

ASPECTOS COGNOSCITIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA*

Dr. Richard C. Bedrosian**
Dr. Aaron T. Beck**

Título original:
COGNITIVE ASPECTS OF SUICIDAL BEHAVIOR

En este artículo se describen los esfuerzos hechos recientemente para cuantificar varios aspectos de la ideación del suicidio. La Escala de Intentos de Suicidio (EIS), la Escala de Desesperanza (ED) y la Escala de Ideación Suicida (IIS), valoran componentes de las reflexiones individuales del suicida. La desesperanza parece ser el componente principal en la relación entre la depresión y el intento de suicidio. La Escala para la Ideación del Suicidio parece mostrar la esperanza como instrumento predictivo, como una variable importante en la eficacia del tratamiento y como una herramienta para la valoración clínica del potencial del suicidio. También se comentan las implicaciones para investigaciones futuras y para la práctica clínica.

El propósito de este artículo es el de dar a conocer los esfuerzos realizados para cuantificar varias dimensiones cognoscitivas de la conducta suicida de acuerdo a los recientes estudios de nuestro equipo y de otros investigadores. En nuestra opinión, el conocimiento de variables cognoscitivas tales como la desesperanza, permite al clínico evaluar con mayor facilidad y seguridad la presencia del riesgo suicida, al mismo tiempo que el conocimiento de estos aspectos cognoscitivos le permite establecer la psicoterapia en las personas que han intentado suicidarse.

El Grupo de Trabajo del Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental, de los Estados Unidos, propuso una clasificación tripartita multiaxial de las conductas suicidas. Las tres categorías propuestas son: suicidio consumado, intento de suicidio e ideas suicidas.

Cada una de estas categorías incluye puntajes para diversas dimensiones, incluyendo la severidad del intento suicida y la letalidad médica del intento efectuado o planeado. Este esquema clasificador tuvo como objetivo proveer un método sistemático para codificar, definir y reportar las conductas suicidas; para facilitar el diagnóstico y la prognosis y para sugerir nuevos métodos de investigación (Beck, Davis, Frederick y cols., 1972).

No obstante que los estudiosos del suicidio han enfocado la mayoría de sus esfuerzos a la investigación de dos de las tres conductas antes mencionadas; es decir, a

los intentos de suicidio y a los suicidios consumados, la clasificación propuesta anteriormente implica una continuidad entre la idea suicida y otras formas de conducta suicida. Si consideramos la idea suicida como precursora del acto, sería útil determinar qué patrones de ideas suicidas recurrentes pueden aislarse y cuáles de ellos tienen un valor predictivo en relación con las variables importantes, tales como el intento de suicidio o la letalidad médica del acto. Al respecto, Lester y Beck (1977) encontraron que la relación entre la presencia de deseos suicidas y otros síntomas de depresión es muy similar en las personas que han intentado suicidarse, así como en aquellas con ideas suicidas. Estos autores concluyeron que la estructura básica del Inventario de Depresión de Beck era igual para ambos tipos de personas. Basándose en estos datos, Lester y Beck sugieren que los diferentes tipos de suicidas manifiestan características psicológicas similares.

La Escala de Intentos de Suicidio (EIS)

Para evaluar la severidad de la intención psicológica del paciente, Beck, Schuyler y Herman (1974) desarrollaron una escala llamada "Escala de Intentos de Suicidio" que toma en cuenta los aspectos más relevantes del presunto suicida antes, durante y después del intento. Esta escala está integrada por 15 reactivos dispuestos en dos grupos. El primer grupo (reactivos 1 al 8) abarca las circunstancias objetivas bajo las cuales se realizó el intento de suicidio e incluye información sobre los preparativos, ejecución, lugar de realización y otros indicios que hubieran dado el paciente y que podrían facilitar la intervención o el descubrimiento. El segundo grupo (reactivos 9 al 15) refleja la concepción que tenía el suicida acerca de la letalidad del método utilizado, el grado de premeditación, el propósito que alegó para llevar a cabo el acto suicida y sus expectativas sobre la posibilidad de intervención. Todos los reactivos se califican basándose en una escala de severidad del cero al dos y el total de la calificación va del cero al 30. Se ha reportado un alto grado de confiabilidad y validez *interrater* en la distinción entre el intento de suicidio y el suicidio en sí en el primer grupo de la Escala de Intentos de Suicidio (Beck, Morris y Beck, 1974).

