

92962

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

" ANALISIS CRITICO DE LAS APROXIMACIONES
SOBRE EL ESTUDIO DEL SUICIDIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

OLIVA LOPEZ SANCHEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

1 9 8 9



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA :

A la gran mujer que me dió el ser, por el amor, apoyo y confianza que me ha brindado siempre....

A mi padre, que con su dureza me ha hecho crecer.

A mis queridos hermanos: Oscar y Ericka, por la unión y fortaleza que han mostrado siempre a pesar de todo....

A mis amigos, Carolina, Rosa María, Juan y Paco.

Al gran niño de ojos azules, por su amor, su confianza, y sobre todo, su paciencia.

A G R A D E C I M I E N T O S :

A Carlos, por su gran ayuda en la realización
de este trabajo, por los desvelos, angustias,
y sobre todo, por ser una persona tan entregada
a lo que ama. Por eso y por todo lo que signifi-
ca en mi vida...

Al Lic. Marco Vinicio Velasco, por la confianza
y apoyo que me brindo.

A la Lic. Ma. Luisa Cepeda I., por sus valiosos
comentarios.

I N D I C E :

IZT.

	Pag.
Introducción	1
Capítulo <u>I</u>	18
Capítulo II	32
Capítulo III	<u>41</u>
Capítulo IV	53
Capítulo V	<u>63</u>
Discusión y	
Conclusión	72
Apéndice	133
Bibliografía	<u>137</u>

INTRODUCCION

<Uno de los grandes problemas que aquejan a la humanidad desde hace muchos años es el fenómeno del suicidio, en donde de cada vez va siendo mas alto el número de intentos y casos consumados.>

<El suicidio se comete en todas las culturas, en todas las edades, sexos y posición económica; se le considera un problema porque las personas que intentan o de hecho se suicidan, lo hacen ante una situación desesperante en la cual la única salida es la muerte, dejando en la familia una marca que les queda de por vida.>

<El suicidio no es un problema que afecte únicamente a el sujeto que lo intenta o lo comete, al igual que en el caso del alcoholismo y la drogadicción, ya que presenta una serie de problemas y consecuencias que afectan a la familia y demás personas que están relacionadas con el sujeto.> Como ejemplo podríamos citar el caso de un sujeto suicida que sea padre de familia. El intento o consumación del suicidio en este caso traerá como consecuencia una serie de trastornos familiares y desequilibrios emocionales entre los miembros de la familia, de modo tal, que puede afectarlos no sólo en lo concerniente a su vida familiar, sino además en su esfera laboral, social, etc. Estas son otras de las razones por las cuales es evidente la importancia de ocuparse de la conducta suicida.

Sin embargo, a pesar de la importancia que esto representa, no se ha hecho mucho al respecto. Actualmente no existe un acuerdo al explicar, conceptualizar y evaluar al suicidio, pues los profesionales que se dedican a ello provienen de distintas aproximaciones teóricas dedicadas al estudio del comportamiento humano, llámense psicólogos, psiquiatras, sociólogos, etc.

Una posible explicación de lo anterior podrían ser los problemas éticos y morales que se mezclan, los rasgos comunes del paciente, los tabús, la censura social, etc.

[Por otro lado, < entre las razones por las que se considera al suicidio como un problema, tenemos por una parte que la mayoría de las personas que se suicidan o lo intentan lo hacen bajo un estado de depresión profunda y como una última salida a sus problemas. Por otra parte, el suicidio es un hecho que la sociedad critica y es por eso que los familiares también son afectados al caer sobre ellos la censura, la culpa y el desequilibrio emocional por todo lo que conlleva el acto suicida. > Afortunadamente, a últimas fechas se considera que este tipo de problemas merecen más la comprensión y ayuda social que la crítica.]

Creemos que corresponde a la psicología, como profesión dedicada al estudio del comportamiento humano, empezar a realizar un trabajo que permita evaluar la conducta suicida con el fin de prevenir su consumación. Es necesario hacerlo desde una perspectiva diferente que dé elementos para abordar

el fenómeno de forma diferente a como se ha venido haciendo, ya que siempre se ha visto al suicidio como un mal de la sociedad provocado por un sin fin de motivos, los cuales son explicados dependiendo de la época, de la sociedad, y de la perspectiva o aproximación teórica que prevalesca. ~~X~~

El suicidio ha sido tema de interés principalmente en las culturas occidentales en donde se ha contemplado siempre como un fenómeno de patología social o desajuste psicosocial.

Las actitudes con respecto al suicidio están íntimamente ligadas con las ideas acerca de la muerte. Esto explica las similitudes y diferencias entre las reacciones de varias sociedades frente al suicidio. En la mayoría de los casos el suicidio ha tenido también algo en común respecto de la actitud que se tiene hacia el homicidio, pero existen circunstancias excepcionales en las que son permitidos: el homicidio en la autodefensa y en la guerra; el suicidio bajo ciertas condiciones (Stengel, 1965)

A continuación se realizará un breve esbozo de lo que ha sido el suicidio en las diferentes sociedades:

Sociedades primitivas: El antropólogo Paul Bohannan y cols. (en Stengel, 1965) , estudiaron las actitudes hacia el suicidio en seis tribus africanas y encontraron que era considerado maligno y tomaban diferentes medidas para prevenirlo, todas ellas de índole ritualista y religioso; por ejemplo, sacrificaban una oveja para auyentar el espíritu maligno que lo provocaba, etc.

En oriente, se ve a la muerte como un medio de auto-sacrificio y autopurificación.

Los griegos y los romanos se ocuparon de conocer las intenciones, situaciones y naturaleza del acto suicida para poder juzgar el hecho. Las actitudes hacia el suicidio variaban entre la condenación y la admiración. Algunos filósofos recomendaban el suicidio como la vía perfecta para ganar la liberación del sufrimiento. Otros lo desaprobaban, como Platón y Pitágoras.

La iglesia cristiana en la Edad Media condenó el suicidio como una forma de crimen. San Agustín lo denunció como un crimen en todas las circunstancias.

En la época de las luces, pensadores de la talla de Voltaire y Rousseau, dedujeron, de las altas frecuencias de suicidios ocurridos entre los romanos aristócratas ciudadanos de una sociedad en la cual el suicidio no constituía una regla ni se consideraba un acto de debilidad, que podía tener su origen en la enfermedad o en la falla en el control social. De esta época y de estos pensamientos, se desarrollaron las teorías psicológicas de que el suicidio es motivado por enfermedad, o bien por una carencia de control social.

El siglo XVIII, con su exaltado desarrollo ético-filosófico, sentó las bases de lo que en el siglo siguiente se consideró como el gran crecimiento del suicidio motivado por el materialismo, la desorganización moral, la indisciplina personal, y en general, la relajación de costumbres.

La influencia del romanticismo con su culto a la muerte, contribuyó decididamente al desenvolvimiento del concepto sociológico, llamando poderosamente la atención acerca del suicidio.

A causa de cómo era tratado el tema por el género literario, éste se convirtió en el problema por excelencia y las sociedades europeas llegaron a considerar al suicidio como la llamada " manía " o enfermedad.

" Se estableció en esa época un consenso general que indujo a un incremento en la publicación de obras de carácter literario que expresaban las ideas metafísicas acerca del suicidio , y establecían como hilo conductor del problema, la explicación del suicidio mediante el sentido común. De estos trabajos, los sociólogos derivaron las ideas metafísicas más importantes, las cuales fueron trasladadas a sus escritos sobre el suicidio " (Rodríguez Salas de Gómez Gil, 1974, pag. 121).

De estos trabajos surgieron algunas ideas importantes sobre la conceptualización del suicidio, mismas que a continuación señalaremos:

Las acciones sociales son motivadas en cierta forma por los significados personales, los cuales son compartidos por otros miembros de la sociedad. Esta idea fué y sigue siendo una de las ideas fundamentales de sentido común, fué aceptada y utilizada por los sociólogos durante mucho tiempo, y aún en la consolidación de las teorías sociológicas acerca del suicidio llevadas a cabo por los pensadores italianos y

franceses, permaneció intocable. No solamente permaneció vigente en los estudios acerca del suicidio, sino que ha visto sus derivaciones en teorías sociológicas contemporáneas entre las cuales destaca la representada por Wilfrido Pareto - (en Rodriguez Salas de Gómez Gil, 1974).

Esta idea de origen metafísico tuvo sus antecedentes en las interpretaciones mecanicistas del universo, ya presentes en los clásicos griegos; pero fué hasta la época del decidido progreso de las ciencias físico-matemáticas cuando las conclusiones de este campo fueron trasladadas al mundo social. Como resultado, se interpretaba de forma mecanicista los problemas sociales, es decir, se explicaban de la misma forma que los fenómenos físicos.

La conceptualización mecanicista, en términos muy generales, partió de la idea central de que la actividad humana es similar al movimiento físico y que, como tal, podría ser interpretada en los mismos términos. El ser humano fué interpretado por la mecánica.

De aquí se pasó fácilmente a la construcción mecanicista de la sociedad. La sociedad fué considerada como un nuevo sistema astronómico cuyos elementos son los seres humanos, unidos entre sí por atracción o repulsión mutua, como los átomos de las sustancias físicas (Pitirim Sorokin, 1964, en Rodriguez Salas de Gómez Gil, 1974).

La segunda idea básica es la que establece que los individuos conocen los significados de sus propias acciones y también conocen los significados de las acciones de otros individuos.

De este segundo concepto se desprendió el tercer pos-

tulado sociológico de esta época, que tuvo sus fundamentos en las conceptualizaciones de los filósofos de fines del siglo XVII y que consiste en que las acciones sociales significativas son especialmente aquellas que pueden ser morales o inmorales y se encuentran sujetas a cuantificación como cualquier objeto del mundo físico. Sin embargo, esta idea sólo prevaleció en esa época, y no se volvió a considerar para nada a lo largo del siglo XIX.

A partir de este tipo de interpretaciones se desarrollaron los métodos de análisis del suicidio, y se inició otra época y con ello otra forma de explicación. Del estudio casuístico antes descrito, se pasó al método Psicoanalítico y al método Psicológico.

En la actualidad, la actitud pública hacia el suicidio es menos dogmática de lo que solía ser en el pasado, aunque no fué nunca enteramente condenatoria.

Específicamente en México, en los años 60s y 70s, es cuando el índice de actos e intentos suicidas es más alto.

Se hace referencia a la estadística anterior porque en estos años hay una gran modernización e industrialización en México, lo mismo que en E.U., Japón, Inglaterra, Suiza, etc., y con ello se encuentra una alta correlación en cuanto al número de casos de suicidio.

En México, antes de 1940, el número de suicidios no era tan alto. Los años con altas tasas de intentos son de 1945 a 1953; aparentemente coinciden con el periodo en que el país (principalmente la capital), inicia el proceso de in-

ustrialización) durante el gobierno de Miguel Alemán. A partir de esta época la ciudad crece desmesuradamente, las zonas fabriles la rodean y principalmente hacia el Edo. de México, se intensifican las zonas marginales y se incrementa el proceso de migración interna (según Rodríguez Salas de Gómez -- Gil, 1974). Los problemas de migración interna y urbanismo (entre otros) son los que propician el fenómeno psicosocial del suicidio, y esto se traduce en lo siguiente: demanda inmediata de obras públicas, viviendas, escuelas, medios de transporte, servicios médicos, etc.; demandas que si no se ven satisfechas a través del Estado, provocan un malestar social que recae o alcanza su punto más extremo en las capas sociales más desvalidas. A

Durante las décadas de 1940 y 1950 se registraron las tasas máximas de inmigración interna, curiosamente la tasa más alta de suicidios frustrados se registraron en esa misma época (Revista de Estadística Nacional, 1970). Los inmigrantes fueron jóvenes de 10 a 29 años, los intentos de suicidio coinciden también en la edad: La urbanización de México, en este siglo, se puede dividir en tres períodos: la de 1900 a 1940, de urbanización lenta, la de 1940 a 1960, de urbanización rápida, y de 1960 a 1980, la época de la gran urbe.

Los desplazamientos masivos hacia la zona del D.F. y el rápido proceso de desurbanización no solamente contribuyen al desarrollo económico de la zona: al parecer producen más desventajas y perjuicios, tanto para la población existente como para la migrante. Se forman cinturones de vicios que se

traducen en graves problemas de adaptación en los centros más desprotegidos. Esta época de ajuste y transmisión ha correspondido a la de incremento en los suicidios.

El suicidio ha sido conocido desde que la humanidad ha existido. En la mayoría de las culturas, en casi todos los periodos de la historia, la actitud del suicidio ha estado presente en algunas personas, ya sean hombres, mujeres o niños y sin importar posición económica, ni edad, como una vía para solucionar algunos problemas, para dejar de sufrir o bien como una consecuencia de un estado de depresión profunda.

|| < En la actualidad, las actitudes de repudio y censura hacia el suicidio, han sido sustituidas por la comprensión de que cualquiera que trata de quitarse la vida está enfermo o es presa de una gran angustia y necesita por ello ayuda médica y social (Stangel, 1965). > ||

Inevitablemente, la actitud que se ha tomado con respecto al suicidio es y ha sido influenciada por la religión, las leyes, la filosofía, por pensamientos, por las personas, lugares y tiempos específicos. Cada sociedad establece sus propias reglas y líneas de comportamiento para normar actitudes de los hombres; reglamenta usos y comportamientos aceptables y señala los que no lo son. Por todo esto la actitud hacia la conducta suicida cambia de una cultura a otra e incluso dentro de una misma cultura.

Sin embargo, a pesar de estas diferencias, la conduc-

ta suicida ha sido desaprobada y se considera como un acto inmoral e impropio de una persona " normal ".

Hay quienes dicen que el suicidio es un acto anormal propio de una persona enferma; otros dicen que es una expresión propia de tantas contradicciones pertenecientes a un sistema carente de los mecanismos necesarios que permitan a sus integrantes relacionarse dentro de un marco de armonía y equilibrio; también se dice que es un rasgo característico de las contradicciones propias del mal funcionamiento de un sistema de producción capitalista (Guerra y Salazar, 1987).

Con todo lo anterior se puede ver que la conceptualización y actitud hacia el suicidio depende de las reglas y -- líneas de comportamiento que marca cada sociedad y cultura. Las explicaciones han variado a través de los años, pero en realidad no se encuentran diferencias muy grandes; o se trata de una enfermedad, llámese mental, psicológica, fisiológica y hereditaria, o es el resultado de una sociedad desorganizada como lo es la capitalista (Durkheim, 1976). En cuanto a la actitud también ha variado y va del rechazo a la aceptación y comprensión; esto último implica una ayuda mínima que se ve influenciada por la conceptualización del fenómeno llamado suicidio y que ha sido abordado específicamente por las disciplinas dedicadas al estudio del comportamiento humano, como lo son la psiquiatría, la psicología y la sociología.

Las explicaciones que se han dado sobre el fenómeno -- en cuestión han dejado mucho que desear pues han sido un --

tanto limitadas: no involucran los tres niveles (a la hora de abordar el fenómeno) como lo son el biológico, el psicológico y el social, por medio de los cuales se constituye el hombre, y que están presentes en todo comportamiento humano.

Por otra parte, se ha visto al suicidio como un mal que tiene un remedio a medias y realmente no se le ha dado el interés que merece. La forma de abordar y tratar esta conducta, fenómeno o evento, está subordinado a las consideraciones anteriores.

Por otra parte, los estudios hechos al respecto son mínimos y los que existen, la mayoría están enfocados únicamente a la conducta suicida o acto consumado, por lo que se les llama estudios " post-mortem " , que resultan incompletos para un análisis más complejo. Es decir, se trata de encontrar las causas que llevaron a consumar el suicidio, y lo que podamos indagar, al consultar a los familiares, amigos, o las notas que dejó el individuo, no servirán de mucho, pues esto sólo constituirá el último eslabón de una cadena enorme que se fué formando por diversas circunstancias. En esta situación, la búsqueda de la muerte es la última consecuencia.

Por todo lo anterior, es importante el estudio no sólo de la conducta suicida, sino también de su intento. Es indispensable que se le deje de ver como una conducta " anormal " , como una enfermedad hereditaria, y sobre todo se debe evitar usar etiquetas que lo único que hacen es que se le considere como una enfermedad a la cual hay que darle determinado tratamiento que ha sido establecido sin tomar en cuenta al sujeto.

Al respecto de la interrelación que en la conducta humana establecen los niveles biológico, psicológico y social, nos parece importante resaltar lo siguiente: No es nuestro propósito priorizar el nivel que nos corresponde sobre los demás (cual es el psicológico). En vez de esto, queremos señalar que un enfoque psicológico, si pretende ofrecer una explicación y tratamiento más acordes con la complejidad del fenómeno que ahora nos ocupa, debe empezar por concebirlo de modo tal que reconozca las limitaciones y problemas derivados de centrarse únicamente en el acto consumatorio y no tomar en cuenta una visión del comportamiento humano que reconozca que su objeto de estudio está matizado por los diferentes niveles de explicación que hemos referido.

El hablar aquí no sólo del acto del suicidio, sino también de su intento, representa para nosotros el situarnos en el camino que acabamos de enunciar.

Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo será el de realizar un análisis crítico de las aproximaciones que se han encargado de explicar y tratar al suicidio. Finalmente, al tiempo que recuperaremos lo anterior, haremos una propuesta metodológica sobre los aspectos de la evaluación, el tratamiento y la prevención, que consideramos pueden complementar lo desarrollado a lo largo del trabajo, todo esto siempre desde nuestro punto de vista teórico.

Para todo lo anterior, el índice temático a desarrollar aquí será el siguiente:

Introducción

Capítulo I : Aproximaciones teóricas al estudio del suicidio

- A) Aproximación biológica
- B) Aproximación psiquiátrica
- C) Aproximación psicológica
 - 1) Aproximación cognitivo-conductual
 - 2) Aproximación conductual
- D) Aproximación sociológica

Capítulo II : Características del acto suicida

- A) Etiología ×
- B) Idea o pensamiento suicida ✓
- C) Gestos suicidas ✓
- D) Chantaje ✓
- E) Avisos suicidas
- F) Notas suicidas
- G) Comunicación oral ✓
- H) Formas en como se intenta el suicidio ✓
 - 1) Horas ✓
 - 2) Temperatura ✓
 - 3) Número de intentos ✓

Capítulo III : Características del sujeto suicida

- A) Edad y sexo ✓
- B) Estado civil ✓
- C) Escolaridad ✓
- D) Ocupación ✓
- E) Enfermedades ✓
- F) Dificultades familiares y disgustos amorosos ✓

Capítulo IV : Formas de evaluación del suicidio ✓

- A) Evaluación psiquiátrica ✓
- B) Evaluación psicodinámica ✓
- C) Evaluación psicológica ✓
 - 1) Conductual ✓
 - 2) Cognitivo - Conductual

Capítulo V : Formas de tratamiento del suicidio ✓

- A) Tratamiento médico-psiquiátrico ✓
- B) Tratamiento psicológico ✓
 - 1) Terapia cognitivo-conductual ✓
 - 2) Terapia conductual ✓

Discusión y Conclusiones

- A) Propuesta de evaluación
- B) Propuesta de tratamiento
- C) Propuesta de prevención

CAPITULO I

APROXIMACIONES TEORICAS AL ESTUDIO DEL SUICIDIO

El suicidio, parece ser la forma más personal que un individuo pueda asumir. Sin embargo, las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues aquél posee un profundo impacto social. Parece dirigido solamente a la destrucción de sí, pero es también un acto de agresión contra otros.

Al estudiar el suicidio, se está estudiando una conducta meramente humana y personal que es resultado de la relación con otros y que no se puede comprender al individuo si se le aísla de su matriz social. Por lo tanto, el suicidio no puede estudiarse como un problema individual en aislado (Stengel, 1965).

Antes de pasar a revisar cada una de las diferentes aproximaciones al suicidio, es imprescindible hablar de la diferencia que existe entre el acto suicida y el intento suicida, lo que finalmente ayudará a mostrar a cuál de esos aspectos se han avocado estudios realizados por los profesionales de la conducta humana, y de esta forma lograremos entender por qué y a qué están dirigidas las explicaciones que dan cada una de ellas, ya sea al intento o al acto.

Algunas personas intentan suicidarse y la mayoría de ellas dan un indicio o hacen una advertencia clara a uno o varios de sus congéneres con tiempo suficiente, antes del acto diciéndoles que piensan eliminarse. Esto hace que una vez

que se intente algo se estará a la expectativa, se tratará de ayudar al sujeto, etc. " Si uno observara los actos de auto-perjuicio únicamente llegaría a creer que la autodestrucción es el único propósito. Pero si uno considera ciertos antecedentes y las consecuencias de esos actos, no se puede sostener esa simple explicación. De igual manera, uno podría preguntarse: ¿ Por qué avisarían esas personas con tanta frecuencia a los otros de su intención de dañarse, especialmente si se supone que saben que ese tipo de conductas es temido en su grupo familiar y en la comunidad ? " (Stengel, 1965).

De hecho, puede ser que ellos esperen que una vez enterada la gente de sus objetivos, se preocuparán por ellos.

Esto muestra que el propósito o intento suicida tiene dos tendencias; una es el impulso de dañarse, y la otra es el impulso a hacer que las otras personas manifiesten interés y amor hacia ellos y obren en consecuencia. Se torna interesante resaltar esta diferencia entre el acto suicida consumado y el intento suicida; en este último grupo surgen diversas interrogantes como las siguientes: ¿ Qué motivó el intento suicida ? ; ¿Cuál fué el efecto del intento suicida en el grupo del paciente ?, etc.

Los intentos suicidas obran como señales de alarma y tienen el efecto de un pedido de ayuda, aún cuando dicho pedido pueda no haber sido conscientemente realizado. La función de llamada de los intentos suicidas no implica que el deseo de pedir ayuda sea un pedido consciente (Stengel, 1965).

Hay quienes ven al intento suicida como un efecto catártico beneficioso para el estado mental de una persona, pues libera sus impulsos agresivos. Existen motivaciones que no surgen de los impulsos agresivos destructivos, sino de aquellos que subyacen a las relaciones humanas. Existe el deseo de promover un cambio en los sentimientos de otra persona hacia uno, aunque sólo sea póstumamente y también el impulso a indagar el destino, de la misma forma como algunos niños quieren indagar si sus padres los quieren.

De este forma, la definición del intento suicida es la siguiente: " Un intento suicida es cualquier acto de auto-perjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua " (Stengel, 1965). A continuación se hablará de las diferentes aproximaciones que se han dedicado al estudio del suicidio.

A) APROXIMACION BIOLOGICA

El enfoque biologicista de la conducta suicida puede considerarse una consecuencia directa de la corriente psicobiológica del suicidio, que es una aproximación sostenida por numerosos hombres de ciencia de las diferentes ramas de esta área interdisciplinaria, entre las que se pueden citar la genética, la neurología, y otras subramas.

