



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Propuesta de intervención desde el enfoque cognitivo conductual para un caso de intento suicida"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

**Alejandra Reyes Vargas
Gabriela Saiz Calderón Beltrán**

Director: Mtro. **Ernesto Arenas Govea**

Dictaminadores: Lic. **Juana Olvera Méndez**

Mtra. **Maria Olga Mejia Anzures**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

RESÚMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	5
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Definición.....	16
1.3 Perspectivas Teóricas.....	20
2. MODELO COGNITIVO – CONDUCTUAL.....	28
2.1 Historia de la terapia cognitivo - conductual.....	28
2.2 La aparición de las terapias cognitivas.....	39
2.3 Principios generales.....	40
2.4 Estructura General.....	44
2.4 Técnicas Cognitivo Conductual.....	49
3. EL SUICIDIO	64
3.1 Tasa de suicidio en el mundo y en México.....	64
3.2 Definición y antecedentes: suicidio, ideación suicida e intento de suicidio.....	67
3.3 Principales factores detonantes de un suicidio.....	73
3.3.1 Factores psicológicos.....	75
3.3.2 Factores familiares (ambiente familiar disfuncional).....	81
3.3.3 Factores sociales (deficiencias en el ambiente social).....	83
3.4 Técnicas específicas para el tratamiento de un caso de intento de suicido.....	85
4. PRESENTACIÓN DE CASO.....	91
4.1 Motivo de consulta.....	91
4.1.1 Área familiar.....	92

4.1.2	Área social.	97
4.1.3	Área laboral y escolar.	98
4.1.4	Área de salud.	99
4.2	Diagnóstico.	101
4.3	Establecimiento de metas.	102
4.4	Diseño de intervención.	103
4.5	Resultados de la intervención.	105
4.5.1	Depresión.	105
4.5.2	Asertividad.	106
4.5.3	Control de emociones	107
4.5.4	Círculo social	107
4.6	Discusión.	108
CONCLUSIÓN		110
REFERENCIAS		114

RESÚMEN

La presente investigación tiene como objetivo brindar una propuesta de intervención desde un enfoque cognitivo conductual en un caso de intento de suicidio, además, enunciar los factores avizores que pueden desencadenar en suicidio y dar a conocer el procedimiento llevado a cabo en la intervención en un caso específico de intento suicida. Para ello, se realizó una revisión teórica sobre la psicología clínica para conocer y comprender la diversidad de enfoques que se manejan actualmente, para después centrarse en la teoría cognitivo conductual y el suicidio que son los temas centrales de esta investigación. El estudio de caso se realizó con una paciente de la Clínica Universitaria Integral de la Salud, quien acudió a solicitar el servicio de terapia psicológica debido a un intento de suicidio a quien, por asuntos de confidencialidad, se le nombrará "Lyn". El procedimiento para la intervención consistió en evaluar la problemática del paciente a través de la entrevista, estableciendo claramente el diagnóstico del caso. Una vez obtenida la información pertinente, se realizó un diseño de intervención eficaz y adecuado al caso haciendo uso de técnicas y estrategias apegadas al modelo cognitivo conductual. Además del procedimiento, se expusieron los factores detectados que fueron detonantes del intento suicida de la paciente y las técnicas más eficaces para su tratamiento. Por último, se realizó una revisión y análisis de dicha propuesta, a fin de mejorarla y cumplir con los objetivos de la presente investigación y en comparación con estudios previamente realizados. Los resultados obtenidos fueron favorables en general, ya que Lyn logró mejorar su autoestima y seguridad, así como adquirir habilidades al momento de comunicarse y herramientas que le permitieron resolver algunos problemas que al inicio de la terapia le parecían abrumadores, amplió su círculo social, realizó un plan de vida y logró visualizarse como una mujer bonita y productiva. Se concluyó que a través del adecuado uso y manejo de la teoría y técnicas cognitivo conductuales, se obtuvieron resultados exitosos que suponen una aportación más a la literatura científica existente sobre el tratamiento de las personas con ideación e intento de suicidio.

INTRODUCCIÓN

El tema central de esta investigación es el suicidio, la ideación y el intento de tal acto, ya que en la actualidad es un fenómeno alarmante que de acuerdo a las estadísticas, ha ido en aumento. Según la OMS (2017) por año, alrededor de 800,000 personas se quitan la vida, y muchas más intentan hacerlo. En 2015 fue la segunda causa principal de defunción, principalmente en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

Al ser un fenómeno tan complejo, se decidió estudiarlo desde la perspectiva cognitivo conductual, ya que el análisis contempla los aspectos cognitivos, dándole importancia a las creencias y pensamientos de la persona, para que al modificarlos con las técnicas adecuadas, logre también modificar la conducta, en este caso la ideación suicida y el intento de suicidio.

Dentro de la psicología clínica existen muchas corrientes teóricas, sin embargo, la perspectiva cognitivo conductual, ha llegado a ser muy reconocida debido a la efectividad en sus usos y aplicaciones clínicas (Hernández y De la Cruz, 2007). Este crecimiento en la teoría, se destaca en el área del análisis y modificación de la conducta, ya que datos empíricos han demostrado su eficiencia al ser aplicada en la diversidad de problemas del ser humano cuando se emplea de manera correcta.

Aunque existen investigaciones acerca del suicidio, realmente el enfoque en México carece de la prevención para trabajar con las personas que han pasado por la ideación y el intento de suicidio y desafortunadamente son más los estudios que se enfocan solo al suicidio cometido.