En un estudio analítico de factores con respecto a las respuestas de la Escala de Intentos de Suicidio (EIS) en 188 personas que intentaron suicidarse, Beck, Weissman, Lester y Trexler (1976) separaron 4 factores principales que llamaron respectivamente: actitudes hacia el intento de suicidio, planeación, precauciones para evitar ser descubiertos y comunicación con otras personas. El primer

*Traducción del artículo original que apareció en la revista *Suicide and Life-Threatening Behavior* 9(2) verano 1979, páginas 87-96, de Human Sciences Press, 72 Fifth Avenue, Nueva York 10011, Copyright 1981, publicación oficial de la Asociación Americana de Suicidología. Agradecemos a los editores de *Suicide and Life-Threatening Behavior* su gentileza en autorizarnos su publicación. Traducido por Graciela Terroba G. y Angélica Bustamante.

**Universidad de Pennsylvania.

factor, actitud hacia el intento de suicidio, determinó el 26% de la varianza observada; abarcó pesos elevados en los reactivos referentes a expectativas de fatalidad, al conocimiento de la letalidad del método, a la seriedad del intento suicida, a las actitudes hacia la muerte y a la viabilidad de la intervención médica. Los datos de este análisis de factores sobrevaloraron la importancia que tienen las ideas y las conductas en la obtención de una visión general de la intención del paciente suicida.

Depresión, desesperanza e intentos de suicidio

Aunque los datos clínicos y la investigación anterior ya habían considerado muy importante el papel de la depresión en el comportamiento suicida, un estudio de Silver, Bohnert, Beck y Marcus (1971) contribuyó a aclarar la relación entre depresión e intento suicida. Cuarenta y cinco personas hospitalizadas por intentar suicidarse fueron sometidas a una entrevista psiquiátrica y se les aplicaron pruebas psicométricas. El nivel de la depresión se midió por medio del Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward y Mendelson, 1961) y el investigador calificó los intentos de suicidio por medio de la EIS. A continuación se dan los principales resultados de Silver y cols:

- 1) De los pacientes suicidas, 80% se encontraba deprimido de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck (IDB); de éstos, 49% se encontraba en un nivel de depresión severa y 31% presentaba un estado depresivo moderado.
- 2) Cuando se agruparon los puntajes de la EIS de acuerdo al grado de depresión del paciente, se encontraron niveles bastante más altos de intentos suicidas en los pacientes con estados más severos de depresión.
- 3) La correlación entre el IDB y la EIS fue alta (.62) y estadísticamente significativa ($p < .01$).
- 4) Los pacientes que intentaron suicidarse estaban bastante más deprimidos que el resto de los pacientes psiquiátricos no suicidas del mismo hospital.

Por otro lado, en un análisis de factores del IDB realizado por Pichot y Lempêrière en 1964, se aisló un factor con pesos elevados sólo para dos reactivos: la desesperanza (.40) y el suicidio (.34). Cropley y Weckowitz (1966) también reportaron haber obtenido un factor idéntico con pesos más elevados en estos dos reactivos. Un análisis de las intercorrelaciones de los reactivos individuales del IDB reveló que los deseos suicidas se correlacionaban con la desesperanza más que con cualquier otro reactivo (Beck, 1967).

Estos hallazgos, al igual que las observaciones clínicas de Beck (1963) y Stotland (1969), denotan que la desesperanza debe considerarse como un aspecto crucial para explicar la relación entre la depresión y el suicidio. Como resultado de su larga carrera en la práctica psicoterapéutica, en un estudio con 50 pacientes deprimidos con intentos de suicidio, Beck (1963) concluyó que el típico individuo suicida considera su situación como insoportable y que ningún tratamiento podrá ayudarlo, por lo que decide que el suicidio es la única manera de escapar de su situación desesperada.