Para los profesionales que trabajan en este enfoque, la dotación genética, junto con sus sistemas fisiológicos, se constituyen en los elementos explicativos más importantes de la conducta humana. En este sentido, todo el comportamiento que posee un individuo es heredado, pues el organismo que se comporta es el producto de la selección natural, de

tal forma que incluso aquella conducta que es afectada por sus consecuencias, forma parte de la dotación genética, tanto como lo son la ingestión y la gestación (Nava, 1974)

Parece ser que en el caso del suicidio, su herencia, junto con la herencia psicopática, por sí solas aparecen en el 40% de los casos; se han recogido numerosos ejemplos de familias en las que el suicidio se repite en el curso de varias generaciones (Moal, 1976). Otros investigadores han encontrado incluso más de un 80% de suicidios en los que han descubierto antecedentes hereditarios o personales importantes. Sin embargo, y de acuerdo con los estudios de Moal (1976), no es el propio suicidio lo que se transmite, sino una de las constituciones que habitualmente están en conexión con él.

Abely (en Moal, 1976), ha sido otro autor que ha hablado del papel que desempeñan las diferentes secreciones endócrinas: en la neuropsiquiatría se habla de la acción manifiesta que la tiroides ejerce sobre el psiquismo; en el papel de la hipófisis, en el de las glándulas suprarrenales y sexuales, en la acción del páncreas que desempeña una importante función en el equilibrio neurovegetativo y muy especialmente en estados ciclotímicos que se relacionan con el suicidio.

A pesar de que se han hecho estudios y se ha dicho que existen ciertas relaciones entre la conducta suicida y algunos aspectos del funcionamiento fisiológico del organismo, éstas no están determinadas con precisión debido a la

complejidad de este tipo de análisis, cosa que ocasiona que se tomen con las reservas que merecen este tipo de explicaciones. / El dar una explicación fisiológica a los comportamientos no es suficiente, a menos que involucre razones y motivos que procedan de situaciones socioculturales que de alguna forma son las que determinan los mitos, las ideologías, las religiones y filosofías, etc. Por lo tanto, es necesario que al explicar una conducta, se haga de forma que se conciba al hombre como una entidad biopsicosocial. /

Además de lo anteriormente dicho, la teoría biologicista se avoca a tratar de explicar el posible origen de la conducta suicida como algo único, y deja de lado la explicación del intento suicida. En esta aproximación teórica se tiende a dar una explicación lineal y reduccionista de lo que causa el suicidio: la conformación fisiológica, dejando fuera el aspecto social y psicológico que también intervienen en toda conducta humana. El hombre necesita de un equipo biológico determinado para poder relacionarse " normalmente " con la sociedad, de lo contrario, se puede ver agredido por ella a través del rechazo y/o la indiferencia, esto aunado a una serie de elementos (particulares para cada caso), que pueden causar que las personas intenten suicidarse o de hecho consumen el acto.

/ Dentro de las aproximaciones teóricas encargadas de explicar la conducta humana, existen grandes diferencias al hacerlo, pues cada área tiene su propio objeto de estudio. Hay algunas teorías que hacen uso de constructos hipotéticos, de rasgos de personalidad, / hacen uso de las etiquetas

**FALTA
PAGINA**

20

valorar objetivamente su situación. Algunos suicidas sufren depresión, otros psicosis, y otros más son alcohólicos (Mesa Redonda, 1978).

Entre los trastornos mentales que conducen al suicidio están los estados de esquizofrenia, la farmacodependencia y ciertos trastornos de la personalidad. Cuando una persona esquizofrénica se deprime, corre el riesgo de suicidarse. En algunos epilépticos, el suicidio puede basarse en el acto compulsivo de descarga; otros epilépticos, aquellos que presentan lesiones en el lóbulo temporal, suelen sufrir depresiones severas. Un sujeto psicópata, es incapaz de adaptarse a la vida y cae en el alcoholismo o en la dependencia de las drogas; cuando llega al final de sus recursos, se suicida (Mesa Redonda, 1978).

La aproximación psiquiátrica, únicamente habla de la causa que origina la aparición de la conducta suicida, aún cuando diga que la conducta suicida es una conducta encubierta, originada por una enfermedad mental.

Como se puede observar nuevamente, la explicación se dirige a la conducta suicida y no al intento suicida; además, el origen está en el mismo individuo, en su personalidad y en su constitución fisiológica. Para la psiquiatría, la conducta humana es el resultado de los atributos, dimensiones y rasgos de personalidad que son innatos, además, ^{se} como utilizan un modelo médico, la etiología de los trastornos psicológicos está referida a la personalidad de cada individuo. Desde este punto de vista, los llamados " rasgos " de la personalidad se constituyen en el elemento central de la explicación de la conducta. Esto nos puede ^{conducir} llevara ^{se} considerar por

ejemplo, que un individuo puede intentar o consumir un acto suicida debido a que existe ya (de manera innata), un rasgo o atributo de su personalidad que lo impele a realizar ese tipo de actos, todo esto sin que su medio externo intervierga para modificar o alterar su comportamiento.

de: 0003 de esta, cognitiva

C) APROXIMACION PSICODINAMICA

El suicidio puede definirse como el acto (individual o colectivo) de quitarse la propia vida voluntaria e involuntariamente, o como el acto humano intencionado de interrupción del propio ser cometido contra sí mismo con plenitud de consciencia de que los medios empleados realizarán, sin duda, el deseo de morir: no de inflingirse heridas o mutilaciones, de tal forma que con notas postreras o sin ellas, se puede advertir con claridad que el propósito es el de hacer cesar en forma consciente la propia vida (Eisenberg y Margain, 1978).

La corriente psicodinámica es la que ha abordado el problema del suicidio con mayor abundancia y desde una perspectiva individual, ya que ha investigado sus causas dentro del psiquismo de la persona.

La teoría psicodinámica o psicoanalítica, explica los fenómenos psíquicos como el resultado de la interacción dinámica de fuerzas o impulsos mentales que actúan en una misma dirección o en un sentido opuesto. Desde este punto de

vista, todos los procesos psíquicos derivan del interjuego de fuerzas, las cuales tienen originalmente el carácter de instintos. El término instinto, pulsión, o impulso instintivo es un hecho de registro. Freud llegó a la conclusión de que había dos clases de impulsos: uno lo llamó instinto de vida, eros o impulso sexual; al otro lo designó como instinto de muerte, thanatos, o impulso agresivo o destructivo. Freud decía que ninguno de los dos impulsos podría realmente funcionar independientemente del otro. En una persona que se suicida, el impulso destructivo de repente desborda sus límites, asalta el poder y pone fin inmediato a la existencia del individuo (Solomon, 1982).

Aparte de la teoría psiconalítica, existen otras como la de la depresión. Esta teoría ha dado pie a que se considere a su elemento central como el fundamental respecto del suicidio. Sin embargo, en los últimos tiempos la psicodinámica de la depresión no ha sido suficiente para explicar el suicidio, es claro que existe un gran número de suicidas que no presentan depresión, y hay pacientes deprimidos que nunca han tenido ideas suicidas, por lo cual la anterior hipótesis sobre el papel de la depresión como elemento suicidógeno no se sostiene fácilmente (Fromm, 1975). Esto último, también según otro autor (Sarason, 1975) se debe a que el riesgo del suicidio no es mayor cuando el sujeto está en la fase más profunda de la depresión, ya que el sujeto carece de energías para llevar a la práctica sus proyectos suicidas, mientras que cuando recupera parte de su energía es capaz de ejecutar un acto que ha premeditado largamente.

Freud, al estudiar al sujeto lo concibe como un ser eminentemente social que tiene relación con sus padres y hermanos, con la persona objeto de su amor (Aguado, 1987). Sin embargo, aún cuando se habla del hombre como un ser social, se considera que el psiquismo es lo que determinará su relación con los otros. El psiquismo es interno y propio de cada sujeto; de esta forma se apela a estos elementos para explicar las causas de por qué la gente se suicida. Depresión y suicio

Pese a las limitaciones que tenemos para realizar una crítica más amplia, (debido a que partimos de un marco teórico y epistemológico diferente), es evidente que la teoría únicamente se refiere a la conducta suicida y no al intento suicida. De esta manera, la forma de análisis y tratamiento están dirigidas al acto suicida, lo que implica cierto límite.

Por otra parte, esta aproximación deja de lado el nivel biológico a la hora de explicar las formas de comportarse del hombre, y en parte hace lo mismo con los factores sociales, estableciendo a priori limitaciones al explicar la conducta suicida. Si bien por esta razón no podemos juzgar tan rigurosamente, puesto que se trata de un fenómeno que en última instancia no tiene límites bien establecidos, si es necesario ser más flexibles en este aspecto. De igual manera, al hablar de la teoría de la depresión, aún cuando no es muy aceptada y no se puede generalizar, consideramos que puede ser un elemento importante dentro de la explicación del suicidio, siempre y cuando no pretendamos limitarlo o reducirlo a ella. La depresión no debe ser vista como una enfermedad orgánica que sufre un paciente, sino como algo más complejo.

Por fortuna, en ella sí se hace una diferencia entre el acto suicida y el intento, lo que resulta importante al considerar otras formas complementarias de tratamiento.)

D) APROXIMACION PSICOLOGICA

Cognitivo-conductual

1) Aproximación Cognitivo-conductual

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, el suicidio, etc.).

Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck 1967, 1976, en Beck y Shaw, 1984). (Sus cogniciones (" eventos " verbales o gráficos en su corriente de consciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. / Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente o está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema " si no hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso ".

Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

Al contrario que la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas " aquí y ahora ".

Además de esto, explica la conducta suicida (intento o acto

consumado) como el resultado de ciertos procesos cognitivos (pensamientos y creencias) que se han formado de forma incorrecta (pensamientos ilógicos), esas ideas y pensamientos incorrectos son reforzados por las consecuencias que obtiene del medio. Puesto que toda acción va precedida por un pensamiento, de esta manera el pensamiento se vé influenciado por las consecuencias que el sujeto obtiene de su medio social.

2) Aproximación conductual (operante)

Los teóricos del aprendizaje ven a la conducta suicida como un resultado del reforzamiento inadecuado o insuficiente, o como una falta de congruencia o relación entre el reforzamiento y determinadas clases de conducta. Esto puede incluir poca frecuencia del reforzamiento, una cantidad total insuficiente de éste, o una mala calidad. Específicamente, la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto a la conducta suicida o intento suicida como un resultado de la poca frecuencia del reforzamiento social; dinero, prestigio, amor, reconocimiento, etc. (Lewinsohn, 1972, en Sarason y Sarason, 1986).

E) APROXIMACION SOCIOLOGICA

Para algunos investigadores inclinados hacia el ámbito social (Durkheim, 1976) y psicosocial (Kent, 1982), el suicidio es un fenómeno netamente social en todos sus aspectos.

Para Kent (1982), el suicidio es una de las diferentes prácticas, tanto individuales como colectivas, no " naturales " y subversivas, es decir, no son actividades dictadas por las normas sociales que son " naturales ", sino que van en contra de ellas, en las que se expresa la contradicción generada por la lucha de clases.

Durkheim en su monografía " El Suicidio " (1952), expresa una opinión similar al afirmar que los hechos sociales deben ser estudiados como realidades externas al individuo, de gran peso en la conducta suicida. Las instituciones sociales, tales como la familia y grupos religiosos, son para él, fuerzas extrapersonales. El suicidio, si bien en apariencia constituía un hecho altamente personal, era sólo explicable por el estado de la sociedad a la que el individuo pertenecía; serias fallas en la estructura social conducían a un incremento de las tasas de suicidio de acuerdo con este autor.

Durkheim distinguía tres tipos de suicidio de acuerdo con el tipo de perturbación en la relación entre la sociedad y el individuo:

1) Suicidio egoísta: Un anormal individualismo: este tipo de suicidio era el efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado en ella.

2) Suicidio altruísta: La gente sobre la que la sociedad tenía una influencia demasiado estricta y que a la vez tenía muy poco individualismo y sentido del deber. A esta categoría pertenecían el anciano y el enfermo. Por ejemplo, las mujeres que seguían a sus maridos en la muerte, los seguidor-

res o sirvientes que se mataban tras la muerte de sus jefes.

3) Suicidio anómico: Si la sociedad fracasa en el control y la regulación de la conducta de los individuos, el suicidio se hace más frecuente. El declinar de las creencias religiosas, la excesiva relajación de los códigos profesionales y maritales, eran manifestaciones de la anomia. Desembocaban en trastornos de la organización colectiva, lo que a su vez reducía la inmunidad del individuo contra las tendencias suicidas. En consecuencia, los suicidios eran menos habituales entre los católicos romanos que entre los protestantes (Durkheim, 1952, en Stengel, 1965).

La perspectiva social, habla específicamente del nivel de determinación que desempeña la sociedad con respecto al suicidio; es decir, cómo ciertas prácticas humanas tanto individuales como colectivas, son producto de las relaciones materiales de producción en las que se hallan inscritas.

El signo esencial de la sociedad capitalista ha sido que éste ha generado y genera individuos cuya vida no posee en sí ningún valor a no ser por su trabajo, o más bien, por la ganancia y el ingreso que proporcionan a los capitalistas. En este sentido, el individuo y su fuerza de trabajo se convierten en una mercancía cuya personalidad se encuentra alienada, dominada por su valor de cambio, escindida de la vida personal, que sólo encuentra su lugar, en el trabajo (Sánchez, 1980; Mondolfo, 1973; Séve, 1975, en Guerra y Salazar, 1987).

En el sistema de producción capitalista, los trabajadores no son dueños del desarrollo de sus facultades, de su

propia evolución como personal, al menos en la medida en que su actividad sea ejercida a título de trabajo asalariado; por ende, su fuerza de trabajo y en consecuencia su personalidad, no pueden manifestarse en función de sus capacidades, no son libres de manifestarse en sí, sino que deben ser vendidas al capitalista (Seve, 1975, en Guerra y Salazar, 1987).

Durkheim ha sido quien ha representado a la teoría social que ha tratado de explicar la etiología del suicidio desde el ámbito social. Según este autor (1976), cada sociedad tiene una inclinación colectiva al suicidio expresada en la tasa de suicidio que tiende a permanecer constante en tanto el carácter de la sociedad no cambie. Asimismo, este autor dice que lo que el investigador debe buscar son las causas por medio de las cuales es posible obrar no sólo sobre los individuos aisladamente, sino sobre el grupo; en consecuencia, los factores que le conciernen son aquellos que hacen sentir su acción sobre la sociedad.

Esta inclinación a la que se refiere Durkheim (cuando habla de la " conciencia colectiva "), influye sobre el individuo y puede forzarlo a matarse; sin embargo, mientras más integrado esté el individuo con los grupos sociales, tanto menor es la probabilidad de que cometa un acto autodestructivo fatal. Por esta razón, el suicidio es relativamente improbable entre miembros de familias numerosas y muy religiosas, así como en otros grupos sociales (Durkheim, 1976, y Stengel, 1965).

La teoría social resulta ser muy importante porque toma en cuenta aspectos que no considera ninguna otra teoría.

y que finalmente son los que ejercen una influencia muy grande en el hombre, mismo que es visto aquí como un ser eminentemente social y que estará influenciado y se dirigirá según las normas e ideologías que se practiquen en su grupo social.

Sin embargo, a la hora de explicar ciertas conductas como el suicidio, consideran que es una muestra o indicio de que algo anda mal dentro de la sociedad. Esta forma de explicación pone límites, al menos en la acción, puesto que la organización social resulta ser una estructura tan amplia que difícilmente se pueden ejercer cambios en ella, de modo que dejen de ocurrir conductas como el suicidio.

*Signe
Wang*

Los sociólogos han afirmado que el suicidio se debe a la desintegración y al aislamiento sociales: ¿se aplican estos factores en el intento suicida? Surge también otra pregunta importante: cuando se trata de un intento suicida, ¿cuáles son sus características? .

Aún cuando se refiere solamente al acto suicida, de fondo y escudriñando un poco, proporciona los suficientes elementos para explicar el intento suicida. Estos aspectos serán retomados en forma más profunda en la última parte de este trabajo.

Finalmente, vamos a hacer algunos comentarios relativos a las diferentes aproximaciones que hemos presentado. Consideramos que la mayoría de éstas no establecen la distinción entre el intento y el acto suicida. Ya hemos señalado con anterioridad que nos parece importante precisar esta dis-

tinción, porque de ello depende en gran medida que se tomen en cuenta una serie de elementos que contribuyen a que nuestra explicación del fenómeno, integre elementos tales como : las características que presentan los sujetos suicidas y las características propias del acto o el intento. Al hacer esto, nuestra aproximación al fenómeno reconocerá que éste se compone de los niveles biológico, psicológico y social.

En los siguientes capítulos vamos a ocuparnos de ambas características.

CAPITULO II : CARACTERISTICAS DEL ACTO SUICIDA

A) Etiología

Hace más de cien años que el suicidio es considerado un fenómeno social, así como también un acto privado. La tasa de suicidios varía mucho de un país a otro, y aún en cada país, la tasa de incidencia permanece consistente a través de los años, no disminuyen ni cesan los intentos ni los actos consumados. Por tal motivo, y desde la época de Morselli y Durkheim, hasta nuestros días, se han tratado de identificar algunos de los factores culturales y ambientales responsables de esa constancia.

Mucho se ha escrito acerca de los motivos del suicidio. Las razones que dan a veces las víctimas son muy comprensibles (en notas póstumas), pero casi nunca son de un carácter que justifique el suicidio como la única acción posible, y la mayoría de las veces la información concerniente a los motivos es a menudo difícil de obtener. El motivo consciente es por lo general, sólo el último factor precipitante dentro de una multiplicidad de causas (Stengel, 1985; Moal, 1976).

Rodríguez Sala de Gómez Gil (1974), coincide con el autor anterior pues dice que el motivo manifestado generalmente por los familiares del suicida o por él mismo, en los casos en que el intento se vió frustrado, se refiere a la situación inmediata al acto, y esto es lo que impulsa al individuo a cometerlo, lo cual tiene una explicación más profunda y compleja.

La muerte de una persona provocada por suicidio da

origen a una gran cantidad de interrogaciones con los hechos y sucesos que se pretendieron con el acto. Esa es la razón por la cual todas las investigaciones sobre el suicidio tienen carácter retrospectivo, es decir, indagan sobre las condiciones anteriores al acto y por desgracia, este tipo de investigación sólo se hace post-mortem, lo que significa considerables limitaciones.

En cambio, en los casos en los cuales sólo se ha tratado de un intento, a menudo han sido utilizados para la investigación sobre los motivos y causas del suicidio. Ante el conocimiento de lo que es el acto suicida y el intento, ¿qué hacer?; creemos que hay que tomar en cuenta las advertencias del suicida, estudiar la conducta manifiesta para llegar a la conducta latente, etc.

Los distintos rasgos del acto suicida como pauta de conducta indican que no está solamente dirigido a la destrucción y la muerte, sino también hacia el contacto humano y la vida. Cada intento suicida tiene una función de llamada.

Por desgracia, y a partir de estudios realizados con sujetos que han intentado suicidarse, se ha llegado a la conclusión de que los datos al respecto de su etiología tienen que ser por lo general inferidos (Farberow y Shneidman, 1959).

Por otra parte, algunos autores (Farberow, 1957; Dorpat, 1959; Motto y Greene, 1958; Robins y cols., 1959; y Vail, 1959) han coincidido en señalamientos referentes a que es peligroso hacer suposiciones sobre las relaciones entre los suicidios intentados y consumados, ya que no se puede afirmar a priori que son la misma cosa o que son diferentes.

Aunque existen estudios sobre los suicidios consumados, los estudios sobre los intentos son muy escasos. Esto se debe probablemente a que es difícil recoger datos sobre los intentos de suicidio, mientras que las estadísticas sobre los actos consumados son más asequibles.

Sería un error metodológico fundamental suponer simplemente que las características de la población que comete suicidio son las mismas que las de la población que intenta suicidarse. Stengel y Cook (en Farberow y Shneidman, 1969) en su trabajo plantean la misma interrogante. Las dificultades en obtener datos fidedignos sobre los intentos de suicidio probablemente se deben, en gran parte, a que las personas que no mueren tratan de ocultar su intento o éste es ocultado por la gente que las rodea. Tal vez la mejor fuente de información sean los médicos y los hospitales de una determinada comunidad.

Vamos ahora a continuar hablando acerca de otras características del acto suicida. Estas características serán descritas en base a los trabajos de diversos autores, así como en base al trabajo que ha sido desarrollado en el Centro de Prevención del Suicidio de los Angeles (CPS). Todos estos datos, como ya habíamos señalado, incluyen intentos de suicidio y actos consumados.

B) Idea o pensamiento suicida

La idea suicida, es uno de los rasgos preliminares de la conducta suicida, en ocasiones algunas personas llegan a pensar en el suicidio como una solución a sus problemas. La

consumación del acto suicida busca el escape de la situación a través de la muerte, en cambio con el intento suicida se busca ayuda, apoyo y comprensión (Mar, 1977).

C) Gestos suicidas

Son aquellos actos en los que el paciente sabe perfectamente bien la acción farmacológica de las drogas que ingiere, o bien, conoce el alcance de las lesiones que se produce al tomarlos. Por ejemplo, una persona con el objeto de intimidar a otros, ingiere dos o tres pastillas inductoras del sueño, sabiendo perfectamente bien que no va a morir. El propósito es que alguien cambie pues produce gran alarma con las amenazas y conductas.

D) Chantaje

El paciente suicida en algunos casos tiende a hacer chantajes. Este se puede clasificar en tres grados: amenazas, tentativas planeadas y tentativas puestas en práctica.

Las tentativas puestas en práctica no son las más entre los casos de chantaje, puesto que el más frecuente lo constituye el chantaje mismo.

E) Avisos suicidas

Por lo general, las intenciones suicidas han sido expresadas mucho antes de culminar con el acto suicida de una manera directa o indirecta. Estos avisos consisten básicamente en expresiones o insinuaciones verbales o de conducta en general, que van dirigidas a las personas más significativas para el suicida (Stengel, 1965).

F) Notas suicidas

Algunas personas que se eliminan dejan un mensaje escrito. Estas notas, por lo regular, contienen expresiones de amor u odio. Algunas veces estas notas están dirigidas a las personas que motivaron su muerte, esto puede ser un motivo de venganza y también puede reflejar el deseo de ser amado, aún después de la muerte.