Por lo tanto, debido a los pocos estudios de caso existentes referentes a la ideación, intento y suicidio, y el aumento constante de dichas conductas, la presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de desarrollar una propuesta de intervención desde el enfoque cognitivo conductual sobre un caso de intento de suicidio, así como enunciar los factores avizores que pueden desencadenar en

suicidio y dar a conocer el procedimiento llevado a cabo en dicho caso. La propuesta de intervención se realizó con una mujer a quien por motivos de confidencialidad se le denominó “Lyn”, quien acudió a terapia en busca de ayuda, ya que había tenido varios intentos de suicidio, y el más reciente la llevó a una situación en donde casi pierde la vida.

Para el desarrollo de la propuesta de intervención, fue necesario estudiar la esencia de la psicología clínica. En el capítulo uno se retoma la historia de la disciplina, así como su definición y práctica para comprender cómo es que las distintas teorías que la sustentan se han ido modificando a través de los años. En el capítulo dos se analizó la corriente Cognitivo Conductual, sus antecedentes, principios y estructura general durante terapia, y las técnicas empleadas específicas de esta teoría para que de esta manera, se lograra determinar cuáles son las más convenientes para el caso. En el capítulo tres se analiza el suicidio y se revisaron las tasas en México y el mundo, vislumbrando que la tendencia ha ido aumentando en el país, situación preocupante sobre todo en la población joven. En cuanto a las definiciones existentes del suicidio, de la ideación suicida y del intento de suicidio (siendo 3 comportamientos distintos), se destaca que cada uno merece su atención y estudio especializado. Por otra parte, al estudiar los principales factores detonantes, se puede dar una perspectiva a quienes se dedican a la intervención en casos de intento de suicidio o ideación, con la finalidad de enriquecer dichos factores, ya que en cada caso se dan de manera distinta; dichos factores se clasificaron en psicológicos, familiares y sociales, haciendo énfasis en que todos son importantes y se deben estudiar en conjunto. En el capítulo cuatro se expone el caso investigado, y para una mejor comprensión, se realizó el análisis de todos sus componentes, desde el motivo de consulta, antecedentes familiares, laborales, escolares, sociales y de salud, detallando el diagnóstico y el establecimiento de metas. Cabe mencionar que para que el diseño de intervención tuviera coherencia con lo que se quiere trabajar, siempre se consideró y respetó la teoría abordada (cognitivo conductual).

Por último, se detallan los resultados obtenidos, los cuales fueron favorables para la investigación.

1. PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología como disciplina científica surgió como parte de una revolución de un grupo de filósofos europeos con una mentalidad científica, cuando éstos abandonaron la filosofía y comenzaron la psicología como la ciencia de estructura de la mente y la conciencia. El objetivo fue hacer de la psicología una ciencia pura natural, en igualdad de condiciones a otras ciencias, utilizando como técnica principal de investigación de la mente "la introspección" personal estructurada (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012)

La psicología latinoamericana ha recibido la influencia de varias corrientes de pensamiento, siendo las más importantes el psicoanálisis, el conductismo y la llamada psicología "francesa".

El psicoanálisis tuvo arraigo especialmente en la primera etapa, cuando no había psicólogos profesionales en los países latinoamericanos y sus funciones las cumplían médicos psiquiatras.

El conductismo representó una verdadera revolución, dio respaldo científico y profesional a los esfuerzos de los nuevos psicólogos y aportó una tecnología práctica para la solución de apremiantes problemas sociales.

En particular, el conductismo radical de Skinner contó con gran acogida en nuestro continente. La tercera influencia, la psicología "francesa", resulta mucho más vaga y difícil de explicar. La psicología "francesa" involucra factores ideológicos y políticos, grandes teorías, una evaluación global y comprensiva de la realidad social, incidencias de la sociología y la antropología.

Esta influencia revivió la importancia lingüística, de antropología estructural, de Lacan, de Wallon y de muchos otros pensadores, tanto psicólogos como psiquiatras y científicos sociales. No se trata entonces de un movimiento definido, como podría serlo la psicología crítica de Hotzkamp en Alemania, o la psicología radical en E.U.A.; tampoco abarca toda la psicología francesa, con su gran tradición

investigadora, asociada con Piaget, Fraisse, Nuttin y Michotte. Estas tres corrientes de pensamiento no representan diferentes períodos de la psicología latinoamericana, sino que se superponen, aunque traten de ignorarse entre sí.

Los psicoanalistas, conductistas y psicólogos de la escuela "francesa" existen en mayor o menor grado en muchos países. Argentina, Brasil y México han sido los países en que la psicología ha logrado un mayor desarrollo, tanto en el aspecto científico como profesional, antes y ahora (Díaz y Núñez, 2010).

Es importante considerar que no en todos los lugares la Psicología ha alcanzado el mismo nivel de desarrollo como profesión. Mientras en uno se dispone de psicólogos en formación universitaria, en otros, los estudiosos de Psicología no constituyen una carrera propiamente dicha y ésta falta de preparación que adolece el psicólogo en muchos lugares, es más grave cuando se trata en especialidades dentro de psicología.

Pero un hecho real es que, con o sin reglamentación oficial de la de psicólogo como profesión, cada día es mayor el número de los que, en todos los países, la ejercen en campos distintos, dejando de lado la creencia que se sostenía en los años 70's de que lo único que el psicólogo podía hacer, era enseñar psicología. Y el que esto ocurra no se debe a capricho o inmoralidad de los que hacen de la Psicología su profesión; sino al tácito reconocimiento social de que los psicólogos son necesarios.

La psicología actual estudia al individuo, no como psiquismo, en más o menos íntima unión con el organismo; sino como persona o personalidad. Es decir, como organización dinámica, de los factores somatopsíquicos, que determinan el individual modo de ajuste e interacción del individuo con su peculiar situación vital, en cada momento, y a lo largo del curso de su vida (Peinado, 1978).