La Escala de Desesperanza (ED) consiste en 20 reactivos calificados como falso-verdadero, de los cuales 9 son falsos y 11 verdaderos. Los siguientes reactivos son un ejemplo de la Escala de Desesperanza:

2. Prefiero darme por vencido porque no puedo resolver mi situación (verdadero).
3. Cuando todo sale mal, me ayuda el saber que las cosas no pueden seguir así para siempre (falso).
9. Espero recibir más de lo bueno de la vida que cualquiera otra persona normal (falso).
16. Nunca consigo lo que quiero por lo que considero tonto seguir luchando (verdadero).

A cada uno de estos veinte reactivos se le ha asignado una calificación de 0 ó de 1. El puntaje total es la suma de todas las calificaciones de los reactivos individuales. La calificación puede ir de 0 a 20. La información sobre la credibilidad y la coherencia interna del examen se ha reportado en otros estudios (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974).

En un estudio de 384 pacientes hospitalizados por intentar suicidarse, Beck, Kovacs y Weissman (1975) encontraron que las correlaciones entre el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Desesperanza y la Escala de Intentos de Suicidio eran significativas. La correlación entre la EIS y la ED era bastante más significativa que la correlación entre la EIS y el IDB (Hotelling $t = 2.19$, $p < .05$). Al obtener correlaciones parciales se encontró que la correlación de la EIS con la ED (manteniendo constante el IDB) disminuyó de .38 a .24, que aún seguía siendo estadísticamente significativa ($p < .001$). Por otro lado, la correlación de la EIS con el IDB (manteniendo la ED constante) disminuyó de .30 a .06 de manera no significativa. La variable modeladora, la desesperanza, determinó en un 96% la asociación entre la depresión y el intento suicida. Los puntajes clínicos de desesperanza y depresión que se habían obtenido independientemente de las valoraciones psicométricas, mostraron el mismo patrón de relación en los resultados de la EIS al igual que en los de la ED y en el IDB.

También se analizaron los resultados de Beck y cols., separando la muestra en dos grupos más o menos iguales; la separación se realizó a partir de las medias obtenidas en la Escala de Desesperanza y en el Inventario de Depresión de Beck. Se hizo un análisis de varianza de dos salidas (desesperanza por depresión), que revelan un efecto significativo en el caso de la depresión ($p < .001$), mientras que ni el principal efecto de la depresión ni la interacción de desesperanza por depresión fue importante. Sin que afectara el que las calificaciones del IDB fueran altas o bajas, entre los grupos con un alto grado de desesperanza había más intentos de suicidio, sin que influyera para ello el puntaje obtenido en el IDB. El estudio de Beck y cols. (1975) reprodujo los resultados obtenidos por Minkoff, Bergman, Beck y Beck (1973), que indicaban que la asociación entre depresión e intento suicida se debe en primer término a la desesperanza, como una fuente común de varianza.

La Escala de Ideación Suicida (IIS) es un instrumento relativamente nuevo diseñado por nuestro grupo de investigación para medir el grado y la severidad de las ideas del individuo al momento del suicidio. Usando la IIS como medida de criterio, Beck, Kovacs y Weissman (en prensa), encontraron que aunque tanto la desesperanza como la depresión se relacionaban positivamente con el alcance de las ideas suicidas, la Escala de Desesperanza contribuyó a la relación entre el IDB y la EIS. Igualmente, sin que influya el grado de depresión, los pacientes con puntajes altos de desesperanza presentaron un alto grado de ideas suicidas.