G) Comunicación oral

Otra de las conductas manifiestas por medio de las cuales se puede evidenciar la tendencia suicida son las verbalizaciones tales como una decisión súbita de cumplir un deseo. El suicida puede decir: " No deseo seguir viviendo " , o " Quiero terminar con todo ". Otras expresiones que pueden indicar ideas de intenciones suicidas son: " no voy a aguantar mucho más ", " soy una carga para todo el mundo ", " las cosas no van a mejorar nunca ", " toda mi vida ha sido inútil " , etc. En ocasiones, la expresión de los deseos de suicidio es indirecta y si puede comprenderse retrospectivamente. Por ejemplo, un paciente depresivo que ha obtenido un pase de fin de semana puede decir al dejar el hospital: " supongo que no volveremos a vernos " , o " quiero agradecer sus esfuerzos por intentar ayudarme " , o bien, al irse a dormir, puede decir " adios " en vez de " buenas noches " (Beck y Shaw, 1984). Es importante mencionar que aproximadamente un 40% de los individuos que intentan suicidarse o que de hecho lo hacen, han visitado un servicio psiquiátrico en el período de la semana anterior al intento de suicidio (Yesoler, Gibbs y Beck, 1961, en Beck y Shaw, 1984).

Algunos estudios sistemáticos han mostrado que suele seguirse un periodo de calma después de haber tomado la decisión de suicidarse. Una aparente tranquilidad repentina en un paciente anteriormente agitado es una señal de peligro que suele ser interpretada incorrectamente por los demás como un indice de mejoría. Esta interpretación errónea lleva a una disminución de la vigilancia, lo cual puede facilitar la comisión del acto suicida (Keith Spiegel y Spiegel, 1967, en Beck y Shaw, 1984).

Los pacientes suicidas, frecuentemente expresan sus sentimientos a través de verbalizaciones tales como " estoy cansado de la vida ", " quiero acabar con todo ", " mi familia estará mejor sin mí " , o " pronto me iré ", etc. En el nivel del comportamiento, pueden tener especial significado los esfuerzos para poner los negocios y los asuntos sociales en orden, formular un testamento y hacer preparativos inusitados como para una ausencia. Las amenazas de suicidio cuyo objetivo principal es poner a prueba o castigar a la persona ~~a quien se~~ dirigen, así como el obtener una meta precisa o una ventaja, entrañan una potencialidad letal relativamente bajo. El estado afectivo que acompaña a estas verbalizaciones debe ser valorado.

Muchos suicidas muestran una fase preliminar reconocible, es decir, realizan amenazas verbales de quitarse la vida, o bien han hecho intentos recientes de suicidarse. Asimismo, demuestran cambios de conducta repentinos que implican tendencias autodestructivas, tales como un repentino aumento en la ingestión de bebidas alcohólicas.

Por lo regular, se dice : a) Que la gente que habla de suicidarse nunca lo hace. El CPS argumenta que por lo menos el 75% de las personas suicidas habían atentado antes contra su vida o habían amenazado hacerlo.; b) El suicidio nunca se comete sin previo aviso; por el contrario, la persona suicida da muchas claves, indicadores y avisos de sus intenciones. El estar alerta a estos indicios ayudará a prevenir este comportamiento, tanto el intento como la consumación; c) Casi la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida y luego se suicidaron, lo hicieron dentro de los primeros 90 días después de la crisis emocional y cuando parecía que estaban en vías de recuperación. La mejoría muchas veces es en realidad un aumento de energía psicomotora. Por esto, hay que tener mucho cuidado durante este periodo; d) Se cree que sólo las personas que están deprimidas son las que intentan suicidarse. Muchos suicidios se llevan a cabo en estado de agitación o ansiedad, trastornos orgánicos u otros síntomas; e) El suicidio se comete en todas las edades, en ambos sexos y en todos los niveles económicos; f) No hay ninguna prueba evidente de que el suicidio es hereditario. El hecho de que tanto un padre como su hijo se hayan suicidado, no demuestra que sea una característica hereditaria; tampoco lo sería el que ambos hablaran francés.

H) Formas como se intenta el suicidio

Las formas más comunes de realizar el suicidio presentan contrastadas diferencias según el sexo y la consumación o intento, pero las más comunes son el uso de armas de fuego, el ahorcamiento y el uso de barbitúricos.

Las formas de suicidarse o de intentarlo se pueden

agrupar en formas directas e indirectas. El primer grupo comprende las formas que implican un intento menos expuesto al fracaso o a la frustración, como el estrangulamiento, lesión por arma blanca, corte de venas y el uso de armas de fuego.

En la categoría de forma indirecta, se han considerado la intoxicación, el arrojarse al vacío al paso de algún vehículo, y el buscar la muerte por sumersión (Farberow y Shneidman, 1969).

Rodríguez Sala de Gomez Gil (1974) hace una breve clasificación de las formas más comunes de suicidio entre hombres y mujeres. Los hombres usan armas de fuego, se ahorcan o se intoxican, mientras que las mujeres usan barbitúricos.

IZT.

Independientemente del sexo, cuando se utiliza un medio directo se hace con la intención de morir, en cambio, cuando se hace uso de una forma indirecta, la intención no es morir sino vivir, y es un pedido de ayuda y amor (Farberow y Shneidman, 1969; Solomon, 1982).

A continuación hablaremos de las características cuantitativas que son incluidas en las características del acto suicida:

1) Hora: Los suicidios se intentan y se llevan a cabo fundamentalmente en las horas de la noche (Eysenck, 1983; Solomon, 1982). Es en la noche cuando el individuo se siente más deprimido, las distracciones diurnas han desaparecido y con ello se recrudecen los temores y los problemas, la soledad de la noche es propicia al suicidio y se ve que por ello los hombres prefieren estas horas.

2) Temperatura: La actividad humana (locura, suicidio, -

nacimientos, etc.), es decir, toda actividad humana, física o mental, aumenta con el calor y disminuye con las bajas temperaturas. " La temperatura más que ninguna otra condición, afecta al estado emocional que conduce a la agresividad " (Quiroz, Cuaron, Gómez Robleda y Arguelles, 1939).

3) Número de intentos: Las personas se autolesionan con la idea de morirse aún en el caso de los tóxicos que ingieran o en el caso de lesiones de algún otro tipo. Lo importante es la idea de la persona de que morirá con lo que intente. Es importante poner mucho cuidado en las personas que han intentado más de una vez suicidarse, pues tal vez su objetivo no sea el de pedir ayuda o llamar la atención, sino la de morir realmente.

Vamos a continuar en el siguiente capítulo con la descripción de las características que presenta el sujeto suicida.

CAPITULO III : CARACTERISTICAS DEL SUJETO SUICIDA

Algunos de los rasgos característicos de la conducta suicida pueden estar relacionados con la edad de los pacientes, el sexo, y otros factores. Las razones que da un paciente a los intentos suicidas que ha cometido es porque se han dado por vencidos, quieren escapar de la vida: " la vida, es simplemente demasiado " o " no vale la pena vivirse ". No ven la solución a sus problemas y están cansados de luchar (Beck y Shaw , 1984).

◀ Muchos pacientes suicidas tienen problemas reales que contribuyen a su desesperanza y su deseo de morir. Estos factores ambientales cubren la amplia gama de presiones sobre el individuo humano, ▶ pero existen varias categorías generales que parecen dar cuenta de la mayor parte de dichos factores.

Además de la edad, pueden influir casos como las relaciones inestables; recursos económicos escasos, la pérdida reciente del empleo o un descenso repentino en la posición económica pueden constituir una pérdida traumática para algunas personas, especialmente las de mediana edad y las mujeres de carrera.]

Algunas personas desde muy jóvenes mostraron una tendencia hacia la autodestrucción, que se manifiesta por relaciones interpersonales inestables, alcoholismo, impulsividad y dependencia hostil; a menudo llegan a una crisis durante el cuarto o quinto decenio de su vida, cuando descubren que están arruinados económica y socialmente.

◀ Muchos intentos de suicidio, especialmente entre los jóvenes, ocurren después de una separación del cónyuge o de otro ser amado. En estas circunstancias, el comportamiento

autodestructivo encierra sentimientos ambivalentes. > Cuando se ha perdido definitivamente a una persona amada, como el cónyuge, un padre, un hijo, un amante o una novia en el curso del último año (por muerte, divorcio o separación), es mayor la potencialidad de la autodestrucción. > Por ejemplo, las viudas entre 40 y 60 años que han sido muy apegadas a sus esposos, muestran un dolor exagerado por la pérdida de su compañero y tienden al deseo de autodestruirse (Farberow y Shneidman, 1969). Cuando una persona sufre de padecimientos tales como operaciones, mutilaciones, tumores malignos, o tienen una enfermedad crónica debilitante como el cáncer, las reacciones suicidas suelen ser precipitadas por accidentes que el paciente interpreta como un rechazo de su familia o de su médico (Solomon, 1982).

La afiliación religiosa, es un factor que aunque no está totalmente asociado con la tasa de suicidio, se puede decir que la práctica religiosa, católica o musulmana, tienen una tasa muy baja de suicidio.

< El aislamiento social, la movilidad social y la desorganización social medidos por las tasas de divorcio e ilegitimidad, demostraron que están correlacionados significativamente con la proporción de suicidios. > En seguida pasaremos a revisar algunas de las características que hemos venido mencionando.

A) Edad y Sexo

La edad y sexo del paciente suelen ser los primeros puntos de información que se consideran. Estos dos datos

proporcionan un marco dentro del cual puede elaborarse la clasificación y apreciación de las personas autodestructivas. En todas las edades, las comunicaciones suicidas de los varones despiertan más preocupación que cuando proceden de una mujer, y en general, a medida que la persona tiene más edad, más grave es su potencialidad de autodestrucción (Farberow y Shneidman, 1969). Igualmente, Beck y Shaw (1984), concuerdan con los autores anteriores y además encontraron que al analizar algunos datos de sus investigaciones, (las historias de pacientes varones que habían intentado suicidarse sugirió que el factor estresante de más peso en el intento de suicidio está relacionado con la mala ejecución en el ámbito laboral o escolar y académico. Cuando existe una gran discrepancia entre las expectativas del individuo acerca de si mismo y su comportamiento real, tiende a experimentar una fuerte disminución en su nivel de autoestima y una negativización de sus perspectivas de cara al futuro. En cuanto a los intentos de suicidio entre las mujeres, suelen ir precedidos de una fricción o de la ruptura de sus relaciones con otra persona. >

• El peligro del (intento suicida aumenta con la edad más notoriamente en los varones que en las mujeres. Por lo tanto, una comunicación de autodestrucción que parte de, o se refiere a, una persona de más de 50 años y que sea varón, > inmediatamente hace temer una situación muy peligrosa.

↳ En cambio, el grupo de mujeres jóvenes, entre los quince y los treinta y cinco años, proporcionan el número más grande de comunicaciones de autodestrucción no letales, así como de intentos de suicidio, es decir, el número menor de suicidios consumados. > En este grupo (mujeres), el objetivo

más común por el cual se realiza el intento suicida es influir sobre la conducta de otra persona, teniendo poca o ninguna intención de morir. Asimismo, este grupo prefiere métodos menos violentos de autodestrucción (pildoras mejor que pistolas), y son más accesibles al deseo de comunicarse para pedir ayuda (Farberow y Shneidman, 1969).

Algunos suicidas afirman que han jugado con la muerte con objeto de producir algún cambio interpersonal. Esperan que el intento de suicidio llamase la atención de alguna persona importante para ellos, hiciese que los demás se dieran cuenta de que " necesitan ayuda ", resolviese algún problema, o se le hospitalizara, de esta manera, lograría un escape temporal de su ambiente. Frecuentemente hay una combinación de dos o más motivos, por ejemplo: huida del ambiente y manipulación de otras personas. Cuando el motivo del intento suicida es principalmente manipulativo, el intento, es menos grave que cuando el objetivo es el quitarse la vida para huir (Kovacs, Beck y Weissman, 1975; en Beck y Shaw, 1984).

Enseguida daremos algunos datos que encontró el CPS de los Angeles, en su investigación (1983) a este respecto.

Para suicidios consumados el porcentaje de varones y mujeres fue de 70 y 30 respectivamente, mientras que para intentos de suicidio los porcentajes para varones y mujeres, fueron de 31 y 69, o sea, casi la inversa exacta.

En ambos sexos, los intentos en personas de más de 60 años son relativamente raros en comparación con los suicidios consumados. (Hay más intentos en ambos sexos, entre los veinte y los cuarenta años, que suicidios consumados). De

hecho, es tres veces mayor el número de mujeres que de los veinte a los treinta años intentan suicidarse, comparado con el de las mujeres que comenten suicidio. En general, a medida que una persona tiene más edad, es más probable que el acto suicida tenga consecuencias letales (la tasa de suicidio, especialmente en los varones, se eleva con cada decenio después de los 50 años).

Por lo que se refiere a la situación en México, no es muy diferente a la de otros países. Para los años sesentas y setentas, las tasas de suicidios consumados por parte de personas de sexo masculino, registran poca intensidad en los primeros grupos de edad de 50 a 59 años (en 1960) y en el grupo de 20 a 29 años durante 1960 y 1970, aunque en menor grado, en el periodo de edad madura (30 a 40 años).

Las edades en las cuales se cometen mayor número de suicidios en el D.F., corresponden a la etapa evolutiva de la edad madura y comienzo de la vejez, en el caso de los hombre. Entre las mujeres en la época de la juventud, con incidencia que vuelve a ser importante en la madurez. >

Las edades propensas al suicidio son aquellas en que los suicidas se encuentran en un estado de anomia personal (pérdida de interés por él mismo), provocado directamente por problemas de desocupación o de desajustes en la sociedad a la que pertenecen.

En la edad madura aparece una diferencia de 10.92% en favor de los hombres ; en el periodo que va de 30 a 59 años, son más los hombres suicidas que las mujeres, en la vejez hay predominio de los hombres sobre las mujeres.

En la adolescencia las mujeres cometen más suicidios que los hombres. Durante la juventud, las mujeres tienden

deslucimiento

más a suicidarse. En la etapa de la madurez, los hombres, muestran marcadas diferencias en favor del suicidio, lo mismo se observa en los últimos años de vida. En resumen, de 1965 a 1969, en México, las mujeres mostraron marcadas tendencias a suicidarse en las etapas de adolescencia y juventud, en tanto que en los hombres ocurrió en las edades más avanzadas.

La evidencia descrita hasta ahora, referente a que los hombres tienden más a suicidarse, en tanto que las mujeres tienden más a intentarlo, podría ser explicada tentativamente en base a que es el hombre quien tiene más responsabilidades dentro de la sociedad, y cuando no se ven satisfechas, buscan una forma de escapar, mientras que las mujeres, tienen un rol diferente, no obstante la liberación femenina y la igualdad de sexos que se practica: en ocasiones se ve relegada y desplazada por el hombre, quedando encargada únicamente de las labores domésticas y al cuidado de los hijos. De igual manera, podríamos basarnos en la explicación que da la teoría social acerca de las causas del suicidio, de donde podríamos derivar que el medio de producción capitalista que enajena al hombre, lo desvirtúa de sus propios valores, con lo cual hace más probable que éste llegue al suicidio en comparación con la mujer, la cual no está involucrada dentro del sistema de forma tan directa como el hombre, y por lo tanto, no le afectan sus contradicciones de la misma manera.

B) Estado civil

Las personas que han roto el vínculo matrimonial, por separación legal o por muerte del cónyuge, son las más pro-

FALTA
PAGINAS

47, 48

den. Según estos autores, lo anterior tiene que ver con el mayor grado de consciencia sobre su vida y situación respecto de la que pueden presentar los sujetos analfabetas. En ocasiones, esta consciencia puede llevarlos a estados emocionales más intensos y a razonamientos " supuestamente más firmes " respecto de lo " graves " o " desesperados " que pueden ser sus problemas, y en consecuencia, esto puede llevarlos a intentar o consumir un acto suicida.

Por otra parte, los investigadores parecen no tener la misma falta de acuerdo respecto de la relación escolaridad-suicidio en el caso de las mujeres. En el caso de las analfabetas, establecen que esta condición puede ser tan aguda en ellas, y su desarrollo social tan bajo, que no les permiten comprender en toda su magnitud la trascendencia de sus problemas. En cambio, las mujeres con un nivel de cultura diferente, ya sea bajo, medio o superior, toman mayor consciencia de la situación en la que se encuentran, y al no encontrar fácil respuesta para ello, caen en la anomia y ven al suicidio como una posible salvación (Rodríguez Sala, 1974).

D) Ocupación

La ocupación es uno de los factores que contribuyen al esclarecimiento del fenómeno del suicidio. De igual manera, es uno de los indicadores del estatus social. Cuando las personas no tienen una ocupación estable, y por ende no tienen un sueldo fijo, puede ocurrir que al tener que enfrentar-

una serie de deudas y no tener con qué pagar, comiencen a generar ideas, sentimientos y pensamientos que afecten su estructura cognoscitiva, ocasionándoles un desequilibrio psicológico, o bien, que caigan en un estado de depresión donde su autoimagen se vea afectada. Todo lo anterior, si no encuentra una solución satisfactoria, puede llevar al sujeto a pensar en el suicidio como la única solución.

E) ENFERMEDADES

En estado patológico el instinto de defensa puede estar perturbado cuantitativamente y cualitativamente, e incluso abolido en absoluto. Es este el caso de los sujetos enfermos, en quienes es de suponer la existencia de un estado afectivo desplazado hacia el polo depresivo en el cual se observa anulado o disminuido el instinto de defensa por la vida y reemplazado por el deseo de sufrir o de morir. Se ve entonces que el hombre o la mujer que tienen alguna enfermedad incurable caen por lo regular en un estado de depresión.

Este estado no es sólo emocional, sino que afecta a todo el individuo y representa un profundo cambio fisiológico activo del paciente. Con la profunda tristeza aparecen sentimientos de culpa y de autodesprecio. El enfermo se siente solo, desamparado e indigno. La idea de que la vida no merece ser vivida aparece con tanta frecuencia en los estados depresivos que debe tenerse en cuenta siempre la posibilidad del suicidio... (Rekav, 1967).

Las características psicológicas de algunos enfermos tales como los cancerosos, y los alcohólicos, pueden ser con-

sideradas similares a las de cualquier persona afectada por un estado depresivo.

F) Dificultades familiares y disgustos amorosos

Las dificultades familiares y los disgustos amorosos, conducen en algunas ocasiones al intento suicida, a pesar de que en apariencia no sean problemas tan serios como para que obliguen al sujeto realmente a quitarse la vida. En estos casos, las dificultades familiares y amorosas pueden llegar a producir un desequilibrio emocional tan grande entre los miembros de una familia o de una pareja, que el resultado sea el llegar a intentar el quitarse la vida. Sin embargo, no es muy probable que este tipo de dificultades lleven a los sujetos a consumir el acto suicida. En realidad, esta última consecuencia tiene más probabilidad de presentarse ante casos como los de una enfermedad grave o incurable, la enajenación mental o intoxicación alcohólica severa, etc.

Volviendo nuevamente a la lógica del desarrollo del presente trabajo, y con el afán de no perdernos en la información que se ha venido manejando, deseamos recordar que se han visto una serie de aspectos que podríamos denominar como teóricos (mismos que incluyen las características del acto suicida y de los sujetos suicidas), con el propósito de delinear los rasgos que pueden ayudar a identificar, tanto al intento suicida como a la conducta suicida (consumación). A continuación, pasaremos a la revisión de las diferentes

formas de evaluación que sobre este fenómeno se han desarrollado en las diferentes aproximaciones teóricas hasta ahora revisadas. Después de esta tarea, estaremos en condiciones de revisar sus formas de tratamiento correspondientes.

CAPITULO IV : FORMAS DE EVALUACION DEL SUICIDIO

La conducta suicida, según parece, está determinada por una serie de eventos sociales, sin embargo, es muy difícil incidir directamente sobre dichos eventos y dado que es casi imposible hacerlo en un sistema capitalista (como el nuestro), la función de los profesionistas, dedicados al estudio de la conducta, salud mental, etc., se les ve restringida a intervenir en situaciones individuales.

Históricamente el capitalismo ha estado fundamentado en la concentración y acumulación de plusvalía; esta tendencia contiene la necesidad de revolucionar sistemáticamente las técnicas de producción. Para lo cual requiere que ciertas disciplinas le otorguen la tecnología apropiada y la participación de distintos mecanismos empleados para asegurar el control económico, político e ideológico de la producción científica (Ribes, 1980).

En el plano estructural y superestructural, la función básica de los intelectuales consiste en su aporte al establecimiento del vínculo orgánico que permite configurar el bloque histórico, es decir, los intelectuales son " empleados " de la clase dominante, pues al trabajar están articulando y difundiendo una concepción del mundo coherente con los intereses de la clase dominante. De esta forma los intelectuales venden su fuerza de trabajo (conocimientos), lo que implica que sufrirán las determinaciones sociales inherentes al capitalismo, propias de toda mercancía (Guerra y Salazar, 1987).

Por lo tanto el trabajo de los profesionistas se

vincula con el sistema productivo directamente. En el caso particular de las disciplinas dedicadas al estudio del comportamiento humano, es evidente su papel de reproductor del capitalismo al tratar de ajustar a los individuos al sistema, logrando su perpetuación.

Sin embargo, aún cuando el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento se hacen de forma individual en las diferentes profesiones destinadas al estudio del comportamiento humano, tienen diferentes formas de diagnosticar y evaluar la conducta suicida. Las más comunes son la aproximación psiquiátrica y la psicológica.

A) Evaluación Psiquiátrica

La psiquiatría, debido a su estrecha relación con la medicina, utiliza una taxonomía de enfermedades para cada síntoma, sus causas y sus medidas terapéuticas.

La sintomatología es inherente a la actitud clasificatoria o taxonómica de las enfermedades físicas o mentales; es decir, se supone que cada trastorno tiene manifestaciones visibles (signos y síntomas) que sin constituir la enfermedad en sí, la indican (Galindo y cols., 1981).

De esta forma, el examen psiquiátrico consiste en revelar la existencia (mediante una investigación metódica) de trastornos intelectuales, de orientación, ideas delirantes, conflictos, etc., y a partir de esto tener la posibilidad de poner una etiqueta al paciente (depresivo, psicótico, esquizofrénico, etc.) y así poder señalar el tratamiento " mas adecuado " (Moal, 1976). Otros psiquiatras hacen uso de los tests de inteligencia, que les ayudan a conocer el

nivel mental y el carácter, así como el grado de tolerancia a la frustración.

Una vez identificada la enfermedad que indica la sintomatología, se le pone una etiqueta que implícitamente señala el tratamiento a seguir (Moal, 1976).