Es importante tomar en cuenta que la Psicología Clínica es una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales. Según la revista española "Papeles del psicólogo" (2003),

la Psicología Clínica coincide con la Psiquiatría en que su objeto es el trastorno mental, no la enfermedad, de tal manera que las funciones profesionales de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras convergen en gran medida.

Las diferencias estriban en que el psiquiatra no está suficientemente formado para utilizar con destreza los tratamientos psicológicos ni los instrumentos diagnósticos desarrollados por la investigación psicológica, ni el psicólogo posee la habilitación legal ni la formación necesaria para hacer uso de terapéuticas farmacológicas.

1.1 Antecedentes.

Para poder explicar la Psicología Clínica moderna, de acuerdo con Bernstein y Nietzel (1986), se debe tomar en cuenta una serie de hechos históricos y sociales que dieron a este campo sus características iniciales y que, aun hoy, siguen teniendo influencia. Estos son: 1) la manera como se han utilizado los métodos científicos en la Psicología, 2) la manera como se ha ido desarrollando el interés por las diferencias individuales de los seres humanos, y 3) la manera como se han visto los problemas de la conducta. Los dos últimos grupos de factores han determinado en buena parte lo que hacen y lo que no hacen los psicólogos clínicos, mientras que en el primero se ha definido cómo lo hacen.

En el siglo XIX se intentó establecer a la psicología como una ciencia que utilizaba los mismos métodos y procedimientos de investigación que las otras ciencias naturales como la Biología y la Física.

Aunque las raíces históricas de la psicología estaban en la filosofía, y a pesar de que muchos de los primeros psicólogos se preocupaban por problemas filosóficos como el de las relaciones entre el espíritu y el cuerpo, esta disciplina enfocó estos y otros aspectos de la conducta humana por medio de investigaciones, utilizando como método las armas poderosas de la ciencia: la observación y la experimentación. (Bernstein y Nietzel, 1986).

Para dar una descripción cronológica de la psicología clínica, es importante iniciar y remontarse al año 1875, cuando Wundt ocupa la cátedra de Leipzig,

creando el primer laboratorio de psicología. Con este hecho, Wundt es conocido como el padre de la psicología experimental.

Sin embargo, Wundt no anhelaba realizar otro experimento como los anteriores, más bien pretendía estudiar la mente como una realidad compleja; observó que la química y otras ciencias progresaron gracias al estudio de los elementos base que componen su objeto de estudio, lo mismo deseó Wundt con la conciencia y debido a que ésta solamente puede ser estudiada por cada sujeto, propuso como método de estudio la introspección, sin embargo, para diferenciarla de la introspección usada por los filósofos, la mostró con una lista de controles encargados de garantizar su objetividad.

Los elementos de la mente (sensación, imagen y sentimientos) y sus leyes de combinación fueron el producto de este programa (Álvarez, 2012).

A la psicología desarrollada por Wundt se le conoce como estructuralismo o elementalismo, cuyo objetivo es el estudio científico de la experiencia consciente, mediante una introspección científica que le permita descubrir los últimos elementos de la conciencia así como los principios que regulan la combinación de los mismos para formar los fenómenos complejos de la mente.

Para Wundt el objeto de estudio de la psicología era la conciencia por lo que cada individuo debe analizar ésta mediante la introspección (o autoobservación), la cual, para ser científica, debe someterse a un control riguroso en el laboratorio; en cada experimento se trata de presentar un estímulo al que responderá el sujeto (Álvarez, 2012).

A pesar de los aspectos de científicidad con que revistieron los estructuralistas a la introspección y, pese al control establecido para impedir la influencia de la subjetividad, no pudieron evitar que los resultados obtenidos por unos psicólogos fueran incomparables con los obtenidos por otros. Esto, entre otras causas, dio motivo a severas críticas y al descrédito en que posteriormente cayó la introspección.

Según la revista española “Papeles del psicólogo”, (2003) si hubiera que dar una fecha de bautizo de la Psicología Clínica sería en 1896, cuando Lighner Witmer fundara en la Universidad de Pennsylvania, la primera clínica con el nombre precisamente de “Psicología Clínica”. De esta manera, se empezó a definir un papel clínico del psicólogo hasta entonces caracterizado, sobre todo, como científico.

Es importante mencionar que Witmer había hecho su tesis doctoral con Wundt en Alemania. La clínica de Witmer empezó por ofrecer tratamiento para deficiencias del desarrollo infantil sobre la base terapéutica de un re-aprendizaje.

La clínica terminó por desarrollar lo que su fundador denominara “método clínico”, lo cual fue una ventaja para la formación de los estudiantes en psicodiagnóstico y aplicación terapéutica (ofrecida por la Universidad de Pennsylvania en 1904-1905). Esta primera clínica se concibió como una institución de servicio público y pronto otras universidades fundaron las suyas.

Finalmente, Witmer sería también fundador en 1907 de la primera revista de Psicología Clínica (The Psychological Clinic). La fecha de 1896 es significativa también por ser el año en el que Sigmund Freud pusiera el nombre “Psicoanálisis” a su propio método clínico.

Es interesante reparar en que Freud y el psicoanálisis (recién bautizado), supusieron una ruptura con la tradición neuropatológica y el comienzo de un nuevo enfoque que bien puede inscribirse como Psicología Clínica, ya que, de una forma de conocimiento con base en la mirada biológica, que se había mostrado inútil para explicar la neurosis, Freud pasa a una forma de conocimiento con base en la escucha biográfica, lo que habría de permitir una concepción propiamente psicológica, con su psicopatología y psicoterapia (Pharres, 1992).