Wetzel, en 1976, repitió los resultados anteriores relacionados con la ED, el IDB y la EIS, y en una amplia mues-

tra psiquiátrica encontró diferentes puntajes de la ED entre los pacientes suicidas y no suicidas y entre los individuos en alto riesgo y menor riesgo, llegando a la conclusión de que la desesperanza es más determinante en los intentos de suicidio que la depresión *per se*. Se reportaron resultados similares en un estudio efectuado por Gallagher (1972), en Edimburgo, Escocia, en personas que habían intentado suicidarse. En la muestra de Gallagher se encontró que el intento de suicidio se correlacionaba de manera importante con la ED, pero produjo una correlación ($r = .06$) extremadamente baja con el IDB. Como se demostró en estudios anteriores, se encontró una varianza positiva muy importante en el intento de suicidio de acuerdo al puntaje de la ED. Un estudio reciente de heroinómanos que se encontraban en un programa de tratamiento a base de metadona (Emery, Steer y Beck, 1978), también reveló que la desesperanza se correlacionaba de una manera positiva con los intentos suicidas; pero no con la depresión.

En otros estudios empíricos también se sostiene la creencia de que la desesperanza juega un papel importante en el comportamiento del suicida. Cuando se les comparó con otro tipo de pacientes, se encontró que los primeros tenían menos esperanzas en el futuro, además de tener una perspectiva menos elaborada del concepto del futuro (Yufit, Benzie, Fonte y Fawcett, 1970). Igualmente, Farnham-Diggory (1964) reportaron que los pacientes suicidas mostraban un punto de vista subjetivo más restringido del futuro cuando se les comparaba con los pacientes no suicidas. Un análisis del contenido de las notas dejadas por los suicidas, efectuado por Bjerg (1967), reveló que en el 18% de los mensajes el autor manifestaba su creencia de que sus deseos no podrían llevarse a cabo. Ganzler (1967) reportó que al comparar la percepción de la vida en tres diferentes grupos de pacientes psiquiátricos, éstos la describieron de una manera negativa, pero sólo el grupo suicida consideró al futuro en términos negativos.

La Escala de Ideación Suicida (IIS)

Esta Escala se diseñó para cuantificar la intensidad de la ideación consciente de suicidio. Las ideas suicidas incluyen "las amenazas de suicidarse" expresadas a través de conductas abiertas o patrones de verbalizaciones.

Los reactivos de la Escala de Ideación Suicida son en parte reactivos clínicos derivados de la observación sistemática y de las entrevistas a pacientes que intentaron suicidarse, y en parte se derivaron de estudios previos de investigación. Inicialmente, la Escala se diseñó con 30 reactivos administrados a 45 pacientes suicidas (Beck, Kovacs y Weissman [en prensa]). Los reactivos que se repetían y los que eran difíciles de calificar, se eliminaban. De esta manera la Escala quedó integrada por 19 reactivos, cada uno de los cuales tenía 3 posibles alternativas calificadas de acuerdo a la intensidad, del 0 al 2. El puntaje global, que se computariza aumentando los resultados individuales de los reactivos, fluctuaba del 0 al 38.

Los reactivos evaluaban la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas así como la actitud del paciente hacia ellos; el grado del deseo de morir y el deseo de vivir, el deseo de realizar un intento de suicidio y los detalles sobre su planeación en caso de que la hubiera y la presencia de sentimientos subjetivos de control ante la idea del suicidio. Esta Escala está diseñada para ser aplicada en una entrevista semiestructurada por personas con entrenamiento clínico.

La estabilidad interna de la Escala de Ideación Suicida se obtuvo por medio de una muestra de 90 pacientes que

habían sido hospitalizados por haber tenido ideas suicidas (Beck, Kovacs y Weissman [en prensa]). Un investigador clínico entrevistó a los pacientes poco después de su admisión al hospital y demostró a través de un análisis que 16 de los 19 reactivos estaban correlacionados de manera positiva con el puntaje total. Los tres reactivos que no lo estaban fueron aquellos que se referían a la preparación de una nota acerca del acto suicida, lo que era prueba de que se habían tomado medidas con anticipación a la muerte, y que había habido engaño y ocultamiento en relación al suicidio consumado. A pesar de que las conductas a que se refieren estos tres reactivos eran poco frecuentes en la muestra de Beck y cols., éstos se conservaron en la Escala debido a que en investigaciones anteriores se había demostrado el valor predictivo sobre el desenlace, de las notas dejadas por los suicidas (Beck, Morris y Lester, 1974) para valorar sus intentos (Dorpat y Boswell, 1963).