Otros psiquiatras utilizan un diagnóstico que les -- sirve de criterio indicativo de un acto suicida inminente :

- 1.- Depresión con sentimientos de culpa, desvalorización y autoacusaciones, asociadas con tensión y agitación.
- 2.- Hipocondría severa.
- 3.- Insomnio originado por una preocupación de sí mismo.
- 4.- Temor a la pérdida del control.
- 5.- Previo intento de suicidio.
- 6.- Preocupación y tendencia a hablar del suicidio.
- 7.- Aislamiento social e indiferencia hacia la vida.
- 8.- Suicidio en la familia.
- 9.- Enfermedad física grave.
- 10.- Afición al alcohol o drogas.
- 11.- Desempleo y dificultades financieras (Stengel, 1965).

Con todo lo anterior se puede observar que la psiquiatría, concibe a la conducta suicida como sintomática de una enfermedad latente que tiene su origen en el individuo, causada por la herencia, enfermedad, y/o por su personalidad propia que es innata. Además, hace uso de etiquetas que designan diferentes " enfermedades mentales " (psicóticos, esquizofrénicos, ciclotómicos, maniaco-depresivos, etc.), con criterios generales para todas las personas, olvidándose de las características propias de cada individuo y de su idiosincrasia particular. Esto último es importante de conside-

rar en tanto que puede ser un elemento explicativo del intento o del acto suicida.

Por otra parte, la aproximación psiquiátrica evalúa según atributos, dimensiones y rasgos de personalidad de los individuos. Desafortunadamente, no hay una vinculación entre la evaluación y el tratamiento, y en la mayoría de los casos el segundo aspecto no tiene nada que ver con el primero.

Esto último representa un problema para la psiquiatría dado que al no estar vinculada la evaluación con el tratamiento, el abordaje y entendimiento del fenómeno no llevan a la prevención de la consumación del acto suicida y el intento suicida.

B) Evaluación Psicodinámica

Algunos psicólogos han utilizado algunas pruebas de personalidad, de esta forma, se cree que se pueden conocer las características de un suicida antes de quitarse la vida.

Se cree que al utilizar algunas pruebas de personalidad, inteligencia y actitudes, entre otras, se pueda interpretar el perfil de cada individuo. Así por ejemplo, en el caso que nos ocupa, si éstos manifiestan necesidad de ayuda, si son personas tensas y además si tienen la sensación de incapacidad para afrontar sus propios problemas, se tratará entonces de sujetos que pueden intentar suicidarse (Marko y Seem, 1971, en Guerra y Salazar, 1987).

Sin embargo, el uso de pruebas no es muy confiable; cada individuo tiene características propias. Por otro lado

constituyen una herramienta limitada pues sólo es posible su aplicación ante un intento y no en la consumación.

No obstante, es importante la identificación del intento suicida a tiempo, y sería de gran utilidad hacer uso de algún instrumento que ayudara a clarificar las causas.

C) Evaluación Psicológica

1) Evaluación Conductual

En los últimos tiempos, el Análisis Conductual Aplicado ha proporcionado algunos lineamientos importantes que según esta perspectiva debe incluir el diagnóstico.

Primeramente, el diagnóstico debe estar basado en la observación directa de la conducta (topografía, frecuencia, intensidad, duración, etc.), lo que da como resultado, no una etiqueta, como en la evaluación tradicional, sino el establecimiento de la conducta de manera objetiva.

De esta manera, la conducta " problema " no es expresión de un conflicto o de un atributo interno, sino que es una conducta aprendida que se intentará modificar a través de técnicas basadas en los principios comprobados empíricamente en el campo del Análisis Experimental de la Conducta (Fernandez y Carrobles, 1981).

El diagnóstico que se realice estará determinado por el marco teórico en el que se conciba al fenómeno.

El Análisis Conductual Aplicado evalúa la conducta presente, los elementos ambientales y no los internos, describe la conducta de manera objetiva, no hace distinción entre la conducta normal y anormal, se plantea que la conducta está mantenida por las consecuencias, y lo más importante,

hay una vinculación directa entre la evaluación y el tratamiento, cada una como causa y efecto de la otra (Fernández y Carrobles, 1981).

Kanfer y Saslow (1965, en Galindo y cols., 1981), proponen tres preguntas que todo diagnóstico debe intentar responder:

- 1) Cuál patrón conductual específico requiere cambios, ya sea en su frecuencia, intensidad, duración, etc., o en las condiciones bajo las cuales ocurre;
- 2) Bajo cuáles condiciones fué adquirido ese patrón y cuáles factores lo mantienen actualmente;
- 3) Cuáles son los mejores medios prácticos para producir los cambios deseados en este individuo.

De los tres puntos anteriores se puede concluir que el diagnóstico al indicar qué se debe modificar y cómo, ayuda a la adaptación del sujeto a su medio. La cultura y el grupo social en el que se desarrolla el individuo son los factores que determinan qué cambios se deben hacer. Por tanto el diagnóstico, engloba no sólo las características del sujeto sino del medio en el que se desenvuelve y en el que seguirá inmerso.

La evaluación conductual también detecta las relaciones no funcionales que traen como consecuencia reacciones indeseables del medio; además, también impiden la adquisición de conductas más adaptativas y deseables para el medio (Galindo y cols., 1981; Kanfer y Phillips, 1980).

2) Evaluación Cognitivo-Conductual

Dado que la tendencia al suicidio es un problema pre-

valeciente y potencialmente letal en los pacientes depresivos, es importante que el terapeuta comprenda por qué el paciente está considerando una solución tan drástica. De esta manera, el terapeuta estará en mejor disposición para seleccionar las técnicas más adecuadas y eficaces para tratar este problema concreto. Sin embargo, ninguna estrategia anti-suicida resultará útil a no ser que el terapeuta haya detectado y evaluado previamente el grado de intencionalidad suicida.

Lo que se hace primeramente es animar al paciente para que hable de sus ideas suicidas, pues se considera que ello ayudará al paciente a observarlas de forma más objetiva, además, ayudará en la implementación de la intervención terapéutica y ofrecerá un considerable grado de alivio.

Al momento de evaluar el riesgo de suicidio del paciente, el terapeuta debe tener en cuenta factores como la forma posible de suicidio, la familiaridad del individuo con dosis letales de medicamentos y la accesibilidad a la vía del suicidio: acceso a armas de fuego, píldoras para dormir, -- etc. Otro factor que el terapeuta debe tener en cuenta es la posibilidad de utilizar los recursos ambientales con fines terapéuticos: por ejemplo, la posibilidad de que otro individuo detecte el intento de suicidio a tiempo para evitarlo; la facilidad para conseguir la asistencia médica adecuada inmediatamente después de producirse el intento, etc.

Evidentemente, la existencia de un sistema de apoyo social viable es un recurso terapéutico de gran importancia (Beck y Shaw, 1984).

Como ya se mencionó, el terapeuta debe entrar en el

mundo del paciente suicida y ver la realidad desde la óptica del paciente. El motivo que el paciente exponga para cometer el suicidio puede ayudar al terapeuta a determinar el ámbito de tratamiento y las técnicas más adecuadas. Por otro lado, el terapeuta debe centrarse en las interpretaciones correctas y en el sistema de creencias irracionales.

Quando se le pregunta por qué ha decidido suicidarse, el paciente suicida suele manifestar respuestas como las siguientes:

- 1.- La vida no tiene sentido. No espero nada del futuro.
- 2.- No puedo soportar la vida. Nunca seré feliz.
- 3.- Me siento tan desgraciado que éste es el Único modo de escapar.
- 4.- Soy una carga para mi familia: estarán mejor sin mí.

Todas estas afirmaciones están relacionadas, de alguna manera con la desesperanza. Comúnmente, el paciente considera el suicidio como una solución más atrayente para hacer frente a sus problemas. Se ve a sí mismo atrapado en una situación negativa que no tiene salida y considera insostenible continuar en tal situación. El suicidio le parece la Única manera de terminar con sus problemas. Si la desesperanza está en la base de los deseos de suicidio, pueden emplearse varios métodos para comunicar al paciente que: a) existen interpretaciones alternativas de su situación y del futuro menos negativas que las que él sostiene; y b) tiene otras opciones aparte de su conducta actual, que de hecho, si la mantiene, pueden llevarle a un callejón sin salida.

Se trata pues de identificar, en primer lugar, el

grado de pensamientos ilógicos y supuestos erróneos que llevan a la desesperanza. Por tal motivo, Beck y cols. (1983), elaboraron una escala de el riesgo del suicidio. Una puntuación alta en esta escala es casi siempre signo de una alta intencionalidad suicida; de hecho predice la intencionalidad suicida mejor que la propia depresión.

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente recibe al principio una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva.

En resumen: lo importante del diagnóstico psicológico está referido a que proporciona información referente a la etiología del trastorno que se trata de explicar, y tiene una vinculación directa con el tratamiento; si esto no fuera así y sólo se buscara un rótulo para clasificar como en la evaluación tradicional (psiquiátrica), el diagnóstico psicológico no tendría igual sentido (Yates, 1980).

De esta forma la relación existente entre la evaluación y el tratamiento, resulta indispensable, tanto en el caso de la conducta suicida como en el caso del intento suicida. Un diagnóstico y/o evaluación como la que realiza la aproximación psicodinámica, consiste en la utilización del diagnóstico como una herramienta que lleva a la evaluación de las causas innatas, mismas que pueden llevar al sujeto a cometer el acto suicida. A diferencia de esto, la aproximación cognitivo-conductual establece la diferencia entre el intento suicida y el acto suicida. Toma en cuenta los diversos factores que pueden llevar al individuo a cometer ambas conductas.

Además de esto, esta forma de evaluación nos permite identificar con una probabilidad más alta que otras aproximaciones, el riesgo de un intento o acto suicida.

Para continuar con la lógica del desarrollo que lleva el presente trabajo, vamos a pasar a la descripción del elemento metodológico que está en estrecha relación con las formas de evaluación: el tratamiento. Este componente será revisado a partir de las diferentes aproximaciones que hasta ahora hemos descrito.

CAPITULO V : FORMAS DE TRATAMIENTO

A través de los tiempos, la sociedad ha tratado de combatir el índice de personas suicidas; humillando a los que se han suicidado y castigando a los que han intentado hacerlo. Estas medidas han fracasado y los actos suicidas siguen ocurriendo.

Muy diversos han sido los tratamientos empleados para eliminar las ideas y tentativas suicidas. Los resultados de algunos de estos tratamientos por lo general han producido efectos favorables por lo menos a corto plazo, sin embargo, la eliminación total de esta conducta, requiere de más trabajo por parte de los investigadores de la conducta humana para poder prevenir el suicidio. En seguida se describirán brevemente los tratamientos que se han llevado a cabo para tratar la conducta suicida y el intento suicida.

A) Tratamiento médico-psiquiátrico

La hospitalización temprana y el tratamiento, son las consecuencias más comunes en nuestra sociedad de un acto suicida no fatal. Una vez hospitalizado el paciente el fin de la terapéutica es esencialmente el evitar la reaparición de nuevas tentativas, así como el lograr que las ideas de suicidio no provoquen la tentativa.

Algunos autores como Moal (1976), dicen que es necesario prescribir un tratamiento calmante a base de barbitúricos o de bromuros. Otros autores (Eysenck, 1983; Garfield, 1984) han coincidido en que los tratamientos psiquiátricos tradicionales más frecuentemente usados han sido

los tratamientos sintomáticos tales como los sedantes, los baños, las envolturas y las medidas restrictivas usadas con frecuencia con pacientes que más tarde se suicidaron.

El tratamiento por choques eléctricos o químicos e intervención quirúrgica también ha sido frecuentemente usado para proporcionar una mejoría temporal, pero según Farberow y Shneidman (1969), es menos eficaz que los medicamentos tranquilizantes, ya que algunos pacientes han manifestado miedo a los choques, e incluso estos tratamientos han sido causa de que algunos pacientes que han sido lobotomizados y leucotomizados se hayan suicidado.

Este tipo de tratamientos psiquiátricos no han logrado mejorar ni aliviar este " desajuste mental " como lo llaman ellos, en cambio se requiere de un tratamiento continuo de apoyo y protección que se puede encontrar en la psicoterapia grupal (Stengel, 1965).

B) Tratamiento Psicológico

Los tratamientos psicológicos para la conducta suicida han sido tan variados y múltiples, como las propias diferencias entre una y otra corriente psicológica. Así por ejemplo la terapéutica de las crisis ha expuesto su propia filosofía, principios, procedimientos y objetivos cuyas características son bastante diferentes de los enfoques teóricos y terapéuticos más tradicionales. Utilizando procedimientos rápidos, con metas constructivas y restaurativas, se puede facilitar la transición en los momentos difíciles o peligrosos como el intento de suicidio, de manera que puedan

aplicarse posteriormente procedimientos rehabilitativos de más largo alcance.

1) Terapia Cognitivo-Conductual

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología; pensamos que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las concepciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas condiciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de la técnica cognitiva es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4)

sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionarle sus experiencias (Beck y Shaw, 1984).

Los tipos de situaciones que parecen estar relacionados con muchos intentos de suicidio no son tan infrecuentes. De hecho, la mayoría de las personas experimentan situaciones ansiógenas similares en una u otra situación. Sin embargo, algunas personas, al estar frente a ciertas situaciones ansiógenas piensan en el suicidio como una solución, en cambio, otras se adaptan.

Los individuos con tendencias al suicidio presentan una disposición a sobreestimar la magnitud y el carácter irresoluble de los problemas. De esta forma perciben los problemas pequeños como graves y los de cierta magnitud como irremediables. Además, estas personas muestran una increíble falta de confianza en sus propios recursos para resolver problemas, también proyectan este cuadro negativo de actitudes en el futuro. Presentan las características principales de la Triada Cognitiva: una visión exageradamente negativa del mundo que les rodea, de sí mismos y del futuro (Beck y Shaw, 1984).

La tendencia al suicidio de un paciente se va a convertir en el objetivo principal de la terapia. Un procedimiento que parece acertado consiste en entrenar al paciente - a : a) elaborar soluciones a sus problemas; y b) desviar la atención por medio de la distracción de los deseos o ideas suicidas, como se hace en el caso de las obsesiones y el dolor (Beck y Shaw, 1984).

La preparación para hacer frente a los problemas consiste en esbozar situaciones ansiógenas típicas y de ocurrencia probable y pedirle al paciente que elabore soluciones.

Con muchos pacientes se puede emplear la técnica de "fantasía reforzada" (práctica cognitiva). A los pacientes se les pide que:

- 1.- Se imaginen a sí mismos en una situación límite
- 2.- Intente experimentar la desesperación típica y los impulsos suicidas
- 3.- Traten de generar soluciones a los problemas, a pesar de los impulsos suicidas.

A continuación se anima al paciente a que practique esta técnica en situaciones de la vida real; es decir, poniéndose en una situación desagradable e intentando pensar en soluciones realistas a los problemas que se le presenten.

En esta misma línea de terapia (inoculación de estrés) existen otros métodos similares. Por ejemplo, Keith Hawton (en Beck y Shaw, 1984), intenta preparar al paciente para que haga frente a futuras crisis mediante la siguiente estrategia: le presenta al paciente situaciones problemáticas hipotéticas, pero realistas, similares a las que el paciente ha vivido en el pasado; a continuación, examina detenidamente los cursos de acción posibles después de haber tenido lugar la situación. Paralelamente puede inducirse al paciente a "revivir" problemas anteriores que desencadenarán los impulsos suicidas y a imaginar técnicas adaptativas aplicables para hacer frente a dichos impulsos (Farberow y Shneidman, 1969). En resumen, las características de la terapia cog-

nitiva son las siguientes :

La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en los que se centra.

El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación del paciente. Dado que el paciente suicida suele estar al principio confundido o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta. La participación del paciente dentro de la terapia es activa.

Al contrario que la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas " aquí y ahora ". Se presta poca atención a la época de la infancia, salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones.

La terapia cognitiva también difiere de la terapia conductual (operante) en su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes.

Los terapeutas cognitivos-conductuales, utilizan técnicas para el tratamiento del problema de la conducta suicida. Cuando sólo se trata de un intento donde la persona únicamente amenaza verbalmente: " soy incapaz de hacer nada correctamente, mi familia estaría mejor sin mí ", las técnicas cognitivas son las más eficaces. Cuando se trata de un acto suicida frustrado o que por diversas circunstancias no se llegó a consumar, la técnica más adecuada resulta ser la oper-

rante.. Estas técnicas tienen un poder relativamente mayor para contrarrestar la inercia y movilizar al paciente hacia una actividad constructiva.

2) Terapia conductual (operante)

Muchos años de experimentación han demostrado que la conducta de los animales y de los seres humanos pueden cambiar considerablemente con el reforzamiento de determinadas respuestas. Muchos teóricos partidarios de la teoría del aprendizaje están bajo la influencia del trabajo de B. F. Skinner en el condicionamiento operante. Los experimentos han demostrado que la conducta humana, como por ejemplo, la frecuencia de ciertos gestos sociales en los niños pueden ser manipulados de modo similar.

Quizá la más importante contribución de la teoría del aprendizaje sea la forma de ver objetivamente a la gente potencialmente suicida y de ser posible que comunique con exactitud una descripción de su conducta; así como de las circunstancias en que se presenta. Los teóricos del aprendizaje ven a la conducta suicida como el resultado del reforzamiento inadecuado o insuficiente, o como una falta de congruencia o relación entre el reforzamiento y determinadas clases de conductas. Esto puede incluir poca frecuencia del reforzamiento, una cantidad total de reforzamiento insuficiente, o una mala calidad del reforzamiento. Específicamente, la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto la conducta o intento suicida como un resultado de la poca frecuencia del reforzamiento social (dinero, prestigio, amor, reconocimiento,

etc.) (Lewinsohn, 1972; en Sarason y Sarason, 1986).

La persona que intenta suicidarse por lo regular pasa por un estado depresivo, se aleja de todo y de esta forma disminuye las oportunidades de la persona para obtener reforzamiento (Lewinsohn, Lobitz y Wilson, 1973, en Sarason y Sarason, 1986).

El tratamiento basado en el modelo de aprendizaje generalmente abarca algún método para aumentar los reforzamientos recibidos por la conducta no deprimida. Una forma de lograr esto consiste en aumentar el número de eventos agradables, asignándole a la persona un programa de actividades. Después de determinar qué eventos son agradables, el terapeuta puede asignarle al paciente " una ración diaria de placer " que él o ella deben buscar.

Al aumentar el total de eventos agradables, el autor anterior predijo que la conducta deprimida del paciente también disminuiría y con ello la probabilidad del intento y la conducta suicida. El resultado probable sería que su lista de eventos positivos aumentaría, y que varias actividades le darían más reforzamiento que antes.

Otra forma de tratar el intento suicida por medio de la teoría del aprendizaje consiste en emplear el autorreforzamiento.

Quizá, como un medio para hacerle frente a la disminución del reforzamiento que trae consigo el intento suicida, algunas personas parecen tratar de aumentar la intención por medio de sus acciones y de sus quejas depresivas para atraer la atención de los que los rodean. Si la gente que les rodea refuerza sólo las conductas positivas, la frecuencia de la

conducta que evidencia el intento suicida puede disminuir (Liberman y Raskin, 1971, en Sarason y Sarason, 1986).

DISCUSION Y CONCLUSION

Finalmente, y a manera de discusión, haremos un análisis acerca de todo lo que se ha visto a lo largo del trabajo referente a las diferentes aproximaciones teóricas que han tratado de explicar el origen del acto suicida y el intento suicida, así como de su forma de evaluación y tratamiento.

Podemos dividir en dos partes la información que hasta ahora hemos presentado: la parte teórica (historia, bases teóricas) y la metodológica (evaluación y tratamiento).

En cuanto a la historia del suicidio, existen diferencias culturales en la forma como se considera al suicidio: en algunas culturas, se le consideraba como un acto honorable, quizá el único aceptable para la persona que había caído en desgracia (por ejemplo, como producto de haber cometido una cobardía).

La mayoría de las sociedades occidentales han tratado de impedir el suicidio y de inferir su realización hasta donde ha sido posible; sin embargo, uno llega a preguntarse si existen algunas circunstancias en las que no deba hacerse ningún esfuerzo para impedir a un individuo que se quite la vida. Cuando una persona quiere matarse porque tiene una alteración psicológica profunda, mucha gente estaría de acuerdo en que se debe hacer un gran esfuerzo por mantenerla viva y para que su problema reciba tratamiento. Pero ¿ qué podemos decir de los ancianos, de los enfermos crónicos, y de los desahuciados, que desean poner fin a lo que consideran como una existencia sin esperanzas ? (Sarason y Sarason, 1986).

Con lo que respecta a la cuestión teórica, podemos

ver que existen gran cantidad de teorías que han tratado de explicar la etiología del suicidio. Algunas hacen hincapié en la influencia de la sociedad, mientras que otras se concentran en los aspectos individuales. Las teorías sociológicas culpan al estrés y la sociedad del aislamiento y la falta de apoyo sociales del individuo, y se ve al suicidio como un aspecto sintomático indicador de la mala organización social, o como una consecuencia de la frustrante relación individuo-sociedad, que se establece en todo sistema capitalista.

Es también considerada al respecto de lo anterior, la pérdida y enajenación del individuo dentro de un medio de producción y un modo de vida tan despersonalizada como el nuestro, donde la vida sólo "adquiere" sentido en la medida en que el hombre esté inmerso en el medio de producción.

En cambio, las teorías psicológicas buscan en el individuo mismo los sentimientos de ambivalencia, rabia, culpabilidad y ansiedad. Se hacen estudios de la personalidad del individuo esperando encontrar elementos anormales que expliquen el suicidio, o bien, se hacen análisis de la historia de reforzamiento del sujeto, de la relación de éste con su medio, de sus cogniciones (creencias, valores), etc. En fin, cada teoría da su explicación al suicidio.

Sin embargo, la mayoría de las teorías establecen en la explicación de la etiología, límites más o menos precisos dependiendo de los alcances de su marco teórico respectivo.

El acto y/o intento de suicidio no es un fenómeno tan sencillo de explicar; es tan sólo un ejemplo de lo que constituye la conducta humana, la cual es sumamente complicada, pues im-

hombre: el nivel biológico, el psicológico, y el social.

Y vemos que cada teoría se avoca a uno sólo de los niveles, dejando de lado los otros. Si bien es cierto que cada teoría tiene su campo de estudio, éstas no debieran ser tan rigurosas en sus límites, pues automáticamente también limitan la explicación del fenómeno.

Resulta entonces imposible que una sola teoría explique todas las causas de las diferentes formas de suicidio, ya que a pesar del apoyo que puedan recibir de diversas teorías relativas a este fenómeno, sus predicciones aún presentan muchas dificultades.

