
Incompleta Universitaria	14.83	

Tabla 4. Diferencias de medias para escala BDI

<b>Grupos</b>	<b>Media 1</b>	<b>Media 2</b>
Enseñanza Básica		27.45
Enseñanza Media		27.95
Técnica Univ.	23.21	23.21
Incompleta Universitaria	14.41	13.83

Tabla 5. Diferencias de medias para escala Atrapamiento

<b>Grupos</b>	<b>Media 1</b>	<b>Media 2</b>
Enseñanza Básica		20.36
Enseñanza Media		20.90
Técnica Univ.	10.01	21.91
Incompleta Universitaria	10.64	

Tabla 6. Diferencias de medias para escala Desesperanza

<b>Grupos</b>	<b>Media 1</b>	<b>Media 2</b>	<b>Media 3</b>
Enseñanza Básica	5.27	5.27	5.27
Enseñanza Media			6.21
Técnica Univ. Incompleta	3.25	6.09	6.09
Universitaria	3.45	3.45	

Al considerar el nivel educacional y los grupos de investigación se encuentra que en las escalas INCOM, Atrapamiento y Desesperanza no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, con valores  $p > 0.05$ .

En la escala de Derrota y BDI se aprecian diferencias significativas sólo en el grupo de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), las cuales se muestran a continuación.

El grupo de suicidio no fue posible de comparar dado el número de casos en cada grupo.

Tabla 7. Diferencias de medias para escala Derrota en población TEPT

<b>Grupos</b>	<b>Media 1</b>	<b>Media 2</b>
Enseñanza Básica		55.5
Enseñanza Media	29.92	29.92
Técnica Univ. Incompleta	33.3	33.3
Universitaria	21.5	
	33.08	33.08

Tabla 8. Diferencias de medias para escala BDI en población TEPT

<b>Grupos</b>	<b>Media 1</b>	<b>Media 2</b>
Enseñanza Básica		42.5
Enseñanza Media	22.96	22.96
Técnica Univ. Incompleta	29.9 12	29.9
Universitaria	23	23

A continuación se exponen las correlaciones entre la edad y las puntuaciones obtenidas en cada escala, las que se aprecian como significativas a nivel estadístico sin embargo con valores muy bajos de correlación, que no superan el 0.25.

Tabla 9. Correlaciones entre edad y escalas

<b>Edad/escala</b>	<b>Correlación de Pearson</b>
Escala Desesperanza	.150**
Escala Derrota	.126**
Escala Atrapamiento	.128**
INCOM	-.246**
BDI	.177**

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

Al mirar estas correlaciones según los grupos clínicos y no clínicos sólo se aprecian asociaciones significativas en el grupo de población normal, valores que resultan menores a 0.305 por lo que no aparecen como relaciones intensas.