Cuando se determinó la coherencia interna de la Escala de Ideación Suicida a través del uso del coeficiente alfa, se obtuvo el coeficiente de confiabilidad de .89 (Beck, Kovacs y Weissman [en prensa]).

Dos clínicos aplicaron la Escala de Ideación Suicida a veinticinco de los noventa pacientes incluidos en la muestra de Beck y cols., habiendo obtenido un análisis de confiabilidad/interrater de .83, $p < .001$. Cuando se hizo la entrevista psiquiátrica, los clínicos calificaron a cada uno de los 90 pacientes en base a una escala de 0 a 8 puntos con relación al riesgo inmediato o en un futuro cercano de cometer un intento suicida. La correlación entre el puntaje obtenido en la clínica y los resultados de la Escala de Ideación Suicida fue .49, $p < .001$. Se encontró que existía una diferencia significativa entre el puntaje promedio de la Escala de Ideación Suicida de los 90 pacientes hospitalizados por ideas suicidas ($\bar{x} = 9.43$) y 50 pacientes externos que requerían tratamiento debido a la depresión ($\bar{x} = 4.42$), $t = 4.14$, $p < .001$. De acuerdo a las medidas del IDB, el grado de depresión no difería en ninguno de los dos grupos. Aunque tanto la depresión como la desesperanza se relacionaban con la Escala de Ideación Suicida, la desesperanza estaba mucho más relacionada con el grado de ideas suicidas del paciente.

A fin de examinar la sensibilidad del instrumento se aplicó la Escala de Ideación Suicida a una muestra de 58 pacientes deprimidos antes y después de tratarlos con medicamentos antidepresivos (amitriptilina) o con terapia cognoscitiva —en algunos casos se combinó la terapia cognoscitiva con los medicamentos— y se les aplicó una prueba 88 días después de haber sido internados. Antes de la terapia los pacientes tenían un puntaje promedio en la Escala de Ideación Suicida de 6.36; después del tratamiento, el promedio fue de 1.39. Se obtuvieron resultados significativos por medio de una prueba t en la diferencia del puntaje; $t = 5.82$, $p < .0001$.

La validez predictiva de la Escala de Ideación Suicida se probará en un estudio longitudinal a lo largo de 10 años, en personas con ideas suicidas. A pesar del hecho de que su valor predictivo no se ha determinado todavía, la Escala ha demostrado ser eficaz para determinar las variables independientes en la investigación de correlatos psicológicos y clínicos de ideas suicidas y en la valoración de la eficiencia del tratamiento en los individuos deprimidos o suicidas. Más aún, la Escala de Ideación Suicida puede servir como base en las entrevistas semiestructuradas con los pacientes suicidas dentro de las clínicas.

El deseo de morir y el deseo de vivir en las personas que han intentado suicidarse

Shneidman (1964) y Stengel (1964) han insistido en que el suicida experimenta una intensa lucha interna entre su deseo de morir y su deseo de vivir, por lo que el suicidio se considera el resultado de esa lucha más que como la consecuencia de una sola motivación unidireccional. Kovacs y Beck (1977) le pidieron a 106 personas que habían intentado suicidarse que calificaran la intensidad subjetiva de su deseo de morir y su deseo de vivir inmediatamente después de haber sido admitidos en el hospital. Se encontró que el 50% de los pacientes reportaba que había querido vivir y morir al mismo tiempo durante el intento de suicidio. Hubo 43 pacientes que indicaron que no deseaban vivir cuando intentaron suicidarse mientras que otros 10 dijeron que no habían deseado morir. Los pacientes del estudio de Kovacs y Beck fueron divididos en 4 subgrupos de acuerdo a sus respectivos deseos de morir y vivir. El intento suicida según la Escala de Ideación Suicida fue el más bajo en el grupo de "pocos deseos de morir/muchos deseos de vivir", y el más alto en el grupo de "muchos deseos de morir/pocos deseos de vivir". Los resultados de Kovacs y Beck sugieren que la severidad del intento suicida está más relacionada con la falta de discrepancia entre los deseos de vivir y de morir que con la magnitud de cualquiera de estos dos deseos.