Al respecto de la profundidad con que una teoría puede explicar determinado fenómeno - en nuestro caso el suicidio -, podemos comentar lo siguiente: a menudo, la forma como se ha pretendido "aumentar" o "mejorar" la explicación que ofrece una teoría, ha consistido en retomar conceptos, categorías, nociones o modelos de teorías diferentes, las cuales a menudo, no son ya pertenecientes al mismo nivel. Este camino, que nunca es recomendado en la literatura que refiere los procesos de construcción teórica (Nagel, 1981), nos lleva a caer en los consabidos problemas del eclecticismos, o bien de la llamada reducción teórica. Sin embargo, existe otro camino que ha sido el más frecuentemente utilizado en el avance de las teorías, particularmente en lo que respecta a las de las ciencias físicas, y sólo últimamente en la psicología. Gracias a esta forma de operar, se han logrado importantes avances en materia teórica, incluso al grado de producir los llamados "cambios de paradigma", como resultado de

las " revoluciones científicas " (Kuhn, 1971). Esto consiste en la utilización de los llamados " conceptos transempíricos " o " variables intervinientes ". Como sabemos (Bunge, 1976), estos elementos son los componentes de toda teoría, en conjunción con las reglas de correspondencia y con los modelos. Del tipo de conceptos que contenga una teoría (empíricos o transempíricos), dependerá su menor o mayor grado de profundidad explicativa (respectivamente), y será entonces clasificada como fenomenológica o representacional (también respectivamente). A este respecto, podemos citar a teorías como las cognitivas como ejemplos de teorías que usan conceptos transempíricos (es decir, aquellos conceptos que no son " objetivamente " identificables de acuerdo a los más rigurosos métodos de comprobación de la Física). Si bien al tener mayor profundidad explicativa las teorías pierden en precisión, en realidad pueden constituirse como la mejor elección respecto de fenómenos cuya complejidad amerite que se trascienda lo puramente observable. Tal es el caso de la conducta humana, especialmente el caso del suicidio.

Asimismo, la indistinta forma de concebir a la conducta suicida y al intento suicida, constituye otra limitación de tipo teórico y práctico, puesto que se parte de la misma base teórica para hablar de la etiología de uno y otro caso, cuando en realidad no son lo mismo. Cada uno tiene elementos distintos, causas, fines y medios diferentes. El acto suicida tiene el fin de escape, es la solución idónea para algunas personas. En cambio, el intento es una búsqueda de ayuda y reconocimiento, es una llamada de atención y de

una gran necesidad de apoyo, y amor de los seres cercanos.

Como ya se mencionó, una sola teoría nunca podrá explicar toda la información de la que se dispone acerca del suicidio y/o intento; sin embargo, existen numerosos datos conocidos acerca de este acto que nos pueden ayudar a apreciar cuán compleja y multifacética puede ser la etiología (Resnick, 1968; Gibbs, 1968; Douglas, 1967; Shneidman, 1973, en Sarason y Sarason, 1986). Estas mismas características (del acto y del individuo), son las propuestas por Farberow y Shneidman (1969) para ser retomadas a la hora de estudiar el acto e intento suicida, y aunque sólo constituyen un elemento de tipo cualitativo, no por eso menos importante, proporcionan elementos de suma importancia que deben ser tomados en cuenta e investigados en toda evaluación que se realice sobre el suicidio.

En seguida, y para recuperar lo dicho hasta ahora, enumeraremos algunas de las características del acto y del individuo suicida.

- 1.- El número de hombres que se matan es 3 veces mayor que el de las mujeres.
- 2.- Las mujeres intentan matarse tres veces más que los hombres, pero no lo logran. Su objetivo no es morir; es un llamado de ayuda y reconocimiento.
- 3.- El suicidio se ha observado tanto entre personas de edad avanzada como entre los muy jóvenes - de más de 40 años e incluso en menores de 10 años de edad.
- 4.- El suicidio se ha observado en una proporción casi igual en todos los niveles socioeconómicos.

- 5.- Ningún otro tipo de muerte deja en los parientes y amigos sentimientos tan duraderos de dolor, vergüenza, culpabilidad, perplejidad y perturbación general.
- 6.- Las armas de fuego son los medios más comunes de suicidio. Los hombres son los que prefieren las balas. Las mujeres utilizan con más frecuencia los barbitúricos.
- 7.- Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es en orden de importancia, la décima causa de muerte entre los adultos, y la tercera entre los estudiantes universitarios.
- 8.- Las proporciones de suicidio aumentan durante los años de depresión, se mantienen durante los años de prosperidad con cierta estabilidad, y disminuyen durante las guerras (Davison y Neal, 1983).
- 9.- Las 3/4 partes de las personas que se quitan la vida, lo mencionaron antes, de forma diferente: verbalizaciones, actitudes, etc.
- 10.- Las individuos que consuman el acto lo mencionaron antes, tal vez para pedir ayuda o como burla.
- 11.- La mayoría de los depresivos en algún momento piensan en el suicidio o lo han intentado.
- 12.- Las personas que sufren de alguna enfermedad incurable, desean acabar con su propio sufrimiento y el de sus seres queridos, buscando la muerte.

Hasta este momento, hemos visto el aspecto teórico que ha tratado de explicar el comportamiento suicida. Ahora vamos a pasar al aspecto metodológico, que finalmente es lo más importante en el momento de la intervención.

En la teoría están las bases de decisión e interpretación de toda la actividad de producción y recolección de los datos. No obstante, la metodología es el aspecto que está directamente relacionado con la solución práctica que damos al problema del suicidio.

La evaluación es el primer paso dentro del ámbito práctico; las formas más comunes de evaluación han sido la psiquiátrica y la psicológica.

En la evaluación psiquiátrica se evalúan los trastornos intelectuales, ideas delirantes, conflictos, etc., que son los síntomas de una personalidad anormal, y que pueden causar el suicidio. Se aplican pruebas de personalidad que evalúan atributos y dimensiones de la personalidad.

En la evaluación psicológica, existen distintas aproximaciones teóricas y con ellas, diferentes formas de evaluación. La evaluación psicodinámica ha utilizado algunas pruebas de personalidad que están dirigidas a conocer algunas de las características de un suicida antes de quitarse la vida.

La aproximación cognitivo-conductual evalúa las cogniciones (eventos verbales, creencias, etc.) porque atribuye un papel causal a ciertos pensamientos. La aproximación conductual operante evalúa la historia de reforzamiento del sujeto, pues considera que el número de reforzadores potenciales en razón del ambiente en que se encuentra la persona, y el repertorio de sus conductas que pueden ser reforzadas, están en relación directa con el suicidio. De esta forma, la ausencia de reforzamiento tiende a disminuir las actividades del sujeto. En resumen, los teóricos del aprendizaje evalúan la función del reforzamiento inadecuado o insuficiente, y la falta



de congruencia o relación entre el reforzamiento y determinadas clases de conductas (Sarason y Sarason, 1986).

Otros psicólogos como Farberow y Shneidman, que no se circunscriben específicamente a ninguna de las formas de evaluación psicológica (de las que se han delineado), consideran que como no hay un acuerdo etiológico y ninguna evidencia clara respecto de este punto en el caso del suicidio (y dado que para ellos la conducta suicida es un evento diferente al intento suicida), proponen evaluar una serie de características cualitativas que se presentan indistintamente, y que pueden ser identificadas en el acto y en el intento suicida (mismas que ya se comentaron con anterioridad).

Es evidente que hay diferencias en la evaluación. En cada aproximación teórica se habla de la importancia de evaluar distintos elementos y características. La evaluación psiquiátrica y la psicodinámica especialmente, no hacen distinción entre acto e intento suicida, y por ende, dirigen toda su metodología (evaluación y tratamiento), a la conducta suicida, dejando de lado las causas del intento y su posible tratamiento.,

IZT.

Las evaluaciones de las teorías del aprendizaje (aproximación operante y cognitivo-conductual), son las que dan un margen más flexible al momento de evaluar, y consideran la diferencia entre el acto y el intento.

Pese a todos los esfuerzos, aún quedan muchas interrogantes, lo que refleja que sabemos muy poco acerca del suicidio. Sin embargo, esto no debe ser un obstáculo para tratar de hacer trabajos dirigidos a mejorar lo que hasta

ahora se ha hecho, y si bien es cierto que el suicidio es un fenómeno con límites no bien establecidos, se debe dar un margen de acción más amplio si queremos dar un paso adelante en la prevención y/o detección temprana. Para ello creemos que es necesario un trabajo multidisciplinario. Con lo anterior, no estamos negando la importancia de la vinculación entre la teoría y la práctica. La forma de tratamiento es un elemento metodológico que está precedido y relacionado con la evaluación, aunque no siempre sucede así. La psiquiatría, una vez que ha etiquetado al paciente (como esquizofrénico, psicótico, etc.), administra los fármacos que convienen, dependiendo de la " enfermedad ". Si encuentran que se trata de una depresión, administrarán antidepresivos; si se trata de un ataque de euforia, dan depresores del sistema nervioso central. No hay realmente una relación directa entre la evaluación y el tratamiento.

Los psicólogos, independientemente de la aproximación teórica (con excepción de la psicodinámica), pero en especial los teóricos del aprendizaje, se han preocupado por encontrar y mantener la relación entre la evaluación y el tratamiento (Fernandez y Carroble, 1984).

La psicología conductual que utiliza un tratamiento basado en el modelo de aprendizaje operante, generalmente abarca algún método para aumentar el número de los reforzamientos recibidos por la conducta problema.

La psicología cognitivo-conductual, confronta las ideas y pensamientos de las personas por medio del juego de roles, de pláticas y ejercicios, etc., con el fin de que identifiquen la falta de lógica de sus pensamientos, que es lo que lleva a actuar a la gente de determinada forma.

El hecho de que no haya una buena teoría, no excluye una acción basada en principios de trabajo derivados de estudios teóricos y práctico-estadísticos que determinen con alguna probabilidad qué individuos son los más susceptibles de intentar o consumar el suicidio. Por fortuna, hay quienes no han esperado tener todos los datos posibles para intentar intervenir, y se han dedicado profesionalmente a este trabajo. La propuesta que a continuación realizaremos es una propuesta metodológica que está conformada a partir de varias aproximaciones, y que a nuestro parecer contempla elementos que deben ser tomados en cuenta. El objetivo es sugerir nuevas estrategias y mejoras a lo que hasta el momento se ha hecho. Sin embargo, podrá apreciarse que esta propuesta metodológica estará guiada por las consideraciones teóricas que ya hemos referido. En la propuesta que se va a presentar, tendrán especial importancia tanto la teoría cognitivo-conductual (dado que nos proporciona una mayor profundidad explicativa), como los elementos considerados en el Centro de Prevención del Suicidio de los Angeles.

A) PROPUESTA DE EVALUACIÓN

Es cierto que se han utilizado un gran número de pruebas de inteligencia y tests proyectivos que reflejan la potencialidad de cometer el acto suicida. Muchos investiga-

dores han estudiado las características de la personalidad de quienes lo intentaron, así como de quienes lograron cometer el suicidio; más los resultados generalmente han sido desalentadores (Lester, 1970, en Davison y Neal, 1986).

En lugar de utilizar pruebas psicológicas destinadas a estos fines, varios investigadores (Farberow y Shneidman, 1969; Beck y Shaw, 1984), sugieren que se elaboren procedimientos de evaluación diseñados con el fin específico de prevenir el suicidio. Se debe prestar atención a los factores demográficos como edad, sexo, estado civil y situaciones vitales que resultan ser factores muy útiles de predicción, sobre todo en comparación con las variables de personalidad que se consideran comúnmente.

La primera pregunta que surge es: ¿ qué evaluar ?.

Como ya se mencionó, es importante evaluar los factores demográficos tales como edad, sexo, ocupación, etc. , puesto que son factores más útiles que otros en términos de la información que brindan. Haciendo una evaluación de este tipo, se abarca (aunque de manera indirecta) los elementos que constituyen los niveles biológico, psicológico y social. De esta forma, se estudia el fenómeno del suicidio con más profundidad, pero siempre desde la perspectiva psicológica.

Aparte de los factores demográficos que nos informan de por dónde se sitúa el origen de la intención suicida y el deseo de consumarlo, es necesario para una mejor intervención conocer otro tipo de elementos más específicos, como lo son los elementos psicológicos, traducidos en ideas, creencias, valores, actitudes, emociones, etc., pues son éstos elementos los que nos llevan a crear ciertas expectativas con respecto al medio circundante, y son las que determinarán la forma en

¿Cómo se afronta cualquier evento,

Podemos decir que se trata de una relación bidireccional entre el individuo y su medio social. Las ideas, creencias, valores, etc., se constituyen a partir de la experiencia de cada persona. Cada cultura tiene su forma muy particular de vida, y a su vez, cada cultura tiene diferentes grupos sociales donde existen variaciones en el modo de vivir, pensar, sentir, etc.; cada persona del grupo tiene una forma particular de comportarse, a pesar de los rasgos que lo identifiquen como miembro de un determinado grupo social.

Ahora bien, esas formas de pensamiento, ideas, sentimientos, creencias, actitudes y demás rasgos, son los que dirigirán la conducta humana. Toda acción está antecedida por un pensamiento (Ellis, 1973), de esta forma, lo ilógico no está en la acción sino en el pensamiento, y es ilógico, en la medida en que este pensamiento dirija actividades que nos causen problemas o no nos sean funcionales en nuestro medio. Tal es el caso del suicidio. Tanto el acto como el intento, tienen un elemento común: un pensamiento que dirige la acción.

Otro aspecto que se debe evaluar y resulta ser sumamente importante es la urgencia de intervenir, puesto que de ello depende la forma de intervención. En resumen, al evaluar tanto elementos generales (demográficos), como específicos, (cogniciones), nos proporciona una evidencia y explicación más profundas que pueden sernos útiles para dirigir el tratamiento, al igual que la urgencia con que se deba hacer.

La segunda pregunta que surge es: ¿por qué hacer una

evaluación de este tipo. La respuesta, además de lo que se ha mencionado, es porque de la oportuna evaluación, en términos de probabilidad de encontrar la causa, depende la vida de muchas personas. Asimismo, la detección de la urgencia es importante para el terapeuta, puesto que este factor determinará la forma de su proceder.

Ahora bien, ¿cómo hacer todo esto? Ya mencionamos que se parte de la forma de evaluación que proponen en el Centro de Prevención del Suicidio de los Ángeles, así como de los inventarios de Beck (de depresión y escala de pensamientos suicidas). Lo que pretendemos realizar aquí es una integración y complementación de esas formas de evaluación. La integración debe ser ordenada y, debe tener una secuencia lógica, sobre todo al momento de incorporar nuevos elementos.

Litman y Farberow (en Farberow y Shneidman, 1969), proponen realizar, en primer lugar, una valoración urgente de la potencialidad de autodestrucción. El papel del profesional clínico en un caso de intento suicida o acto frustrado es: primeramente, obtener la información necesaria; después, formarse un juicio valorativo de la situación; y finalmente, elegir la acción más adecuada e inmediata.

A continuación presentaremos una serie de consideraciones que se pueden utilizar para realizar una evaluación de la urgencia de la potencialidad del intento y consumación del acto suicida.

Lo que deseamos es optimizar lo que hasta ahora se ha hecho, y sobre todo, proporcionar elementos metodológicos que evalúen el mayor número de los elementos involucrados en el fenómeno llamado suicidio.

Una metodología de evaluación que esté bien organiza-

ta, que sea más adecuada en cuanto al contenido y a su estructura, de tal forma que proporcione los elementos más generales, es decir, que refiera hechos y datos necesarios (nombre, edad, etc.), se constituye como el proceso de evaluación idóneo para nuestro caso, mismo que deberá continuarse con la información que permita hacer una valoración y un diagnóstico acerca de la potencialidad de autodestrucción.

Después se pasaría a la obtención de datos más específicos, como las cogniciones y demás elementos subjetivos que están alrededor de la intención y acto suicida, y que son de suma importancia a la hora de estructurar el tratamiento.

Todo lo anterior con el fin de que el psicólogo cuente con un instrumento más preciso que le ayude a realizar un diagnóstico más profundo y más fiel de las verdaderas causas que inducen a la gente a intentar el suicidio o consumarlo.

Por otra parte, es evidente que la mayoría de los psicólogos tienen un conocimiento escaso o nulo acerca de cómo tratar a un paciente potencialmente suicida. Para fundamentar esto basta mencionar lo difícil que es encontrar estudios sobre el suicidio en la literatura de por lo menos los últimos 40 años.

Por todo lo anterior la finalidad de esta propuesta es proporcionar al psicólogo una metodología que le permita abordar este tipo de problemas, con una mayor probabilidad de éxito, además de ofrecerle algunos instrumentos que pueda usar y adaptar, dependiendo del caso.

-----Este adaptación no será difícil, puesto que en los apartados anteriores se han explicado un gran número de elementos y características que tienen relación con el intento y

acto suicida. A través de ellos el terapeuta podrá conocer la importancia de cada uno. Asimismo, a la hora de emplear cada instrumento, sabrá qué, porqué y para qué pueda servirle cada dato que obtenga.

En primer lugar proponemos el uso del cuestionario que se usa en el CPS de los Angeles. Este cuestionario tiene el objetivo de hacer una valoración breve de la potencialidad de autodestrucción. El cuestionario está dividido en dos partes. El primer grupo de preguntas se refiere a datos necesarios como son los datos personales. Lo importante es que se puede contestar en una o dos palabras, con algún breve comentario ocasional. El segundo grupo de preguntas es valorativo y requiere especial adiestramiento y habilidad en la entrevista y el diagnóstico. A continuación vamos a presentar este cuestionario:

" Cuestionario breve para valorar la potencialidad de auto --
destrucción "

I.- Historia del caso: hechos.

- A) Edad y sexo
- B) Principio de la conducta destructiva: de carácter crónico, o repetitivo. Cambios recientes en la --
conducta. Intentos o amenazas previas de suicidio
- C) Método posible de causarse daño: ¿ qué tan a la
mano está y cuál es su letalidad ?.
- D) Pérdida reciente de personas amadas: por muerte,
separación o divorcio.
- E) Síntomas médicos: historia de enfermedad crónica u

operaciones recientes.

- F) Recursos: amigos y parientes con los que cuenta, posición económica, etc.

II.- Juicios valorativos

- A) Posibilidad de comunicación con el paciente.
- B) Tipo de sentimientos expresados.
- C) Relaciones de la persona que turnó el caso.
- D) Personalidad e impresión diagnóstica.

A continuación describiremos la importancia de cada punto:

I.- Historia del caso: hechos.

A) EDAD Y SEXO. La edad y sexo del paciente suelen ser los primeros puntos de información que se consideran. Estos datos proporcionan un marco dentro del cual puede elaborarse la clasificación y apreciación a primera vista de las personas autodestructivas.

B) PRINCIPIO DE LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA. Como regla general, entre más agudo y precipitado sea el principio del comportamiento destructivo, mejor será el pronóstico final y, paradójicamente, mayor será la necesidad de intervención activa.

C) METODO POSIBLE DE CAUSARSE DAÑO. El método empleado por el paciente para lesionarse algunas veces indica el grado de urgencia de la ayuda. La elección específica de tiempo, lu-

ser y método para un suicidio planeado revele un propósito serio, pero si el método es la ingestión de aspirinas o pillores para el catarro, la urgencia ya no es tan grave.

D) PERDIDA RECIENTE DE PERSONAS AMADAS. Muchos intentos de suicidio, especialmente entre los jóvenes, ocurren después de una separación del cónyuge o de otro ser amado. El intento refleja sentimiento ambivalentes.

E) SINTOMAS MEDICOS. Una historia de hospitalización reciente o consulta médica puede indicar un aumento de la tendencia hacia la autodestrucción, especialmente en los ancianos.

Quando existe la evidencia de la existencia de una enfermedad crónica como el cáncer, las reacciones suicidas pueden ser precipitadas.

F) RECURSOS. A menudo, las actitudes del esposo, de los parientes o amigos, suelen significar la diferencia entre la vida o la muerte. Los recursos económicos deben incluirse en la valoración, ya que determinan, hasta cierto grado, el tipo de tratamiento que puede emplearse.

II.- Juicios valorativos

A) POSIBILIDAD DE COMUNICACION CON EL PACIENTE. Para una persona que lucha contra fuertes corrientes de autodestrucción, la línea de la vida es la de una comunicación interrumpida con otras personas. Cuando el paciente tiene la oportunidad de expresar sus sentimientos y pedir auxilio, el peligro de autodestrucción es grande, pero nunca tan extremo como cuando el paciente ha decidido cortar con toda comunicación.

B) TIPO DE SENTIMIENTOS EXPRESADOS. Las comunicaciones pre-suicidas típicas incluyen aseveraciones verbales como: " estoy cansado de la vida ", " quiero acabar con todo ", " mi familia estaría mejor sin mí ", etc. En el nivel del comportamiento, pueden tener especial significado los esfuerzos para poner los negocios en orden.

C) REACCIONES DE LA PERSONA QUE TURNO EL CASO. Si es otra persona la que da parte o pide la ayuda psicológica, se debe investigar qué relación o vínculo les une y qué tan dispuesta está la persona para cooperar en caso de que sea necesaria su ayuda. También es necesario investigar la actitud de la persona que avisa, pues puede reflejar diversos sentimientos: odio, amor, rechazo, etc.

D) PERSONALIDAD E IMPRESION DIAGNOSTICA. Es preciso saber si el paciente ya ha estado hospitalizado por enfermedad mental e investigar diversos síntomas de trastornos del pensamiento. Conviene también informarse acerca de crisis previas de hiperactividad o depresión, y sobre todo de esto último. También debe conocerse el resultado de los esfuerzos psicoterapéuticos previos.

El segundo material que se propone, también pretende valorar la potencialidad del suicidio o autodestrucción, y -- presenta un método muy flexible de adaptación, según se requiera.

Al desarrollar los conceptos que se expondrán a continuación, ha parecido útil formular un inventario de los factores valorativos que deben considerarse en la investigación de la potencialidad de autodestrucción. (Método que se sigue en el CPS de los Angeles).

Un inventario de factores pertinentes, en relación a la valoración de la potencialidad de autodestrucción, constituye una guía útil y proporciona un método para corregir esta tendencia general.

El marco teórico dentro del cual se preparó este inventario, está basado en dos puntos de vista interrelacionados: la teoría de la adaptación y la teoría de la comunicación; pero no se han ignorado ni descartado las teorías dinámicas, topográficas, económicas y sociológicas.

El inventario está dividido en tres partes:

I.- Parte 1. Aspectos intrapersonales: Conocer las intenciones de la persona en relación a la muerte.

II.- Parte 2. Aspectos interpersonales: Considerar el aspecto autodestructivo como un medio de comunicar a los otros diversos sentimientos, demandas, o súplicas; el comportamiento autodestructivo se convierte en parte de una comunicación con un propósito determinado y un contenido dirigido hacia un público específico.