Para continuar abordando la psicología clínica y sus antecedentes, es importante profundizar en el psicoanálisis que argumentaba que la conciencia era una parte mínima de la vida mental, algo así como la punta de un iceberg que flota en el mar; la verdadera realidad psíquica quedaba oculta en las profundidades del inconsciente y sólo se manifestaba indirectamente en los síntomas de la

enfermedad mental, en los sueños y en otros sucesos de la vida cotidiana como los chistes y errores cometidos en la conversación (lapsus linguae).

En una de sus obras, Freud señaló que el psicoanálisis era tres cosas: una técnica para curar las neurosis, un método para investigar el inconsciente y una teoría de la mente. Aunque posteriormente lo expandió a la sociedad, el arte y la cultura, la religión, los grupos humanos, la violencia y la guerra, transformándolo en una cosmovisión que pretendía explicar los enigmas de la vida.

Así, el ser humano aparecía como una criatura contradictoria, en lucha consigo misma, que se veía obligada a renunciar a las satisfacciones más profundas para vivir en sociedad. Las producciones de la cultura, tanto de la ciencia como del arte, no eran más que sublimaciones del sexo y la agresión.

Los métodos utilizados actualmente en la terapia psicoanalítica son: Método catártico, hipnosis, método de las presiones (una vez recostados en el diván con los ojos cerrados, pedía a los pacientes que concentraran su atención en el síntoma. Después les decía: “voy a ejercer una fuerte presión en su frente con mi mano y cuando cese la presión, usted verá claramente la idea que buscamos”), el método resultó adecuado como la hipnosis y puso al descubierto las resistencias al tratamiento. Cuando llegaban a temas comprometedores, las enfermas se callaban, divagaban o abandonaban la terapia.

Esto parecía indicar que existían fuerzas contrarias a la salida del material significativo. Freud intuyó que eran las mismas que habían dado origen a los síntomas y prestó atención especial a las resistencias, la asociación libre (consiste en hablar de lo primero que llegue a la mente, aunque no se relacione con la enfermedad). Todos son meramente interpretativos y subjetivos y los progresos dependían de la relación terapéutica (transferencia), de modo que cuando ésta se deterioraba los síntomas volvían a presentarse.

Aunque el número de psicólogos en las escuelas, clínicas, hospitales, y otras instituciones afines, aumentaba constantemente, la preparación de los psicólogos

clínicos no se distinguía mucho de la preparación que se daba a los psicólogos experimentales académicos.

Para continuar hablando sobre los antecedentes, es preciso mencionar la psicología Gestalt, ya que los gestaltistas utilizaban también la experimentación y querían descubrir cómo los sujetos reaccionan (y si lo hacen) ante situaciones en general, o ante algún elemento particular del todo. Según Álvarez (2012), los gestaltistas no se sintieron esclavos de un solo método, utilizaban cualquier procedimiento que resultara eficaz para estudiar el problema que les preocupaba, defiende que el comportamiento depende de los procesos dinámicos del organismo y de las condiciones externas.

De esta forma, en psicología pueden usarse métodos objetivos y de introspección sobre la experiencia directa (con base en el principio del isomorfismo y considerando que existen muchos procesos dinámicos que no pueden comprenderse directamente).

Considerando la actitud fenomenológica, afirmaban que era científicamente válido el informe de un individuo sobre el significado de su experiencia interna así como de su expresión espontánea (aunque no sean científicas, lo importante es que sea una descripción de los fenómenos). Köhler defiende el método analítico de la Gestalt como método científico.

Un procedimiento frecuente fue el uso de demostraciones o ejemplificaciones gráficas (líneas, puntos, colores, figuras en distintas posiciones) de las que generarían muchas leyes perceptivas.

El experimento de Wertheimer, por ejemplo, es sencillo y muy importante para esta escuela: si existen dos estímulos luminosos y fijos que están a cierta distancia y que se muestran sucesivamente en un periodo de tiempo idóneo, pese a ser estímulos estáticos, son capaces de ofrecer la sensación de desplazamiento, la cual es tan real como la de un auténtico desplazamiento de estímulos (Álvarez, 2012).

Continuando con las teorías de la psicología clínica, es importante mencionar que la revolución tecnológica producida en el ámbito de la informática después de la Segunda Guerra Mundial ofreció una nueva perspectiva para el estudio de la mente y la cognición llegó ocupar un lugar importante en la psicología.

Según Álvarez (2012), la revolución cognitiva promovió la teoría del desarrollo cognitivo infantil del suizo Jean Piaget, una de las figuras más destacadas del cognitivismo moderno. Aunque sus trabajos eran conocidos en Europa desde los años treinta, en Estados Unidos no llegaron al público hasta inicios de los sesenta, a partir de la publicación del libro “La psicología evolutiva”. Principalmente, la psicología genética estudió los orígenes y desarrollo del conocimiento en todas sus dimensiones (tanto individuales como colectivas).

En los estudios llevados a cabo en el ámbito psicogenético, Piaget y sus colaboradores utilizaron varios métodos de investigación psicológica durante los diferentes periodos de la elaboración del paradigma. Sin embargo, el clínico crítico es el método primordial de los trabajos de la Escuela de Ginebra.

Este método consiste en la realización de una entrevista o un interrogatorio flexible, que el examinador aplica de forma individual al examinado; para ello se auxilia de materiales concretos que plantean un problema o tarea al examinado.

El interrogatorio se fundamenta en una serie de hipótesis directrices, formuladas previamente por el entrevistador, con el propósito de conocer con profundidad las respuestas y argumentos de los niños sobre alguna noción física, lógico-matemática, social, escolar, etcétera.