La importancia de llevar a cabo nuevas investigaciones

Estos resultados enfatizan la utilidad heurística del modelo de clasificación tripartita propuesto por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) (Beck y cols., 1972), en el que se demuestra que la desesperanza puede estar unida de una manera significativa a otros aspectos del comportamiento suicida. Nuestros descubrimientos, así como aquellos de otros investigadores que obtuvieron los mismos resultados, indican que el estudio continuado e intensivo de la ideación suicida puede aportar mucha información para los especialistas de la suicidología.

Actualmente, nuestra investigación está orientada hacia dos direcciones. Por un lado, continuamos un seguimiento de 10 años a un grupo numeroso de personas que intentaron suicidarse o que tuvieron la idea de hacerlo, a muchos de los cuales se les aplicó la Escala de Intentos Suicidas, la Escala de Desesperanza y la Escala de Ideación Suicida. Estos datos nos permitirán examinar la validez predictiva de los tres instrumentos por lo que se refiere a hospitalizaciones subsecuentes, intentos suici-

das y suicidios consumados. En segundo lugar, estamos usando la Escala de Desesperanza y la Escala de Ideación Suicida como medidas de cambio en una serie de estudios acerca del tratamiento de la depresión. Debido a que gran número de nuestros pacientes deprimidos tienen ideas suicidas, quisiéramos examinar el patrón de cambio en el pensamiento suicida dentro de algún tiempo. Entre las preguntas que se harán estarán las siguientes: ¿cuál es la secuencia del cambio? ¿el proceso de ideas tales como la desesperanza y el grado de suicidio cambian antes, después o al mismo tiempo que otros aspectos de la depresión, tales como los síntomas vegetativos? ¿los diferentes tipos de tratamiento afectan de distinta manera a la desesperanza, a las ideas suicidas y a otros síntomas?

La importancia de la práctica clínica

Los hallazgos antes mencionados indican que ante un paciente suicida el clínico deberá investigar las ideas suicidas más relevantes, así como los aspectos que comprueben la existencia de proyectos suicidas. La Escala de Ideación Suicida sirve como base para evaluar el potencial de ideas suicidas durante la entrevista. El terapeuta debe detectar cualquier signo de desesperanza, el grado y la duración de las ideas suicidas, la presencia o la ausencia de disfunciones psicológicas, las motivaciones que lleven a pensar en un suicidio, el grado de preparación y comunicación del presunto suicida, la actitud del paciente hacia el intento suicida y la intensidad de sus deseos de vivir y morir.

Debido a la relación tan estrecha que existe entre la desesperanza y el intento de suicidio, el estudio de este síntoma es un punto clave para el terapeuta a cargo de pacientes suicidas. El clínico necesita conocer las razones del paciente para desear morir, así como las razones que lo llevaron a decidir que no vale la pena vivir. Por lo tanto, la tarea del terapeuta es capacitar al paciente para que se dé cuenta de que: a) existen otras interpretaciones más favorables de la realidad de las que él pueda tener; b) existen razones poderosas para vivir y c) existen otras alternativas conductuales que el paciente aún no ha explorado. En nuestro centro de terapia cognoscitiva, hemos empleado diversas técnicas que tienden a contrarrestar la visión negativa del paciente acerca del futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1978; Beck y Bedrosian [en prensa]). Una vez que se ha apartado del peligro al individuo suicida se pueden empezar a tomar medidas que tiendan a resolver sus problemas.

REFERENCIAS

BECK A T: Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9:324-335, 1963.

BECK A T: *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Harper & Row, Nueva York, 1967.