III.- Parte 3. Instrumentación: Examina los instrumentos usados en el comportamiento autodestructivo; sólo puede usarse en situaciones en las que ya ha habido un intento real de autodestrucción.

Inventario para la evaluación de la autodestrucción:

I.- Aspectos intrapersonales

A) Intención

1.- Intención consciente: a) lucidez de la persona acerca del efecto de sus amenazas y/o intentos autodestructivos sobre los demás; b) lucidez de la persona acerca de los resultados de su propio comportamiento autodestructivo; c) conocimiento de los pacientes acerca del método que se proponen usar o han usado; d) providencias conscientes para el rescate.

2.- Intención inconsciente: a) constelación de factores dinámicos (importantes en la autodestrucción), ansiedad, tensión, sentimientos de culpa, depresión, hostilidad y dependencia; b) tipos de fantasías: muerte, rescate, lesión, darse muerte a sí mismo o a otros, fracasos, impotencia, pérdida de la esperanza; c) manipulación inconsciente de otras personas a través de amenazas o intentos; d) patrón de vida de la persona: actividades u ocupación peligrosa; e) providencias inconscientes para el rescate.

B) Organización del ego:

- 1.- Impulsividad, ver su eficiencia de los controles.
- 2.- Rigidez, ver su flexibilidad.
- 3.- Aislamiento, ver su capacidad de relacionarse.

II.- Aspectos interpersonales.

A) Aspectos comunicativos:

1.- A qué grado es directa la comunicación (específica o va-

se).

2.- Qué es lo que comunica: desesperación, sentimientos de impotencia, ira, deseo de ayuda, desdén, irritación.

3.- A quién va dirigida la comunicación: a personas específicas o al mundo en general. Si se dirige a personas específicas ¿ están vivas o muertas ?.

4.- Propósito de la comunicación: deseo de que otras personas se sientan culpables, preparar a otros para la muerte, tratar de manejarlos.

B) Aspectos ambientales: ¿ quiénes son las personas significativas para él, en su medio ambiente ?.

1.- Actitud del paciente hacia el ambiente y/o hacia las personas significativas para él , facilitando una comunicación positiva.

2.- Actitud de las personas significativas hacia el paciente, facilitando o inhibiendo una comunicación positiva.

3.- Actitudes culturales o religiosas ante la muerte.

III.- Instrumentación (en intentos).

A) Escala objetiva de letalidad: a) herida de arma de fuego y explosivos; b) ahorcamiento; c) ahogamiento; d) salto desde gran altura; e) sección o perforación de órganos vitales; f) intoxicación ; g) arrojándose al agua sabiendo nadar; h) intoxicación con gas; i) sustancias analgésicas y asporíferas.

1.- Punto sin retorno: lapso entre la iniciación del acto y el acaecimiento de la muerte.

2.- Posibilidad de intervención o rescate para interrumpir o remediar el acto autodestructivo.

A continuación pasaremos a la descripción de cada uno de los puntos anteriores:

I.- Aspectos intrapersonales:

Esta sección se ocupa de la evaluación de los mecanismos psicológicos internos que pueden afectar o dar lugar al problema de la autodestrucción en un individuo. Las dos principales categorías en esta sección se refieren a la intención, esto es, la fuerza del deseo de eliminarse a si mismo, y a la organización del ego, especialmente las estructuras del carácter que tienden a inhibir o facilitar la realización de la intención.

Como se puede observar, y como se mencionó, esta primera parte del inventario dirigida a la evaluación de la potencialidad autodestructiva, hace referencia a los aspectos intrapersonales, es decir, a los mecanismos internos que dan cuenta del tipo de personalidad de cada individuo. Se habla de la motivación consciente e inconsciente, y de la organización del ego, que son conceptos tomados de las teorías psicodinámicas. No obstante, en estos puntos se toma en cuenta la motivación, la intención, las creencias y pensamientos, los cuales no son el reflejo de una personalidad innata, sino el resultado de una experiencia y práctica social determinada (relación sujeto-ambiente).

Creemos que si a esta parte del cuestionario se le da este último sentido (elementos cognitivos) nos sería más útil, y en vez de hablar de intención consciente e in-

consciente, podríamos hablar del propósito de la intención, del conocimiento de los métodos que se proponen usar, etc.

De esta forma, la primera parte, según nuestra opinión, debería ser de la siguiente manera:

I.- Aspectos intrapersonales

A) Intención:

a) propósito, u objetivo de la persona acerca del efecto de sus amenazas y/o intentos autodestructivos; b) idea clara de los resultados que pretende obtener con su comportamiento autodestructivo; c) conocimiento del alcance (fatal) que puede tener el método que se propone usar; d) intención de -- ser salvado.

B) Características cognitivas:

a) tipo de pensamientos, sentimientos de culpa, estados depresivos, hostilidad y dependencia; b) creencias acerca de la muerte, el rescate, la lesión de darse muerte a sí mismo, pérdida de la esperanza; c) creencias religiosas.

II.- Aspectos interpersonales:

El hombre está en continua relación con otros que lo rodean, y ejerce considerable influencia sobre ellos, los que, a su vez, ejercen mucha influencia sobre él. Los actos autodestructivos contrariamente a la opinión difundida, rara vez constituyen incidentes solitarios; mas bien, son actos que pueden ser comprendidos como comunicaciones con algún sentido para la persona o las personas importantes involucradas en la vida de un ser humano:

ello permite valorar más fácilmente el grado de potencialidad autodestructiva presente.

A) Aspectos Comunicativos:

" Esta parte del inventario analiza en detalle lo que puede aprenderse del estudio de los aspectos comunicativos de la situación en la que se encuentra la persona autodestructiva. La comunicación puede ser de palabra o de acción (no verbal). La comunicación de palabra o verbal puede consistir en amenazas, razonamientos o fantasías. Incluye las notas suicidas y otras comunicaciones escritas. La comunicación no verbal o de conducta va desde intentos verdaderos de destruirse a sí mismo, hasta un comportamiento autolesivo menos inmediato y menos directo. Todas las comunicaciones pueden examinarse de acuerdo con el grado en que son directas y de acuerdo con su contenido, con el público al que van dirigidas y con su propósito, buscando claves para determinar la letalidad potencial de la conducta autodestructiva " (Farberow y Shneidman, 1969 , pag. 79).

¿ A qué grado es directa la comunicación ? En realidad, es muy raro que una persona no dé ninguna indicación de su intención de matarse. Generalmente, existen claves en forma de alusiones sutiles e indirectas, o puede haber declaraciones directas indicando el estado de ánimo y la intención exacta de la persona.

¿ Qué es lo que se comunica ? El contenido de la comunicación en un caso de autodestrucción puede sugerir muchos de los significados y de la dinámica del acto que revela. A veces pueden expresarse sentimientos intensos de conflicto o

desesperación, y el comportamiento constituye una llamada de auxilio. Otras veces, pueden aparecer sentimientos de impotencia o desesperanza. Algunas notas de suicidas tratan de explicar la acción o incluyen instrucciones y deseos acerca de diversos detalles que habrán de cuidarse. La letalidad del acto (sea este consumado o frustrado) o intento, se ve reflejado en las notas escritas que suelen dejar los suicidas.

¿ A quién va dirigida la comunicación ? La importancia de este punto está en la reacción que se espera que produzca la comunicación. En general, las personas a las que van dirigidas las comunicaciones se dividen en dos grupos principales: aquellas con quienes es probable que reaccionen con respuestas que salven la vida de quien hace la comunicación, y aquellas que probablemente reaccionen en forma indiferente y hasta hostil. Si la comunicación va dirigida hacia el primer grupo, la potencialidad de autodestrucción se considera mucho menor que cuando va dirigida hacia una persona del segundo grupo.

Propósito de la comunicación: Algunas veces es muy explícito; otras veces, es más sutil. Algunos objetivos posibles son el de manejar, controlar o dirigir a otros, evocando acciones y sentimientos particulares que puedan impedir la consumación del acto (en el caso de un intento); otras veces pretenden echar la culpa, avergonzar, o despertar sentimientos de culpa en otros. No es fácil predecir la potencialidad letal que encierra el propósito, sin embargo, puede decirse que es más baja cuando la comunicación encierra ciertos propósitos, como el de lograr que alguien lleve a cabo cambios deseados en el medio ambiente. En cambio, la potencia-

lidad letal es mayor cuando el propósito de quien hace la comunicación es preparar a otros para su muerte (Farberow y Shneidman, 1969).

B) Aspectos ambientales:

" Una persona vive y funciona dentro de un medio social, generalmente en estrecha e íntima relación con un pequeño grupo y con una relación menos intensa con los miembros de su clase dentro de la sociedad. El desarrollo de motivaciones y necesidades tienen su origen en la calidad de otros factores importantes interrelacionados dentro del ambiente. Es indudable que para valorar de manera adecuada la potencialidad autodestructiva de un individuo, se debe estudiar el ambiente y los factores que facilitan o inhiben la situación. El primer paso debe ser el de identificar a los individuos y grupos, dentro del ambiente del paciente, que tienen importancia para él-" (Farberow y Shneidman, 1969, pag. 80).

Si la actitud del paciente hacia otras personas significativas en su ambiente ha estado basada en procedimientos que facilitan la comunicación, disminuye la potencialidad del acto destructivo. Esto es aún más cierto si la comunicación se usa para satisfacer necesidades instintivas o interpersonales. En cambio, si las relaciones con las personas significativas del medio ambiente se caracterizan por comunicaciones inhibidas y satisfacciones disminuidas, la potencialidad letal del acto autodestructivo es mayor.

III.- Instrumentación:

Esta parte del inventario evalúa la letalidad del método empleado para la autodestrucción, y se utiliza sólo cuando ha habido un intento de suicidio evidente, (lesión física). Esta parte proporciona un medio más objetivo en comparación con las dos partes anteriores del inventario. Esto se hizo elaborando una escala objetiva que mide la letalidad de los diversos métodos de autodestrucción. La escala objetiva se elaboró a partir de la lista de los métodos usados para la autodestrucción a través de las publicaciones de la " Oficina Nacional de Estadísticas Vitales, del Departamento de Salud, Educación y Bienestar " (de los Angeles) Farberow y Shneidman, 1969, pag. 82).

Los métodos se clasificaron del más letal al menos letal, en el orden siguiente: a) armas de fuego y explosivos; b) salto desde lugares altos; c) sección y punción de órganos vitales; d) ahorcamiento; e) ahogamiento (en personas que no saben nadar); f) envenenamiento (sólidos y gases); g) sección y punción de órganos no vitales; h) envenenamiento (por gases); i) uso de sustancias analgésicas y soporíferas.

Punto sin retorno: Esto se refiere a la velocidad con la que, después de realizado el primer paso, se llega al punto en que la cadena de acontecimientos que se vuelve irreversible hasta que sobreviene la muerte. En general, una herida por arma de fuego en un órgano vital tiene un punto sin retorno casi inmediato.

Posibilidad de intervención para el rescate: Este factor se relaciona estrechamente con el punto sin retorno, ya que una consideración importante en el rescate es el tiempo de que se

dispone para llevar a cabo la actividad salvadora. Sin embargo, no es el tiempo lo único que debe considerarse en la posibilidad del rescate. El método empleado para la autodestrucción también es importante; por ejemplo, algunos medios de autodestrucción conceden a la víctima antes de la muerte y, sin embargo, la posibilidad de remediar el daño puede no ser proporcionalmente mayor (Farberow y Shneidman, 1969).

Los instrumentos anteriormente descritos constituyen un plan para la valoración de la potencialidad autodestructiva; incluyen tanto una valoración objetiva de la letalidad de los intentos de autodestrucción, ciertas consideraciones teóricas de tipo intrapersonal e interpersonal. Este inventario cubre la mayoría de las áreas necesarias para entender las dificultades que llevan a una persona a pensar en el suicidio (intento o acto).

Lo importante de la utilización de este tipo de instrumentos es la gran cantidad de información que se obtiene, así que es necesario optimizar el uso que se le dé a dicha información, además con la misma lógica se pueden adaptar y agregar los puntos que ayuden a rastrear la información que no se ha obtenido.

A continuación, describiremos en que consiste el inventario de la depresión propuesto por Beck (1984), con el fin de profundizar más sobre la evaluación de los elementos cognitivos (subjetivos), que subyacen a toda conducta humana, como son los sentimientos, creencias, valores, etc. Como ya mencionamos, este tipo de elementos, aun cuando no son objetivos, son los que dirigen a la conducta motora (Ellis.A.,

1973), por tal motivo resultan ser factores importantes que hay que considerar.

Por otra parte, es necesario contar con un tipo de instrumento que no induzca la respuesta del individuo con rasgos y/o características suicidas (intento o acto). La mayoría de las personas que intentan el suicidio como medio de llamar la atención, tienen una autovaloración muy pobre, un gran número de ellos, pasan o han pasado por un estado de depresión tal, que si se les da a contestar un cuestionario como "La escala de pensamientos suicidas" (Beck, 1983), resultan ser individuos con un alto riesgo (potencialidad) de consumar el intento suicida, aún cuando no sea el objetivo de la persona, por tal motivo se debe tener cuidado al evaluar y utilizar los instrumentos destinados a evaluar la potencialidad suicida.

La importancia de utilizar algún instrumento, flexible que se pueda adaptar a cada caso, que evalúe la potencialidad suicida es que nos permite hacer una detección a tiempo y evitar en lo posible la consumación del acto suicida; cuando la intención es morir y no el pedir ayuda. Si se hablara de prevención igualmente sería importante el manejo de los instrumentos antes mencionados y la interpretación de los datos que arrojen para evitar una apreciación errónea del fenómeno, por ejemplo: si llegase un paciente, refiriendo que pasa por un estado de depresión profunda, que ha perdido el interés por la vida ó sus opiniones acerca del mundo y de su futuro son negativas, etc., no sería recomendable que se le aplicara la " Escala de pensamientos suicidas de Beck ", pues seguramente el resultado sería que la conducta cognitiva-operante ante del individuo indicaría un alto riesgo de consumar o in-

tentar el suicidio. Por tal motivo, es importante velarse de otro tipo de instrumentos, más generales, que no induzcan las respuestas y que proporcionen un visión más general de lo que realmente sucede. Si con la información que diera este tipo de instrumentos se llegara a la conclusión, o existiera alguna evidencia, de que se trata de un paciente con ideas suicidas, sería necesario saber entonces la potencialidad de la conducta, cuál su objetivo y cuál la urgencia de intervención.

A continuación se presentaran algunos de los puntos que contiene el "Inventario de la depresión" propuesta por Beck (1984).

Inventario de Beck de la Depresión.

Aaron Beck elaboró un inventario de la depresión basado en su método teórico. Además de utilizarse para comparar la gravedad de la depresión de diferentes pacientes, el inventario se ha utilizado muy ampliamente para aislar grupos de personas que funcionaban normalmente pero que mostraban tendencias autodestructivas. El inventario hace hincapié en los signos de depresión emocionales, somáticos, cognoscitivos y conductuales.

TRISTEZA

0 No me siento triste.

1 Me siento triste.

2 Siempre estoy triste y no puedo liberarme de esa

sentimiento.

3 Estoy tan triste que ya no puedo soportarlo.

ANTIPATIA POR UNO MISMO

0 Me siento desilusionada de mí misma.

1 Estoy desilusionada de mí misma.

2 Estoy muy disgustada conmigo misma.

3 Me odio.

ACCESOS DE LLANTO

0 No lloro más de lo ordinario.

1 Ahora lloro más que antes.

2 Ahora lloro todo el tiempo.

3 Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque lo desee.

DIFICULTAD EN EL TRABAJO

0 Puedo trabajar más o menos tan bien como antes.

1 Me cuesta más trabajo comenzar a hacer algo.

2 Tengo que forzar me verdaderamente para hacer algo.

3 No puedo trabajar en lo absoluto.

- Véase apéndice -

Como se puede ver este inventario maneja aspectos cognitivos (sentimientos, valores, actitudes, etc.), conductuales (acciones, tratos o relaciones con terceros), sociales (relaciones de trabajo, familiar, etc.), en fin, considera una gran variedad de elementos que plantean un panorama general de la situación del sujeto, además su fácil adaptación y manejo según lo amerite el caso, lo convierten en un

instrumento útil e indispensable a la hora de planear la intervención.

Beck y cols. (1983) elaboraron una escala que intenta a dar cuenta de la existencia e intensidad de pensamientos suicidas . " La escala de pensamientos de Beck " , ha sido diseñada como un medio rápido de discriminación que el entrevistador puede utilizar para evaluar las ideas suicidas de un individuo. Como los puntos que se consideran no sólo proporcionan una lista de verificación de los signos de peligro, sino también una puntuación sobre el potencial suicida de una persona. Una escala de este tipo puede ser muy útil en el trabajo clínico y de investigación, siempre y cuando se tome como un instrumento que proporciona un panorama general de la situación subjetiva (cognitiva) y objetiva de las personas potencialmente suicidas, y no como un test que proyecta la "personalidad" del individuo.

A continuación se presentará un cuadro que contiene los puntos que incluye la escala de suicidio de Beck .

I.- Intento activo del suicidio

- 0 Ninguno
- 1 Débil
- 2 Moderado hasta fuerte

II.- Deseo suicida pasivo

- 0 Tomaría precauciones para salvar la vida
- 1 Dejaría la vida o la muerte a la casualidad
- 2 Evitaría tomar las medidas necesarias para salvar o mantener

ner la vida

III.- Factores disuasivos de un intento activo (por ejemplo la familia, la religión, la irreversibilidad).

- 0 No lo intentaría porque hay cosas que me disuaden
- 1 Me preocupan los factores disuasivos
- 2 Poca o ninguna disuasión por esos factores

IV.- Método: especificidad y planeación del intento que se considera.

- 0 No se considera
- 1 Se considera pero faltan resolver los detalles
- 2 Detalles resueltos, plan bien formulado

Como se puede ver, la información que arroja este tipo de inventario es de suma importancia, pues además de evaluar las ideas suicidas y el riesgo de que se cometa el suicidio (intento o acto) proporciona información importante para manejar la terapia.

(Para mayor información puede verse la ESCALA DE SUICIDIO DE BECK en la parte del APENDICE)

B) PROPUESTA DE TRATAMIENTO

Todo tratamiento va precedido de una evaluación: si ésta se hace de la mejor manera posible, la implementación del tratamiento contará con bases firmes y sólidas que con -

lleven a una mayor probabilidad de éxito en la terapia.

La propuesta de tratamiento que se hace sigue llevando la misma línea teórica, sólo que con algunas pequeñas modificaciones. No pretendemos proporcionar una forma exhaustiva de cómo se debe realizar el tratamiento, sino proporcionar los elementos suficientes que clarifiquen el camino a seguir.

Como primer paso, creemos que es necesario que quede bien claro cuál debe ser la actividad del terapeuta. Como primer paso, para ayudar al paciente suicida, el terapeuta debe entrar a su mundo y ver la realidad desde su óptica. El motivo que se exponga del porqué se busca el suicidio puede ayudar al terapeuta a determinar el ámbito del tratamiento y las técnicas más adecuadas. Por ejemplo, si el objetivo del paciente es morir a través del suicidio, el ámbito principal del tratamiento sería su desesperanza y la ausencia de expectativas positivas. Si resulta que la visión negativa del paciente está basada en la realidad, y por ejemplo su situación económica es muy mala o si algún miembro de su familia padece una enfermedad incurable, etc., hay que recurrir a la intervención adecuada (Beck y Shaw, 1984).

Sin embargo, cuando las expectativas del paciente se basan en modos distorsionados o patológicos de verse a sí mismo y al mundo exterior, el terapeuta debe centrarse en las interpretaciones incorrectas y en el sistema de creencias irracionales.

Si el paciente ha intentado suicidarse para llamar la atención de los demás, o por la necesidad de expresar sentimientos hostiles, el terapeuta debe identificarlo, pues pro-

blemente se deba a una dificultad de expresar los propios problemas, por tanto el terapeuta debe centrarse en identificar las estrategias interpersonales desadaptativas o deficientes y enseñar al paciente técnicas más adaptativas para relacionarse con los demás.

El terapeuta debe ser capaz de comprender por qué los sentimientos del paciente le llevan a intentar suicidarse y experimentar, hasta cierto punto la desesperación del paciente. La comprensión y la empatía permiten al terapeuta no sólo adecuar las técnicas de tratamiento a las necesidades concretas del paciente, sino también comunicar a éste " que le comprende ". El terapeuta debe darse cuenta de que, según las premisas del paciente, la tendencia al suicidio no es " descabellada " (más bien parece una deducción lógica a partir de las premisas que ha dado antes). De esta manera, lo que el terapeuta debe hacer es trabajar con el paciente para poner al descubierto los supuestos incorrectos que son la base de los impulsos suicidas. (Ellis, 1973).

En un principio, es bueno e importante que el terapeuta " gane tiempo " hasta que el riesgo del suicidio haya pasado. El terapeuta debe lograr que el paciente se involucre en el proceso de la terapia tanto como sea posible, esto con el objetivo de que el paciente aplazase la intención suicida. El paciente debe " resistir " hasta ver cómo se desarrolla el tratamiento, además el terapeuta debe crear y mantener la curiosidad del paciente y estimular su interés en el proceso terapéutico; también debe mantener la continuidad entre las sesiones. Por ejemplo, puede realizar una unión entre las sesiones elicitando preguntas por parte del paciente, y decir " es una pregunta muy importante, así que la veremos la

próxima sesión, además, Ud. puede apuntar los pensamientos que se le ocurran acerca de esta cuestión, y las veremos la siguiente vez".

Al formular el plan de tratamiento, es conveniente que el terapeuta trate la decisión de suicidarse como el resultado de un conflicto entre los deseos del paciente de vivir y de morir; como si se tratara de una declaración de guerra, puede tomarse una decisión irrevocable con el sólo margen de un voto a favor. Por lo tanto, en un principio los esfuerzos del terapeuta deben dirigirse a ganar votos en favor de la vida.

Una vez que el paciente acceda a cuantificar los pros y los contras del suicidio, el terapeuta puede comenzar a elicitar los "motivos para vivir" y los "motivos para morir". Tal vez en un principio al paciente se le dificultará encontrar razones para vivir, sin embargo, el terapeuta debe ser capaz que el paciente recuerde las razones que tuvo en épocas pasadas para seguir viviendo. Una forma de lograr esto es hacer dos columnas en un pizarrón o en una hoja, donde el terapeuta y el paciente enlisten las razones a favor de la vida que eran válidas en el pasado. El terapeuta evalúa entonces, cuáles pueden ser válidas en el futuro. En un principio, es muy común que el paciente suicida anule los factores positivos de su vida, los olvida, los ignora o los disminuye en valor, pero si el terapeuta logra que el paciente se dé cuenta de las razones que tiene para vivir, se pueden contrarrestar las razones que tenga para suicidarse.