Luego de la entrevista, se realiza un análisis cualitativo de las respuestas, con base en un modelo de interpretación (que es que origina las hipótesis que guían el interrogatorio) genético y estructural.

En la aplicación del método clínico-crítico existe una continua interacción entre el examinador y el examinado, pero el examinador debe evitar sugerir las respuestas u otra situación que impida captar eficazmente la lógica del pensamiento

del niño. Por consiguiente, en el uso del método clínico-crítico, en lugar de que el examinador se aleje del objeto de conocimiento (el sujeto examinado), se aproxima a él contrastando sus hipótesis (mediante la entrevista flexible, en la cual el entrevistador guía dejándose guiar por los argumentos del niño), para conocer, con mayor objetividad, la competencia cognitiva del examinado.

En oposición a la metodología conductista, la cual afirma que se alcanza una mayor objetividad al alejarse del objeto de conocimiento (mediante controles experimentales complejos, observaciones neutras, etc.) en el método clínico-crítico, la representación del sujeto experimental o examinado (noción física, lógico-matemáticas, sociales, escolares) logra mayor objetividad mientras más se aproxime a él (se interactúe con él).

Como se mencionó anteriormente que no fue precisamente la psicología profesional y científica, sino, la Segunda Guerra Mundial y los problemas humanos que la acompañaron lo que prácticamente revolucionó el entrenamiento y el ámbito del trabajo clínico dentro de la psicología (Garfield, 1974).

Por lo tanto, el porcentaje tan sorprendentemente elevado de los candidatos que se rechazaban del servicio militar a causa de dificultades psicológicas o emocionales sirvió para atraer la atención del país sobre la gravedad de este problema. Un primer informe sobre las causas de rechazo entre candidatos de 18 y 19 años de edad reveló que la “enfermedad mental” y la deficiencia mental estaban entre las diez principales causas del rechazo.

Después de una depuración preliminar como esta, el número de casos de incapacidad psicológica que se descubrieron después en las fuerzas armadas, antes y después del combate, era extremadamente grande.

Según fue avanzando la guerra, más y más casos como éstos eran evidentes y el personal disponible para cuidar de ellos resultó muy limitado. Aunque se empleaba a muchos psicólogos en las fuerzas armadas, en los centros de recepción para seleccionar y clasificar al personal militar, eran muy pocos los psicólogos profesionales que se empleaban activamente para el trabajo clínico

intensivo. A causa del número cada vez mayor de individuos que necesitaban cuidado psicológico, el papel del psicólogo clínico recibió un impulso extraordinario. Por ejemplo, en la infantería a partir del otoño de 1944, se comisionó a más de 200 psicólogos clínicos a hospitales militares y centros de rehabilitación sacándolos de las filas donde se encontraban.

A causa de la tremenda necesidad que había de un personal calificado para cuidar del gran número de individuos que eran enviados para observación y tratamiento psiquiátrico, se concedió a los psicólogos clínicos la oportunidad de ejercer en gran variedad de tareas profesionales que antes les habían estado vedadas. De esta manera se ensanchó el ámbito de las tareas clínicas en psicología, y se acentuó mucho la distinción entre el psicólogo clínico y el examinador psicológico, quedando este último confinado casi exclusivamente a la administración de pruebas.

Además se establecieron programas específicos de entrenamiento conducentes al grado de Doctorado en Psicología Clínica. Una característica novedosa de estos programas fue el énfasis que se puso en la experiencia clínica profesional, que se debería obtener mediante el plan de estudios establecido y un año completo de internado. Fue así como se aceptó a la Psicología Clínica como una disciplina profesional en el campo de salud mental, y suscribió un enorme programa de entrenamiento.

Esta multiplicación de actividades en la Psicología Clínica ha continuado desde la guerra hasta nuestros días, y son muchos los acontecimientos notables que han contribuido a ello (Garfield, 1974).

Para continuar recabando antecedentes sobre la psicología clínica, a continuación se revisarán dos paradigmas distintos surgidos en Rusia: el paradigma sociocultural y el condicionamiento clásico.

El paradigma sociocultural (sociohistórico o histórico-cultural) fue desarrollado por L. S. Vigotsky en la década de 1920; en su esquema teórico utiliza una forma integrada para relacionar cuestiones como el aprendizaje, el desarrollo

psicológico, la educación y la cultura. Vigotsky se interesó en cómo hacer uso de principios y normas psicológicas en el campo pedagógico, en parte quizá por intereses prácticos, manifestados por sus compromisos y convicciones de coadyuvar activamente en el proceso histórico de la construcción de una sociedad nueva, y también, en parte, por el interés teórico-académico de buscar la comprensión y la mejora de las distintas situaciones y prácticas educativas (educación básica, educación especial y educación científica).

El núcleo teórico de este paradigma está compuesto por los siguientes temas: 1) La tesis de que las funciones psicológicas superiores solamente consiguen comprenderse por medio del estudio de la actividad instrumental mediada (utilización de instrumentos). 2) La tesis que asevera que las funciones psicológicas superiores se originan y desarrollan en el ámbito de las relaciones organizadas social y culturalmente. 3) Las funciones psicológicas superiores no pueden estudiarse como entidades fosilizadas, sino a través de la aplicación de un análisis genético.

Una de las estrategias metodológicas que más utilizaron Vigotsky y sus colaboradores fue el conocido método funcional de la doble estimulación. El método consiste en presentar al sujeto situaciones problema cuya resolución exige que utilice una clase de estímulos neutros que adquieren funciones instrumentales (signos), por estos medios modifica la estructura de las operaciones de resolución. Es decir, es una forma artificial experimental de la actividad mediada en que se constituyen y se aplican signos para resolver una tarea dada.