BECK A T, BEDROSIAN R C: Principles of cognitive therapy. En: M. J. Mahoney (Ed). *Cognition and Clinical Science*. Plenum, Nueva York (en prensa).

BECK A T, DAVIS J H, FREDERICK C J y cols.: Classification and nomenclature. En: H.L.P. Resnik y B.C. Hathorne (Eds.) *Suicide Prevention in the 70's*. DHEW Publication No. (HSM) 72-9054. Government Printing Office, Washington, D.C., 1972.

BECK A T, KOVACS M, WEISSMAN A: Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234:1146-1149, 1975.

BECK A T, KOVACS M, WEISSMAN A: The assessment of suicide intentionality: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (en prensa).

BECK R W, MORRIS J B, BECK A T: Cross-validation of the suicidal intent scale. *Psychological Reports*, 34:445-446, 1974.

BECK R W, MORRIS J B, LESTER D: Suicide notes and risk of future suicide. *Journal of American Medical Association*, 288:495-496, 1974.

BECK A T, SCHUYLER D, HERMAN I: Development of suicidal intent scales. En: A T Beck, H.L.P. Resnik, D.J. Lettieri (Eds.) *The Prediction of Suicide*, Bowie, Md: Charles Press, 1974.

BECK A T, RUSH A J, SHAW B F Jr, EMERY G: *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, Nueva York (en prensa).

BECK A T, WARD C H, MENDELSON M: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-571, 1961.

BECK A T, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L: The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42:861-865, 1974.

BECK A T, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L: Clasificación de suicidales behaviors, II: Dimensions of suicidal intent. *Archives of General Psychiatry*, 33:835-837, 1976.

BJERG K: The suicidal life space. En: E.S. Shneidman (Ed). *Essays in Self-Destruction*. Science House, Nueva York, 1967.

CROPLEY A J, WECKOWITZ T E: The dimensionality of clinical depression. *Australian Journal of Psychology*, 18:18-25, 1966.

DORPAT T L, BOSWELL J W: An evaluation of suicidal intent in suicide attempts. *Comprehensive Psychiatry*, 4:117-125, 1963.

EMERY G D, STEER R A, BECK A T: *Depression, Hopelessness, and Suicidal Intent Among Heroin Addicts*. Manuscrito inédito. University of Pennsylvania, 1978.

FARNHAM-DIGGORY S: Self-evaluation and subjective life expectancy among suicidal and non-suicidal psychotic males. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69:628-634, 1964.

GALLAGHER J: *Parasuicide in Edinburgh*. Manuscrito inédito. Edimburgo, Escocia, 1972.

GANZLER S: Some interpersonal and social dimensions of suicide behavior. *Dissertation Abstract International*, 28B:1192-1193, 1967.

KOVACS M, BECK A T: The wish to live and the wish to die in attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*, 33:361-365, 1977.

LESTER D, BECK A T: Suicidal wishes and depression in suicidal ideators: A comparison with attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*, 33:92-94, 1977.

MINKOFF K, BERGMAN E, BECK A T, BECK R: Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130:455-459, 1973.

PICHOT P, LEMPERIERE P: Factor analysis of a self-administered depression inventory. *Review of Applied Psychology*, 14:15-29, 1964.

SHNEIDMAN E S: Suicide, sleep and death. *Journal of Consulting Psychology*, 28:95-106, 1964.

SILVER M A, BOHNERT M, BECK A T, MARCUS D: Relation of depression of attempted suicide and seriousness of intent. *Archives of General Psychiatry*, 25:573-576, 1971.

STENGEL E: *Suicide and Attempted Suicide*. Harmondsworth. Eng. Penguin, 1964.

STOTLAND E: *The Psychology of Hope*. Jossey-Bass, San Francisco, 1969.

WETZEL R D: Hopelessness, depression, and suicide intent. *Archives of General Psychiatry*, 33:1069-1073, 1976.

YUFIT R I, BENZIES B, FONTE M'E, FAWCETT J A: Suicide potential and time perspective. *Archives of General Psychiatry*, 23:158-163, 1970.