El terapeuta debe tener cuidado al exponer los factores positivos que existen en la vida del paciente. Si éste

piensa que lo que el terapeuta pretende es " disuadirlo " del suicidio, puede adoptar una actitud negativa, entonces, el terapeuta debe tomar otra posición, y se le debe decir al paciente " aunque Ud. esté convencido de que su decisión es correcta, vale la pena hacer una lista de los factores positivos que existen en su vida, y ver lo que piensa acerca de ellos. Entonces, el terapeuta puede sugerirle que evalúe la validez de cada uno de los factores listados.

Una vez que se ha hecho lo anterior, se hace la lista de las ventajas e inconvenientes de morir; de esta manera el paciente depresivo suele mostrarse más objetivo. Las razones para suicidarse pueden no parecerle ya tan absolutas y convincentes como antes.

Es conveniente que el terapeuta considere seriamente las razones que tiene el paciente para suicidarse, y no descartar arbitrariamente las razones que a él le parezcan irracionales o triviales. Sobre todo, debe evitar estrategias ligeras tales como: " muy bien, si quiere suicidarse, adelante , hágalo ".

El terapeuta también debe darse cuenta de que al paciente puede resultarle doloroso reconsiderar la decisión de suicidarse; éste puede haber pasado por momentos de gran confusión antes de decidir suicidarse y retomar de nuevo la cuestión puede significarle que se acrecienta su dolor.

Al proponer soluciones, el terapeuta debe tener en cuenta que es probable que la carga de pesimismo del paciente anule cualquier alternativa que le sugiera, dado que el paciente considera sus opciones de un modo distorsionado. El terapeuta debe ser cauto y no aceptar de entrada el rechazo

de un plan por parte del paciente. La elección del suicidio como curso de acción razonable suele estar basada en la estimación negativa y poco realista que el paciente hace de la evolución de sus problemas. El tipo de " solución " también refleja el pensamiento dicotómico del paciente: " o mi marido vuelve a mí, o bien me suicidaré ", etc.

El terapeuta debe saber que el deseo de morir puede fluctuar considerablemente a lo largo del tratamiento. Debe comunicar este hecho al paciente y advertirle que una intensificación repentina de los impulsos suicidas no debe interpretarse como un signo de retroceso en el tratamiento. Al principio de la terapia el terapeuta debe revisar junto con el paciente suicida distintas estrategias que este pueda aplicar para hacer frente a una repentina intensificación de los impulsos suicidas. Por ejemplo, el terapeuta puede preparar al paciente diciéndole: " uno de los principales objetivos de la terapia es que Ud. aprenda a hacer frente a los impulsos suicidas. Por eso, debe vigilarlos constantemente. En cuanto se dé cuenta de su aparición, debe poner en práctica las técnicas para enfrentarse a ellos. En este sentido, los deseos suicidas pueden proporcionarle una valiosa experiencia de aprendizaje. De hecho, si quiere, podemos practicar ahora mismo lo que Ud. debe hacer siempre que experimente el deseo de morir " (Beck y Shaw, 1984 , pag. 203).

El terapeuta siempre debe mantenerse alerta a los efectos de posibles experiencias traumáticas fuera de la terapia que pudiesen activar o intensificar los deseos suicidas. Varias veces se nos ha presentado el caso de pacientes que no presentan tendencias al suicidio al comienzo de la ter-

rapia, pero que se convirtieron en suicidas como consecuencia de varios acontecimientos negativos. " En una paciente, por ejemplo, surgieron las ideas suicidas cuando la dejó su novio. El terapeuta tuvo que examinar con todo detalle por qué el abandono llevaba a la decisión de morir. Se puso al descubierto un nido de actitudes irracionales: por ejemplo, -- ideas tales como " no puedo vivir sin amor, si nadie me ama, no soy nada ", o bien, " la muerte es el único alivio de mi dolor " (Beck y Shaw, 1984, pag. 204).

Otra de las cuestiones en las que el terapeuta debe tener cuidado es en lo siguiente: los pacientes que han llevado a cabo intentos de suicidio antes de la terapia tienen una especial tendencia a experimentar una intensificación de los deseos suicidas en el transcurso de la misma; es decir, es muy probable que las presiones cotidianas por las que pasa el paciente activen los deseos o intenciones suicidas, incluso, aunque parezca que la terapia va progresando. Para algunos pacientes esto es muy aversivo y llegan a la conclusión de que la terapia es un fracaso. Por tal motivo, es importante que a estos pacientes se les informe de que pueden aparecer algunos impulsos suicidas pero deben considerarse como un recurso valioso para la terapia. El terapeuta debe adoptar la postura de que este hecho represente una oportunidad en vez de un retroceso: la aparición o intensificación de los deseos suicidas da lugar a " trabajar sobre ellos " en la situación terapéutica.

Vamos a continuar ahora con la descripción de otros elementos que intervienen en la propuesta que hemos desarrollado hasta ahora.

Dentro de la terapia, el paciente debe hacer suyas las técnicas que el terapeuta emplea, ¿Cómo se logra esto?

Esto dependerá en gran parte de la labor que el terapeuta realice una vez que cuenta con toda la disponibilidad del paciente para trabajar. Para ello la psicología conductual (operante) proporciona los principios básicos de aprendizaje que se puedan utilizar para entrenar un repertorio conductual determinado que ayude al paciente a enfrentar ciertas situaciones. La psicología cognitivo-conductual, por otra parte, trata sobre todo de que el paciente racionalice sus ideas y pensamientos que son los que finalmente le llevan a comportarse de una forma específica.

La terapia no sólo se debe dar en el cubículo y en las sesiones correspondientes a cada paciente. Se deben utilizar los recursos humanos disponibles; por ejemplo, si hay alguien cerca del paciente, alguien que sea significativo para él, se le debe entrenar para que esté presente en el ambiente en el que se desenvuelve el sujeto, es decir, tratar de realizar una desprofesionalización, que en estos casos es de suma importancia, pues de ello puede depender la vida de varias personas. Con todo esto se logra una generalización de lo que se hace en las sesiones hacia el ambiente natural del sujeto.

Un problema muy grande con el que se enfrenta el terapeuta es el de la toma de decisiones respecto de la elección de la intervención a realizar, pues siempre existe la necesidad de contar con criterios que lo guíen en esta elección. Por ejemplo, una vez que ya se haya realizado la evaluación pertinente, tratando de que ésta sea lo más nítida y

real, se tendrá conocimiento de " qué tipo de suicida se trata "; por ejemplo, puede tratarse de un paciente que presenta intento suicida (amenaza con matarse y su objetivo es el de llamar la atención para lograr cierto reconocimiento, amor, etc.) y que de hecho nunca se ha lastimado. O bien, podría tratarse de un paciente que ha atentado seriamente contra su vida y que por azar ha sido salvado o no ha muerto porque las heridas o el daño no han sido tan extremos como para causarle la muerte (aunque su intención haya sido quitarse la vida). Una vez hecho esto y teniendo ya un indicio de la situación, se debe proseguir con la intervención.

Nosotros creemos que la perspectiva psicológica - " cognitivo-conductual " es una aproximación técnica que promete mucho en el aspecto terapéutico y sobre todo en este tipo de situaciones donde las estructuras cognitivas de las personas influyen en el estado afectivo y en sus pautas de comportamiento (intento y/o acto suicida). Sin embargo, tanto las técnicas conductuales (operantes) como las cognitivas, tienen sus propias ventajas y aplicaciones en la terapia cognitiva. De esta forma se recomiendan (estudios realizados por Beck y Shaw, 1984 , lo avalan) las técnicas conductuales y cognitivas, las cuales deben ser usadas dependiendo del caso en un orden diferente.

El terapeuta puede ayudarse de las técnicas conductuales, y al mismo tiempo puede estar realizando una terapia dirigida a modificar la estructura cognitiva.

Se recomienda en las primeras fases de la terapia, especialmente con los pacientes que se han autolesionado gravemente (intento suicida con daño no letal, y acto suicida

frustrado), que el terapeuta establezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de cometer el intento o el acto suicida. Concretamente, manteniendo ocupados la atención y el interés del paciente, lo que el terapeuta intenta es inducir a éste a que contrarreste su intención suicida y se dedique a actividades más constructivas. El basamento empírico de este método descansa en los datos clínicos recogidos referentes a las observaciones de que los pacientes que han intentado suicidarse, creen que ya no son capaces de realizar las funciones que se esperaban de ellos, tales como las de estudiante, trabajador, ama de casa, esposa, padre, etc.

La interrupción de estas funciones trae como consecuencia una escasa capacidad de concentración, fatiga e insatisfacción, todo lo cual reduce la auto-estima del sujeto.

El uso de las técnicas conductuales (operantes) le ayudan al terapeuta a mostrarle al paciente que el error está en sus creencias y no en lo que hace. De este modo, la modificación de conducta es un medio para llegar a un fin; la modificación cognitiva le permite la identificación de las cogniciones negativas (Beck y Shaw, 1984).

Un medio que permite la modificación conductual es, entre otros, el programa de actividades y el registro de las mismas, las técnicas de dominio y agrado, asignación de tareas graduadas, etc. Las técnicas conductuales son útiles en tanto que producen una mejoría en el nivel de funcionamiento, contrarrestan los pensamientos obsesivos, modifican las actitudes inadecuadas y proporcionan un sentimiento de gratificación. Observando los cambios en su propia conducta, el pa-

ciente puede mostrarse inclinado a examinar su auto-concepto negativo. La mejora del auto-concepto producirá a su vez, un aumento espontáneo en la motivación y una mejoría en el estado de ánimo.

Como ya se mencionó, el terapeuta debe ser muy hábil y detectar que cuando los pacientes han presentado una intención suicida, están tan preocupados con sus pensamientos negativos, que la introspección puede agravar sus ideas perseverantes. Una vez que el paciente es capaz de emprender actividades más constructivas, y por lo tanto, ha modificado la estimación negativa de sus capacidades, al terapeuta puede centrarse directamente en los componentes cognitivos que han llevado al paciente a pensar en el suicidio, especialmente a cometer el acto, que ha sido frustrado.

En cambio, las técnicas cognitivas se usan inmediatamente (sin necesidad de aplicar previamente las estrategias conductuales) si se observa que el paciente es capaz de exponer y explorar sus ideas, pensamientos, deseos y sentimientos sin que su equilibrio emocional se afecte y se perturben más sus ideas. Una consecuencia inmediata de esto puede ser que sus ideas se aclaren; tal es el caso de las personas que sólo han verbalizado su intención de matarse y que por lo regular se encuentran en un estado de depresión tal, que su autoimagen se ve devaluada.

Principalmente las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organice la realidad, etc., son útiles

para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que este último hace de su realidad. El objetivo de las técnicas cognitivas es mostrar al paciente la íntima relación entre los pensamientos de una persona y sus actitudes (triada cognitiva), es decir, demostrar lo irracional de sus pensamientos (Beck y Shaw, 1984).

En resumen, se recomienda el uso y la aplicación de las técnicas conductuales, con el sentido antes mencionado, en el caso de un intento suicida donde el daño no ha sido fatal, donde el objetivo es un llamado de auxilio, y sobre todo, cuando se ha visto frustrado el acto suicida (donde el objetivo ha sido el morir). Todo esto con el fin de no agravar más las ideas irracionales prevaletentes. En cambio, se recomienda el uso inmediato de las técnicas cognitivas (sin necesidad de estar precedidas por las operantes), cuando se trata de un intento suicida a nivel de amenaza, y donde el análisis de las ideas del paciente no las agravará y en cambio ayudará a clarificarlas.

Por otra parte, el diseño de la terapia debe hacerse siempre en equipo (paciente y terapeuta). El paciente puede verse, por su estado, renuente a participar, sin embargo, se le debe estimular a participar activamente en la terapia. ¿ cómo ? , valiéndose de las técnicas mencionadas.

Una de las preguntas que aparecen con frecuencia en la literatura es la siguiente: ¿ cuál será el futuro de las personas que han tratado de consumar el suicidio y que por diversas causas no lo han logrado ? Dado que el objetivo de estas personas es morir, existe el riesgo de que lo intenten nuevamente. Creemos que con el uso adecuado de las téc-

nicas descritas (sin olvidar el apoyo " moral y afectivo ") se puede aumentar la probabilidad de resolver este problema de " reincidencia " , pues básicamente la terapia cognitiva está encaminada a modificar la estructura cognitiva del paciente, que es lo que finalmente dirige su conducta.

Por otra parte, se habla de un sin fin de causas que rebasan el nivel psicológico, y que se refieren a factores macro-sociales, en los cuales es difícil intervenir. Sin embargo, creemos que la forma de intervención descrita, permite reconocer y afrontar estas limitaciones de forma más eficiente respecto de las posibilidades que ofrecen otras disciplinas o aproximaciones que se dedican al estudio del comportamiento humano. Todo esto lo realiza sin dejar de guardar la especificidad de su nivel: el psicológico. Un ejemplo de lo anterior estaría dado en base a que si bien el terapeuta no puede modificar la situación social del sujeto, sí puede en cambio modificar la estructura cognitiva que es producida en buena medida por esa situación social. De esta forma, se tiene un alcance y repercusión, aunque a través de una vía indirecta, sobre otro tipo de niveles, como el social en este caso.

Lo importante en esta intervención es que tanto la evaluación como el tratamiento están tan íntimamente ligados y son tan flexibles, que permiten hacer los arreglos pertinentes para cada caso, sin salirse del marco teórico del que se parte y sin tener la necesidad de dar saltos extremos para tratar de dar solución a la diversidad de situaciones que están implicadas en lo que hemos llamado el intento del acto suicida.

Por último, es necesario hacer una reconsideración

sobre lo que ha sido y es la prevención del suicidio y lo que se puede hacer al respecto. Hablar de prevención en la conducta suicida resulta ambiguo porque la palabra prevención y la acción en sí, son tan arbitrarios, que se manejan según la conveniencia de cada investigador. Sin embargo, existe un acuerdo en la aceptación del manejo de tres niveles de prevención: el primario, el secundario y el terciario.

La prevención a nivel primario, es aquella acción destinada a evitar la aparición de problemas conductuales; su labor consiste en identificar todas aquellas condiciones que aparecen en relación al desarrollo de problemas conductuales e identificación de aquellas condiciones específicas que provocan conductas más saludables; por lo tanto, la prevención primaria se enfoca al diseño de actividades que pueden prevenir la ocurrencia de problemas conductuales (Prince, Bader y Kaltarr, 1980, en Ollendick y Cerni, 1981).

La prevención secundaria implica la detección temprana del problema y su tratamiento oportuno, con la finalidad de reducir la duración de dicho trastorno.

Cuando el objetivo de la intervención es reducir o eliminar problemas conductuales en individuos que ya han experimentado tales problemas, se habla de una prevención a nivel terciario, en la que se trata de evitar recaídas de trastornos y de mantener en óptimas condiciones a aquellos sujetos que han estado previamente " enfermos " (Del Castillo, Del Valle, 1983; Calderón, 1984).

A manera de análisis y crítica, hagamos una semblanza de las diferentes formas propuestas por algunos investigadores, en lo concerniente a los tres niveles de prevención.

A) Prevención Primaria.

Durkheim, el principal exponente de la teoría social que ha tratado de explicar la etiología de la conducta suicida dándole un sentido netamente social, es uno de los investigadores que hablan de la prevención a nivel primario. Su propuesta actúa a nivel masivo y además constituye una "vacuna" efectiva contra los suicidios en una comunidad determinada. Este autor propone que el hombre debe estar inmerso en un grupo, corporación o comunidad, donde exista una gran cohesión y en donde nunca esté aislado.

Con este tipo de acción solidaria, en las comunidades se evitaría la presencia del suicidio, ya que cada sujeto funcionaría como un elemento de un amplio sistema y estaría de esta forma protegido contra el aislamiento social y al mismo tiempo contra el suicidio (Durkheim, 1976).

B) Prevención secundaria.

La prevención en este nivel ha sido muy variada, pero básicamente la labor aquí es similar a la que ha venido realizando el CPS de los Angeles, e incluso similar al organismo que funcionó en los setentas en México (CPS de México), mismos en donde se trata de establecer contacto con las personas que han intentado suicidarse y no han consumado el acto, con el objetivo de proporcionarles el apoyo suficiente como para lograr que estos sujetos desistan de su objetivo (Stengel, 1968; CPS, 1983).

C) Prevención terciaria.

Este tipo de prevención también es practicado por los

organismos o centros antes mencionados (CPSSA y CPSSM). Los objetivos fundamentales aquí son los de obtener la mayor cantidad de información sobre las personas presuicidas, que por lo común son personas que han llevado a cabo un intento suicida (lesión no letal) o que presentan una fase prodrómica (la que revela sus intenciones autodestructivas).

La prevención primaria, tal y como la describe Durkheim, resulta difícil de implementar, y como él mismo reconoce, el Estado es el que impide la creación de este tipo de corporaciones porque atentan contra la estabilidad gubernamental de un país.

Esta propuesta de prevención a este nivel pertenece a un ámbito tan amplio y complejo por la infinidad de elementos que involucra, que resulta imposible hacer una adaptación a este nivel. Pero no por ello se debe descartar la posibilidad de implementar una acción preventiva a un nivel primario. Esto se puede hacer desde otro marco teórico.

La prevención secundaria y terciaria, son actividades comunes que han realizado, y de hecho siguen realizando algunos centros destinados a la prevención del suicidio, como en el caso del CPS de los Angeles. Que si bien su labor es prevenir la consumación del acto suicida, esta se hace a un nivel en el que ya existe una clara evidencia de la intención suicida, ya sea porque se ha dado aviso (el mismo sujeto o alguien allegado a él), porque lo ha intentado (daño no letal), o porque se ha frustrado la consumación del acto suicida.

Por otra parte, este tipo de prevención, aún cuando es muy útil y valiosa, y además representa un trabajo en equipo que involucra la acción conjunta de todo un sistema del Sector Salud, tiene una desventaja; el problema consiste en cómo establecer contacto entre la gente solitaria y desamparada que experimenta la crisis suicida. En Estados Unidos, en los Angeles, se ha solventado este problema al estimular a la gente a que utilice el teléfono para ponerse en contacto con una persona del centro que le puede dar orientación o proporcionarle ayuda y apoyo cuando alguien se sienta solo y angustiado.

Pero por desgracia, en nuestro país no existe ningún tipo de prevención, como se ha venido haciendo en el caso de problemas como el alcoholismo (Alcohólicos Anónimos) o en el caso de la neurosis (Neuróticos Anónimos), y en general todos aquellos centros destinados a la prevención de conductas que atentan contra la salud y la integridad de los individuos. Este tipo de prevención se ubica en el nivel secundario y terciario. Parece que el problema del suicidio ha sido descuidado, tal vez porque resulta un problema tan complejo o porque es un tema tan escabroso por las cuestiones éticas, y valores morales que involucra su estudio y tratamiento.

C) PROPUESTA DE PREVENCIÓN

La propuesta de prevención que hacemos está encaminada

de a cubrir los tres niveles de prevención que se manejan en la literatura: nivel primario, secundario y terciario. Esta propuesta será descrita a través de la exposición de un proyecto o plan que permitiría, de poder llevarse a cabo, la creación de un Centro de Apoyo y Asesoramiento Psicológico (CAAP) el cual estaría dirigido a prevenir el suicidio de la manera más amplia posible.

El Centro estaría dirigido y asesorado por el Psicólogo, quien además se encargaría de coordinar el trabajo de otros profesionistas que colaboraran en el mismo, aportando sus conocimientos y habilidades para conformar un trabajo multidisciplinario. De esta forma creemos que el trabajo del psicólogo en este proyecto debería estar apoyado por el de otros profesionistas, tales como los médicos, sociólogos, comunicólogos y pedagogos, entre otros.

El trabajo de cada uno de los profesionales antes mencionados sería indispensable ; y pasaremos a ver en qué consistiría su labor y la importancia de la misma en el Centro.

La labor del Psicólogo sería de gran importancia, pues sus conocimientos, habilidades y herramientas terapéuticas consistirían la base para tratar el problema del suicidio y su prevención. Esto se haría por medio de la realización de evaluaciones, tratamientos, programas y pláticas de apoyo psicológico, mismas que estarían encaminadas a identificar los elementos psicológicos que intervienen en los casos de intento y acto suicida, así como también identificaría y elegiría la forma de intervención más apropiada dependiendo del

caso.

El psicólogo también podría emplear sus conocimientos sobre los posibles elementos que probabilizan que una persona incurra en el suicidio con un fin determinado, para crear programas, pláticas y terapias psicológicas dirigidas a prevenir la consumación del acto y del intento suicida.

Sin embargo, a pesar de la amplia gama de conocimientos y habilidades con las que cuenta el psicólogo, necesita del apoyo de otros profesionales y sobre todo, tratándose de una labor preventiva a un nivel más amplio.

La labor del médico, consistiría en prestar auxilio a las personas que hubieran intentado suicidarse (daño no letal), proporcionando lo que llaman primeros auxilios, abriría su expediente, y realizaría su historia clínica.

Posteriormente, canalizaría a la gente a los hospitales en el caso de que el daño fuera más serio (como en el caso de ameritar una intervención quirúrgica). De no ser así, lo remitiría con el psicólogo, con el fin de que éste evalúe en forma inmediata la potencialidad suicida, las causas y objetivos que llevaron a la persona a incurrir en el intento suicida. Asimismo, el médico aportaría sus conocimientos acerca de las consecuencias, daños y trastornos irreversibles que son ocasionados por la ingestión de fármacos, drogas y demás medicamentos que son usados para causarse daño. Todo esto sería para que se realizaran cursos, pláticas y conferencias, las cuales estarían dirigidas a la comunidad. Por otra parte, el médico podría proporcionar información valiosa y de primera mano en relación a aquellos casos en donde es el primero, el único o el más importante profesional al que los su-

jetos con algún tipo de daño recurrente.

La labor del sociólogo estaría dirigida a la investigación a un nivel más amplio (social). Por ejemplo: sus conocimientos sobre análisis e investigación de la interrelación de elementos de tipo social que pudieran probabilizar la aparición de la conducta suicida. Esta labor sería de gran importancia y utilidad, pues sus resultados ayudarían a considerar más elementos a la hora de implementar la evaluación y el tratamiento más conveniente (prevención secundaria y terciaria). Por otra parte, aportaría datos que fortalecerían la prevención a un nivel primario.

El comunicólogo tendría la tarea de difundir la labor del Centro en un primer momento. Posteriormente, su labor estaría encaminada a la difusión y propaganda de cursos, pláticas, conferencias, talleres y terapias. Además, brindaría asesoramiento respecto de la forma de presentar la información a la población, pues sus conocimientos en materia de comunicación de mensajes al público le permitirían coordinar este trabajo.