Por otra parte, el paradigma del condicionamiento clásico fue un procedimiento utilizado por el fisiólogo Pavlov. El estudio de la salivación condicionada es muy conocido. Implicaba dos estímulos, uno de los cuales era un tono o una luz. En su primera presentación éste podía tener una respuesta provocada de orientación, pero no producir salivación. La comida era el otro estímulo: el sabor de una solución ácida que se colocaba en el hocico del animal. En oposición al primer estímulo, el segundo provocaba una cuantiosa salivación, incluso desde la primera vez que se presentó (Álvarez, 2012).

Como se mencionó al inicio de este capítulo y después de revisar una serie de acontecimientos, podemos dar cuenta de que, en efecto, la Psicología Clínica no tuvo el mismo nivel de reconocimiento ni de desarrollo en sus inicios, pero hoy en día no solo se le reconoce, sino también se le considera necesaria para una sociedad funcional.

Así como es importante estudiar los antecedentes de la Psicología Clínica, también es necesario definirla y brindar un panorama general sobre las distintas corrientes teóricas que la representan.

1.2 Definición.

La palabra psicología viene de las raíces psique, que significa “mente” y logos, que significa “conocimiento o estudio”. Sin embargo, resulta notoriamente difícil observar la “mente”. Por eso la psicología se define como el estudio científico del comportamiento humano.

En la actualidad, ya muchos autores han hablado de la Psicología y de sus distintos enfoques y perspectivas y por lo mismo existen muchas definiciones de lo que es y hace la Psicología Clínica, sin embargo éstas van encaminadas a describir un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes, un campo heterogéneo de teoría y procedimientos (Sánchez, 2008).

La Psicología Clínica es la rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores que afectan la salud mental y las condiciones que puedan generar malestar o sufrimiento al individuo humano.

Dicha especialidad de la Psicología pretende ser un “todo” que abarque en rango y totalidad la conducta humana. Es llamativa para las personas que buscan una profesión altruista y cuyas metas son aliviar el dolor y mejorar la condición humana.

Principalmente el psicólogo clínico requiere recoger la información de la persona que está observando, para analizarla y confirmar las conclusiones a las

que ha llegado, ayudando con esta investigación a la persona que puede o no (depende del diagnóstico) tener un problema psicológico. Y por si aún no fuese clara la diferencia entre ésta y otras ramas de la psicología, dado que sus métodos son también ocupados en otras ramas, cabe llamar a la memoria que hablamos de psicología clínica; y “clínico”, viene del griego que significa “el que visita al que guarda cama”.

Otro intento por definir y describir la psicología clínica se ha propuesto: “El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza, y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, los métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción, y el alivio de la desadaptación, la discapacidad, y la aflicción emocional, intelectual, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes.” (Díaz y Núñez, 2010)

Según Phares, (1992), la Psicología Clínica es una forma de psicología individual y como tal, su objeto es conocer, no la vida psíquica en general (sus principios, leyes y fenómenos en lo que estos tienen de manifestación común a grupos más o menos grandes de individuos); sino las peculiaridades de la evolución y comportamiento individuales.

Todo ello en vista de cooperar en la vigilancia, mantenimiento y recuperación de la salud mental, o en su defecto, para ayudar al sujeto en el esfuerzo de compensación o aceptación del déficit funcional derivado con carácter irreversible, de enfermedad, anomalía o accidente.

El interés del psicólogo clínico se centra en descubrir y describir para evitar, corregir o compensar, lo que en el comportamiento humano hay de anormal o excepcional, si es que tales aspectos suponen deterioro de la salud o del rendimiento. Pero es preciso subrayar que no toda forma de psicología individual es Psicología Clínica.

Para el presente trabajo definiremos a la psicología clínica como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de dicha disciplina a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en

forma eficaz y con mayor sentido, también se preocupa por entender y mejorar la conducta humana.

Su aspecto clínico consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro.

En la mayor parte de los países, los psicólogos clínicos comenzaron a trabajar como colaboradores de los psiquiatras y educadores en los manicomios, centros de rehabilitación para niños deficientes mentales y en los que se consagran a niños y adolescentes con graves trastornos de conducta. Sin embargo en la actualidad el papel del psicólogo es importante en ramas no psiquiátricas de la medicina como lo son: Pediatría, Ginecología, Audiología, Dermatología, Geriatria, etc. Ya que reclaman ahora el auxilio de las técnicas de investigación psicológica (Peinado, 1978).

No puede el psicólogo, si quiere hacer clínica, ser el espectador pasivo de las reacciones de un sujeto ante una situación estándar, más que cuando aplica un test. Pero el de la aplicación de un test, es solo un momento, muy importante sí; pero un momento, del a veces extraordinariamente largo proceso de contacto con el psicólogo con el caso que le ocupa (Sánchez, 2008).

Los resultados de las técnicas psicológicas experimentales (test, cuestionarios) cobran verdadera significación cuando se interpretan en función de los datos que la encuesta, exploración física, entrevistas e investigación social pueden proporcionar.

Ahora bien si el campo de la Psicología Clínica está íntimamente relacionado con la Medicina en todas sus ramas, y no solo con ellas, sino con la Pedagogía Psicología Industrial, Psicología Jurídica, y, en una palabra, con todos aquellos que se ocupan del comportamiento humano individual, se hace indispensable, una delimitación de las funciones del psicólogo clínico dentro de los equipos especializados, aunque tal delimitación no constituya, en modo alguno, una radical

separación y aislamiento, sino más bien diferenciarse para integrarse. La labor del psicólogo clínico debe ser siempre una labor en equipo (Peinado, 1978).

La actividad del psicólogo clínico, dentro de los muy amplios campos de la Psicología y Medicina, se caracteriza por el criterio metodológico y técnicas que emplea. Cuando un psicólogo aplica las técnicas y criterios del método clínico (tests, cuestionarios, entrevistas, etc.) los mecanismos mentales, sean normales, anormales o patológicos, aparecen con aspectos que otros modos de investigación clínica no descubren, y al aplicar sus técnicas específicas de corrección (psicoterapia) consigue aspectos peculiares sobre los mismos. Y es en esta originalidad donde reside su utilidad profesional.

Es importante mencionar que a pesar de su especialización como psicoterapeuta, tendrá vedado el empleo de los fármacos, de la cirugía o de cualquier otra técnica que utilice medios no psicológicos (físicos o químicos) en el tratamiento de las anomalías mentales.

El psicólogo clínico, sin que ello quiera decir que pueda trabajar sin plan, necesita ser un gran improvisador; pues el aspecto de la realidad a que se enfrenta, el comportamiento, varía constantemente y es siempre nuevo. Cada sesión y cada momento de una entrevista, exigen de él perspicacia para captar su significación y determinar hacia donde encaminar los nuevos pasos; adaptabilidad para plegarse a las circunstancias del momento, y elasticidad para adoptar actitudes y modos de conducta de los que razonable y científicamente quepa esperar que en el sujeto provocarán las reacciones que el clínico busca y espera. (Sánchez, 2008). Sin embargo, existen diversas perspectivas que sugieren estrategias, desde los distintos enfoques y teorías que han dado lugar a la Psicología a través de su historia.

A continuación revisaremos dichas perspectivas que son utilizadas dentro de la Psicología Clínica.

1.3 Perspectivas Teóricas.

Las razones para estudiar psicología son tantas como para estudiar cualquier otra carrera, lo que sí es indiscutible es que como psicólogo se trabaja con personas, actitudes, conductas y comportamientos por lo que debe haber un interés por trabajar con individuos y lo que ocurre en su vida.

La psicología es un campo amplio dentro del que se encuentran distintas corrientes que tienen cabida en diferentes terrenos como la educación, las empresas o el servicio social, la clínica, etc.

Una de las perspectivas más importantes y trascendentes dentro de la psicología clínica es el psicoanálisis. El enfoque psicodinámico a la terapia utiliza motivos y conflictos inconscientes en la búsqueda de las raíces de la conducta. Depende también en gran medida del análisis de la experiencia pasada. El epítome de la perspectiva reside en la terapia psicoanalítica de Sigmund Freud (Pharres 1992).

La meta esencial de la intervención psicoanalítica es la remoción de problemas neuróticos debilitantes, el terapeuta psicoanalítico tradicional lo consigue ayudando al paciente a lograr el insight.

El insight significa comprensión total de los determinantes inconscientes de los propios sentimientos, pensamientos o conductas irracionales que producen tanta infelicidad. Una vez que se confrontan y comprenden por completo estas razones inconscientes, desaparecerá la necesidad de defensas y síntomas neuróticos. Según Pharres (1992), un análisis que culmina en insight es un proceso lento, tedioso y a menudo muy largo.

La meta fundamental de la terapia psicoanalítica es liberar al paciente de la opresión del inconsciente a través del insight. Una de las técnicas más importantes en dicha terapia es la asociación libre; explica que la regla cardinal del psicoanálisis es que el paciente debe decir todo aquello que llega a su mente, esto requiere que se deje de la censura o seleccionar los pensamientos que son ridículos, avergonzantes, agresivos o sexuales. A partir de dichas asociaciones, el paciente y

el terapeuta pueden comenzar a descubrir las bases, ocultas durante mucho tiempo, de los problemas del paciente. Por tradición el psicoanalista se sienta detrás del paciente quien se reclina en un diván. En esta forma, el psicoanalista no está dentro del campo de visión del paciente y por lo tanto no obstaculizará el flujo asociativo.

En cierto sentido las asociaciones no son en realidad nada libres. Son los derivados de fuerzas inconscientes los que determinan la dirección de las asociaciones. Con frecuencia, pero no siempre estas asociaciones conducen a recuerdos y a problemas de la primera infancia.

Otra técnica importante es la asociación de los sueños. Se considera que los sueños ponen de manifiesto la naturaleza del inconsciente porque se piensa que están sumamente cargados con deseos inconscientes, aunque simbólicamente.

Un fenómeno clave en la terapia psicoanalítica es la transferencia. Pero en uno u otro grado la transferencia opera en gran parte de las formas individuales de psicoterapia individual (Pharres, 1992).

Esta ocurre cuando el paciente reacciona hacia el terapeuta como si éste último representara a alguna figura de la infancia, esto no solo proporciona claves importantes acerca de la naturaleza de los problemas del paciente, sino que también le dan la oportunidad del terapeuta para interpretar la transferencia en situación inmediata y vital. El punto importante consiste en que todas esas reacciones no reflejan realidades actuales sino que tienen sus raíces en la infancia.

La interpretación es la piedra angular de casi cualquier psicoterapia dinámica. A pesar de que el contenido puede variar significativamente dependiendo de la afiliación teórica del terapeuta, el acto de interpretar, es quizás la técnica más común entre todas las formas de psicoterapia.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la interpretación es el método a través del cual se manifiesta el significado inconsciente del pensamiento y conductas. Sin embargo, en un sentido más amplio, la interpretación es un proceso mediante el

cual puede inducirse al paciente a considerar pensamientos, conductas, sentimientos o deseos en una manera diferente (Pharres, 1992).

Otra perspectiva importante dentro de la psicología clínica es la fenomenológica. La orientación psicológica no directiva (que después se convertiría en la terapia centrada en el cliente y a la que algunos llaman terapia “centrada en la persona”) tomó forma bajo la guía de Carl Rogers.