El trabajo del pedagogo estaría encaminada a la elección de las formas más idóneas de enseñanza para difundir el conocimiento de lo que implica el problema del suicidio; promovería información sobre este problema en las escuelas (nivel medio y superior). Esta labor estaría encaminada a enseñar a los alumnos a detectar las señales de peligro que precedan a un intento o acto suicida, esto con el fin de lograr una prevención a un nivel secundario y terciario.

De esta manera, informando la labor del centro y proporcionando la información elemental de las posibles causas (

problemas psicológicos severos), la gente joven de las escuelas podría acudir al centro a tomar parte en los programas encaminados a la prevención primaria.

También se podría contar con la ayuda y colaboración de personas que han intentado suicidarse, de familiares de personas que han consumado el suicidio y de voluntarios que quisieran trabajar en el centro.

Una vez descrita la labor de cada uno de los profesionales que laborarían en el Centro, pasemos a describir en términos más específicos en qué consistiría el trabajo en cada nivel de prevención.

Prevención Primaria :

En primer lugar sería necesaria la difusión de la labor del centro, como una forma de sensibilizar a la población (el comunicólogo se encargaría de ello). Posteriormente se pasaría a las siguientes actividades: conferencias dirigidas a la comunidad en general, difusión de plática y conferencias dirigidas a instituciones, y programas de actividades en el CAAP . Vamos a describir estos puntos:

Conferencias dirigidas a la comunidad en general:

Se organizarían conferencias que estarían dirigidas a difundir la importancia de prevenir el suicidio, proporcionando la información de forma adecuada, es decir, en un primer momento refiriéndose al suicidio como un problema que guarda algo en común con otro tipo de problemas, tales como el alcoholismo, la drogadicción, etc. Esto con el fin de no provocar expectativas negativas ni alarmantes en la gente.

sin que por el contrario se le reste la importancia que merece. ¿Cómo lograrlo? Hablando de la importancia que tiene el tratar ciertos problemas psicológicos y difundiendo la labor del Centro, invitando a la gente a que asista al mismo si es que tiene algún tipo de problema como los siguientes:

Conflictos de pareja, abandono, muerte de la pareja, divorcio, sentimientos de soledad o depresión, pérdida del interés en seguir adelante a causa de los problemas que se le presentan, etc. Esto no quiere decir que el Centro se dedicaría a tratar todo tipo de problemas (como los de retardo, aprendizaje, etc.), sino que únicamente se tratarían los problemas que según las diversas investigaciones probabilizarían que apareciera la conducta suicida. Se hablaría de este tipo de problemas como el motivo principal de ayuda en el Centro en vez de hablar directamente del suicidio. Esto es así para que la gente pueda sensibilizarse primero, y hasta no lograr esta labor, no se hablaría directamente del suicidio como de un problema a tratar.

Posteriormente, una vez lograda la sensibilización, que se reflejaría en la colaboración, participación y asistencia de la gente al centro (a informarse y recibir pláticas), se empezaría a hablar del alcance psicológico que implica el que alguien no reciba ayuda a tiempo cuando presenta ciertas pautas de comportamiento (depresión, autovaloración negativa, etc.), puesto que de no recibir atención, estas pautas podrían llevar al sujeto a incurrir en el suicidio.

Es fundamental recordar que el suicidio no constituye un problema individual cuyas consecuencias terminan con la muerte del sujeto, sino que atañe a una serie de factores psicor-

lógicos que le están encadenados y que repercuten en otras personas, tales como los familiares y los amigos, provocandoles un desequilibrio emocional grave que cambia la dinámica de su vida.

Difusión de pláticas y conferencias dirigidas a instituciones

El objetivo sería el mismo que en el caso anterior, esto es, la de informar y difundir la labor del Centro, despertar el interés, sensibilizar a las instituciones de Salud que podrían colaborar con la atención a este problema, y sobre todo, tratar de difundir los conocimientos más elementales para la detección temprana de este tipo de problemas. Esto se podría lograr a partir de la enseñanza de las características, rasgos y factores que pueden aumentar la probabilidad de que la gente incurra en el suicidio, reconociendo las características cualitativas que reflejan a un sujeto como potencialmente suicida. Todo esto permitiría que los casos detectados de sujetos potencialmente suicidas por la institución de Salud fueran remitidos al Centro.

Programas de actividades en el CAAP

El Centro podría ofrecer un programa de actividades para los jóvenes y adultos que presentaran algún tipo de problemas que estuvieran asociados con la posible presentación de la conducta suicida (además de los ya nombrados, pueden considerarse los problemas económicos que llevan a la gente a generar cierto tipo de pensamientos que afectan su autoimagen

gen, tal como el caso del desempleo, escasas de recursos, etc.). De igual forma, estarían comprendidos los problemas relativos a enfermedades incurables (cáncer), etc.

En un principio las características pueden indicar que se hace referencia a rasgos sociales y no psicológicos, pero dentro de estas características subyacen elementos psicológicos y cognitivos más complejos que resultan ser el objeto del estudio del psicólogo, y que al parecer no se les ha tomado en cuenta.

¿ Qué hacer y cómo hacerlo ? Pensamos que puede hacerse por medio de la planeación de programas y cursos encaminados a entrenar en la gente las habilidades suficientes (cuando su conducta indique la carencia de ellas), que les permitan afrontar diversos problemas y establecer diversos tipos de relaciones interpersonales más funcionales, donde su autoestima y autovaloración no se vean perjudicadas, y donde el resultado de su interacción con el medio sea satisfactoria para ellos y los demás.

Prevención Secundaria

La prevención secundaria estaría encaminada, básicamente, a la detección temprana del problema, incluyendo rehabilitación y apoyo psicológico tanto al sujeto que ha presentado el intento suicida (amenaza o daño no letal), así como a las personas más allegadas que pueden verse afectadas, como es el caso de la familia del sujeto.

Evaluación de la Potencialidad:

En esta parte, se podría hacer uso de los cuestionarios que utiliza el CPS, y que se presentaron en la propuesta de evaluación descrita en este trabajo.

Evaluación de las causas y/o circunstancias que provocaron el intento suicida.

Esto implicaría un análisis más profundo y más amplio de las razones, causas y objetivos que llevaron a la persona a incurrir en el intento suicida, utilizando los cuestionarios y material evaluativo que se presentó en la propuesta de evaluación antes descrita.

Intervención:

Una vez realizada la evaluación se pasaría a la implementación de la terapia, tomando en cuenta para ello lo que se dijo en la propuesta de tratamiento.

Además el psicólogo debería encaminar la terapia al cumplimiento de objetivos a mediano y largo plazo que se lograrían a través de cumplimiento y ejecución de rutinas, eventos, etc., que probabilizarían menos una recaída, como no suele suceder cuando en la terapia sólo se establecen objetivos a corto plazo. Los objetivos a mediano y largo plazo aumentarían la probabilidad de que el paciente no volviera a incurrir nuevamente en un intento suicida; además, el cumplimiento de este tipo de objetivos aseguraría haber logrado el establecimiento de una serie de conductas más complejas, y el tratamiento no se daría por terminado hasta que se cumplieran dichos objetivos.

De esta forma el mantenimiento no se vería como algo aparte y no tendríamos que realizar otras actividades adi-

cionales al tratamiento para lograrlo, tal como se ha venido reflejando en la literatura. Lo anterior también incluye el apoyo y trabajo con los familiares y terceros relacionados con el sujeto suicida.

Asesoramiento a pacientes y familiares.

Este tipo de asesoramiento estaría encaminado al cumplimiento de dos objetivos: el primero sería la eliminación del sentimiento de culpa que afecta el estado emocional y psicológico de la familia, los cuales suelen ser los más afectados. El segundo objetivo sería el entrenar a los familiares para que ayudaran en la pronta recuperación del paciente, llevando a cabo una generalización de las actividades realizadas en el tratamiento al medio natural del paciente.

Asimismo, esto facilitaría el realizar un seguimiento del problema del paciente gracias al contacto con los familiares.

Prevención Terciaria.

Estaría encaminada a evitar que las personas que han cometido el acto suicida y que por diversas circunstancias no hubieran logrado su objetivo (morir), no volvieran a incurrir en su propósito nuevamente. Además este tipo de prevención estaría encaminada a ofrecer apoyo psicológico a los familiares de los sujetos que hubieran logrado la consumación del acto suicida.

Evaluación

Al igual que en la prevención secundaria, se realiza-

ría una evaluación, sólo que éste estaría dirigida a rastrear las causas que llevaron a la persona a pensar en la muerte como única salida (en el caso de que no haya muerto). Esto ayudaría a dirigir la terapia, la cual se llevaría a cabo tomando en cuenta lo que aparece en la propuesta terapéutica.

En este nivel de prevención sería importante que atendiéramos a las causas que llevan a los sujetos a incurrir en el suicidio. Esto sería logrado a través de la organización de actividades dirigidas a la prevención de algunos problemas, tales como los que les llevaron a pensar en el suicidio, así como cursos con nombres que llamen la atención del paciente y de la familia : " cómo superar la depresión ", " qué hacer ante la soledad y cómo superarla ", etc. Es decir, temas con los cuales los sujetos identifiquen sus propios problemas.

Apoyo a familiares:

Esto sería de gran importancia y urgencia, ya que también la familia ve dañada su estructura y su funcionamiento. Para ello se realizarían las mismas actividades que en la prevención secundaria (incluyendo aquellas que permiten un adecuado mantenimiento y seguimiento del problema).

Sin embargo, podría suceder que el sujeto se suicidara; el problema entonces no terminaría con la muerte, y a partir de este momento, el sujeto y el objeto de la terapia serían diferentes : la ayuda inmediata a la familia del paciente. En este caso, nuestra intervención tendría las mismas características que se delinearon en la propuesta terapéutica (adaptandolas a las circunstancias), y no se daría por terminada hasta que se cumplieran los objetivos a mediano

y largo plazo, asegurando así el mantenimiento del cambio o logro conductual.

Autopsia Psicológica:

La autopsia psicológica se realizaría cuando el suicidio hubiera sido consumado, y consistiría en la indagación de las causas que llevaron a la persona a cometer el suicidio, esto con el propósito de recolectar el mayor número de elementos que pudieran utilizarse en la terapia dirigida a la familia; además, los datos que pudieran obtenerse, ayudarían a ratificar y/o reestructurar las explicaciones que se dan, tanto al nivel de la teoría, como al nivel del caso particular. Sería importante considerar para esto, que el terapeuta debe saber escoger el momento oportuno (dentro de la terapia a la familia) con el fin de evitar una negativa por parte de la familia, así como el evitar producirles una reacción emocional dolorosa.

Finalmente, podemos concluir que el suicidio no es un problema estrictamente individual (del sujeto), y que sus mayores consecuencias son la muerte (dadas sus características), así como las repercusiones en la familia y los amigos del paciente. Son estas repercusiones (que pueden extenderse a la esfera de la vida social de todas esas personas), las que hacen importante que nos ocupemos del problema del suicidio. Sin embargo, el extender la intervención a la familia del sujeto, no implica que se abandone o se sobrepase el nivel de atención psicológico. Esto es, nos ocuparemos de la interacción familiar como problema a atender. Pensemos que es importante establecer la distinción implicada entre lo

que es la dimensión individual-social (que se refiere al número de personas afectadas), y la que se establece entre lo psicológico frente a lo biológico y lo social (que se refiere a la molaridad-molecularidad del nivel de análisis). La Psicología tiene como objeto de estudio la interacción del individuo con su medio.

Dado que el objetivo primordial del presente trabajo fué el de elaborar un análisis crítico de lo realizado hasta la fecha por las diferentes aproximaciones en relación a la explicación, evaluación y tratamiento del suicidio, esperamos haber contribuido en alguna medida a la clarificación y complementación de estas tareas. Si bien las propuestas presentadas no pueden considerarse como exhaustivas, esperamos que sirvan para despertar el interés de trabajar en el tema, así como para abrir futuras vías de investigación e información que ayuden a fortalecer y modificar lo hecho hasta ahora.

Algunas de las posibles líneas de investigación que se podrían seguir serían las referentes a la indagación de qué otro tipo de elementos psicológicos intervienen para que ocurra la conducta suicida, así como la planeación de formas terapéuticas más efectivas. De igual manera, consideramos importante el realizar propuestas de proyectos encaminados tanto al mejoramiento de las condiciones relativas al Centro aquí descrito, como a la creación de Centros similares destinados a la implementación de los objetivos de evaluación, tratamiento y prevención de la conducta suicida.

A P P E N D I C E

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre Fecha

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

- 1 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1 Me siento desanimado de cara al futuro.
2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3 0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3 Soy un fracaso total como persona.
- 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
- 5 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.
- 6 0 No creo que esté siendo castigado.
1 Siento que quizá esté siendo castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7 0 No estoy descontento de mí mismo.
1 Estoy descontento de mí mismo.
2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
3 Me detesto.

- 8 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2 Desearía poner fin a mi vida.
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10 0 No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11 0 No estoy especialmente irritado.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
- 13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
- 17 0 No me siento más cansado de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

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

Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor.

Se pueden obtener copias o el permiso para utilizar esta escala en:
CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Room 602, 133 South Street,
Philadelphia, Pa. 19104.

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M. D.

ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS

Nombre Fecha

Día de la
Entrevista

Momento de la
Crisis/Punto má
agudo de la enf.

1. *Características de las Actitudes Hacia la Vida/Muerte*
- () 1. Deseo de vivir ()
0. Moderado a fuerte
1. Débil
2. Inexistente
- () 2. Deseo de morir ()
0. Inexistente
1. Débil
2. Moderado a fuerte
- () 3. Razones para vivir/morir ()
0. Las primeras superan a las segundas
1. Equilibrado
2. Las segundas superan a las primeras
- () 4. Deseo de realizar un intento de suicidio Activo ()
0. Inexistente
1. Débil
2. Moderado a fuerte
- () 5. Intento de suicidio pasivo ()
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
1. Dejaría la vida —muerte— para cambiar (p. ej., cruzar una calle con mucho tráfico sin mirar antes)
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar su vida (p. ej., que un diabético dejase de ponerse insulina)

Si la puntuación en los ítems 4 y 5 es "0", omitanse las secciones II, III IV, y póngase "8" — "No Aplicable" en cada uno de los espacios reservados para los códigos en blanco.

Día de la Entrevista	Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
II. Características de los Pensamientos/ Deseos de Suicidio	
() 6. Duración ()	
0. Breve, momentos pasajeros	
1. Períodos algo más largos	
2. Continuos (crónicos) o casi continuos	
() 7. Frecuencia ()	
0. Muy baja; ocasionalmente	
1. Intermitentes	
2. Persistentes o continuos	
() 8. Actitud hacia los Pensamientos/Deseos ()	
0. Rechazo	
1. Ambivalente; indiferente	
2. Aceptación	
() 9. Control sobre la Acción/Deseo de Suicidio ()	
0. Sensación de control	
1. Inseguridad acerca de la capacidad de control	
2. Ausencia de control	
() 10. Disuasorio del Intento de Suicidio Activo (familia, religión, consecuencias en caso de no tener éxito; irreversibilidad) ()	
0. No se suicidaría a causa de alguno de estos factores	
1. Cierta duda acerca de estos factores	
2. Duda mínima o inexistente acerca de estos factores	
(Indicar cuáles son estos factores, en caso de estar presentes: _____)	
() 11. Razones para Pensar en el Suicidio ()	
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, vengarse	
1. Combinación de "0" y "2"	
2. Escapar, resolver los problemas	

Día de la Entrevista	Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
III. Características del Intento	
() 12. Método: Especificidad/Planificación ()	
0. Sin considerar	
1. Considerado, pero sin determinar los detalles	
2. Detalles elaborados/bien formulados	
() 13. Método: Viabilidad/Oportunidad ()	
0. Método no disponible; no oportunidad	
1. El método requeriría tiempo/esfuerzo; no hay oportunidad disponible	
2a. Método y oportunidad disponibles	
2b. Oportunidad en el futuro o disponibilidad del método anticipada	
() 14. Sensación de "Capacidad" para llevar a cabo el Intento ()	
0. Falta de valor; demasiado débil asustado, incompetente	
1. No está seguro de tener valor para hacerlo	
2. Está seguro de tener valor	
() 15. DEJESE EN BLANCO ()	
() 16. Expectativa/Anticipación del Intento Real ()	
0. No	
1. Sin seguridad, sin claridad	
2. Sí	
() 17. DEJESE EN BLANCO ()	
IV. Actualización del Intento	
() 18. Preparación Real ()	
0. Ninguna	
1. Parcial (p. ej., comenzar a guardar píldoras)	
2. Completa (p. ej., tener píldoras, una navaja, un arma de fuego, etc.)	

BIBLIOGRAFIA

Abely., en Moal, P. Los suicidios de los niños y adolescentes en España. Ed. Planeta Mexicana, México, 1976.

Aguado, I., Freud: sujeto y sociedad. México, UNAM-ENEPI, -- 1987 pag. 17.

Beck, T. ; Kovack, M., y Weissman, A., Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983.

Bunge, M., La investigación científica. Ed. Ariel, Barcelona 1983.

Calderón , N.G., Depresión. Ed. Trillas, México, 1984, 41-64.

Centro para la Prevención del Suicidio (CPS). Los Angeles, California, 1983.

Davison, G. y Neale, J. Psicología de la conducta anormal. - Ed. Limusa, México, 1983.

Del Castillo, V., Breve estudio acerca del retardo en el desarrollo. Tesis, UNAM, México, 1983, pag. 119-126.

Douglas, en Sarason, I., y Sarason , B., Psicología anormal. Ed. Trillas, México, 1986, pag. 293-300, 527-533.

Durkheim, E., El suicidio. Ed. Ariel, España, 1976.

Eisenberg, F. y Margain. Estudio de algunos factores de la conducta pseudosuicida en tres instituciones hospitalarias en el Distrito Federal. Tesis, UNAM, México, 1978.

Ellis, A. Humanistic psychotherapy: the rational emotive approach. McGraw-Hill, New York, 1973.

Eysenck, H.J., Manual de psicología anormal. Ed. El manual moderno, México, 1983.

Farberow, N. Clues to suicide. En Farberow, N. y Shneidman, I. Necesito ayuda ! Estudio sobre el suicidio y su prevención. Prensa Mexicana, México, 1969.

Farberow N. y Shneidman, I. Necesito ayuda !, op. cit.

Fernandez y Carrobbles, Evaluación Conductual. Ed. Desclee de Bower, Barcelona, 1984.

Freud, S., La naturaleza de lo psíquico. En compendio del psicoanálisis. Obras completas Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981, Tomo III, caps. I - IV, pag. 3379-3391.

Fromm, E. y Reichmann, Principios de psicoterapia intensiva. Ediciones Horme, S.A., Buenos Aires, 1975, cap. XI.

Galindo, E.; y cols. Modificación de conducta en la educar-

Garfield L. Psicología clínica. Estudio de la personalidad y la conducta. Ed. El manual moderno, México, 1984.

Gibbs, en Sarason y Sarason . Psicología anormal, op. cit.

Guerra, A. y Salazar, A., Estudio Psicosocial del suicidio. Tesis, UNAM, México, 1987

Kanfer, F., y Phillips. Principios del aprendizaje en la terapia del comportamiento. Ed. Trillas, México, 1980.

Kanfer, F. y Saslow. En Galindo y cols. Modificación de conducta..., op. cit.

Keith, W., en Beck y Shaw, Terapia cognitiva..., op. cit.

Kent, R. Apuntes sobre el problema de la socialización, la ideología y la subjetividad. UNAM-ENEPI, México, 1982

Kuhn, T.S., La estructura de las revoluciones científicas. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1971.

Lemkau, P.V., Higiene Mental, Ed. F.C.E., México, 1976, pag. 373-361.

Lester, en Davison y Neale. Psicología de la ..., op. cit.

Lewinsohn, En Sarason y Sarason . Psicología Anormal, op.cit.

Litman y Farberow, N., en Farberow y Shneidman, ¿ Necesito

Mar, Z., Las ideas suicidas. Revista de Psicología, México, 1977, 14, 12-22.

Mdarko y Saem, en Guerra y Salazar. Estudio Psicosocial... op. cit.

Mesa Redonda. Suicidio. Revista de la Fac. de Medicina, 1978, vol. XXI, 2, 5-20.

Moal, P. Los suicidios de los niños y adolescentes ... op. cit.

Mondolfo, R., en Guerra y Salazar. Estudio psicosocial... op. cit.

Motto, J., y Greene, Suicide and the medical community. Archives of neurology and psychiatry, 80: 776-781, 1958

Nagel, E., La estructura de la ciencia. Ed. Ariel, Barcelona 1981.

Nava, R., Lecturas de psicología. UNAM, México, 1974, pag. 7.

Pitir'm Sorokim. " Contemporary sociological theories. London, 1969.

Prince, Bander y Keltarr, en Ollendick y Denny, 1981.

Quiroz, A., y cols., Tendencia y ritmo de la criminalidad en

Revista de Estadística Nacional, México, 1970

Resnick, en Sarason y Sarason, Psicología Anormal, op. cit.

Ribes, E., y cols. Enseñanza, ejercicio e investigación en -
Psicología. Ed. Trillas, México, 1980; cap. 17.

Robins y cols. The communication of suicidal intent: a study
of 134 consecutive cases of successful (completed)
suicides. American Journal of Psychiatry, 115:
724-733, 1959.

Rodríguez Sala de G; ómez Gil. Suicidios y suicidas en la so-
ciedad mexicana. UNAM, México, 1974.

Sánchez, en Guerra y Salazar. Estudio Psicosocial...op. cit.

Seve, L. Marxismo y Teoría de la Personalidad, en Guerra y -
Salazar, Estudio Psicosocial... op. cit.

Shneidman, E. y Farberow: Some comparisons between genuine
and simulated suicidal notes. Journal of General Psy-
chology 56: 251-256, 1957.

Shneidman, E., en Sarason y Sarason . Psicología anormal...

op. cit.

Solomon, P. y Vernon. Manual de Psiquiatría. Ed. El manual
moderno, México; 1982, caps. 3, 5, 8 y 22.

Spiegel y Spiegel, en Beck y Shaw, Terapia cognitiva... op.
cit.

Stengel, E., Psicología del suicidio y los intentos suicidas
Ed. Horme/Psicología de hoy. Buenos Aires, 1965.

Stengel y Cook, en Farberow y Shneidman, ¡ Necesito ayuda !
op. cit.

Vail, D., Suicide and medical responsibility. American Jour -
nal of Psychiatry, 15: 1005-1010, 1959.

Yates, A.J., Terapia del Comportamiento. Ed. Trillas, México
1980, cap. 1

Yesolier, Gibbs, en Beck y Shaw, Terapia cognitiva... op. cit.