Esta perspectiva era casi opuesta al psicoanálisis; sin embargo, los dos puntos de vista comparten unas cuantas características. Como teorías, ambas se desarrollaron con base en los encuentros terapéutica con personas que tenían problemas. Como resultado, ninguna de ellas puede comprenderse del todo sin una apreciación de los modos en que se relacionan con la terapia.

La terapia centrada en el cliente se fundamenta en la teoría fenomenológica. La fenomenología afirma que la conducta está determinada en su totalidad por el campo fenomenológico de la persona, es decir, todo aquello que experimenta un individuo en un momento dado en el tiempo. Se usan inferencias para predecir o comprender la conducta en cuestión. Un concepto muy importante es el “sí mismo fenomenológico”, lo que la persona experimenta como el “mi mismo”, en cierto sentido la autoestima se vuelve el origen de la conducta (Pharres, 1992).

La tendencia humana básica, la autorrealización, se dirige hacia el mantenimiento y aumento del sí mismo que tiene la experiencia. Esto es lo que produce el movimiento progresivo en la vida, una fuerza de la que el terapeuta tendrá que depender en gran medida dentro de los contactos terapéuticos con el que acude a terapia.

Según esta corriente teórica, la conducta es de manera fundamental un conjunto de intentos dirigidos a metas de parte del organismo a fin de satisfacer las necesidades que experimenta. Todas las necesidades pueden incluirse bajo el impulso primordial de aumentar al sí mismo fenomenológico.

La terapia fenomenológica se fundamenta en una atmósfera cálida, aceptante, permisiva y carente de juicios que es condición cardinal dentro de la terapia centrada en el cliente.

La psicoterapia es la liberación de una capacidad ya existente en un individuo potencialmente competente, no la manipulación experta de una personalidad más o menos pasiva. Las tres características básicas del terapeuta son: 1) comprensión precisa y empática, 2) consideración incondicional positiva y 3) autenticidad o congruencia.

En muchos sentidos, el punto central de la terapia centrada en el cliente parece residir más en los valores y actitudes expresadas hacia las personas que en cualquier método específico. En ese sentido la terapia centrada en el cliente es un estado mental más que un conjunto de técnicas.

Parece ser que, el terapeuta centrado en el cliente se vuelve no directivo mediante abandonar cualquier procedimiento que apunte al terapeuta como un experto que diagnosticará los males del paciente y recomendará las medidas apropiadas para su alivio.

En contraste con los psicoanalistas, dentro de esta teoría las personas no se consideran destructivas, sino como poseedoras de una fuerza constructiva que busca la salud y la autosatisfacción. Además se brinda más importancia a la consciencia de la experiencia actual que al énfasis en el pasado.

Pharres (1992) describe una serie de cosas que “no se deben hacer” dentro de esta corriente teórica, e incluyen dar información o consejo, utilizar afirmaciones tranquilizadoras, persuadir, hacer preguntas, ofrecer interpretaciones o hacer críticas. Quizá la principal actividad del terapeuta consista en el reconocimiento o aclaración de los sentimientos asociados con las afirmaciones del cliente.

En general, la idea es colocar la responsabilidad del progreso terapéutico sobre los hombros del cliente más que en los del terapeuta. Se considera que la evaluación no solo es innecesaria, sino que en realidad es perjudicial ya que

colocaría al psicólogo en un papel superior de autoridad que puede impedir el desarrollo de autonomía y autorrealización.

Pasando a otro tipo de terapia pero no muy diferente de la fenomenológica, está la terapia humanista – existencial. Esta corriente defiende que los seres humanos no son el producto del pasado, del inconsciente o del ambiente. Más bien, ejercen s libre albedrío en la búsqueda de su potencial interno y autorrealización. El humanismo se expresa como na resistencia al determinismo positivista de la ciencia y como una creencia activa en la humanidad esencial de las personas.

La terapia existencial, en cierto sentido se deriva de las mismas fuentes que la fenomenología. Los existencialistas enuncian varias afirmaciones acerca de la naturaleza humana. Un aspecto básico es la búsqueda de significado. La meta final de esta terapia consiste a ayudar al individuo a alcanzar un punto en el que puedan ejercerse con responsabilidad la consciencia y la toma de decisiones.

A través de la terapia se debe aprender a aceptar la responsabilidad sobre las propias decisiones y a tolerar la ansiedad que se acumula a medida que se avanza hacia el cambio. Esto implica confianza en uno mismo y una capacidad para aceptar aquellas cosas de la vida que son inevitables o que no pueden cambiarse. La terapia existencial no enfatiza en técnicas, simplemente permite al cliente acercarse una la experiencia.

Una de las formas más conocidas de terapia existencial es la logoterapia, aquí se alienta al cliente a encontrar significado en lo que parece ser un mundo insensible, poco interesado y carente de significado. Viktor Frankl la desarrolló y sus primeras ideas tuvieron influencia freudiana. Lucha por inculcar en el cliente un sentido de responsabilidad y obligación hacia la vida.

No muy drástico el cambio, se encuentra la terapia Gestalt. Esta terapia sitúa el énfasis en la experiencia presente y en la conciencia inmediata sobre emoción y atracción. Estar en contacto con los propios sentimientos reemplaza la búsqueda de los orígenes de la conducta. Debe ser claro desde un principio que la terapia Gestalt es en realidad una mezcla heterogénea de técnicas e ideas. Los terapeutas

Gestaltistas no coinciden entre sí y en ocasiones incluso parecen deleitarse de su falta de acuerdo. Su meta parece ser expresar mediante la terapia expresar su sentido de ser únicos y su interpretación de la vida.

La persona la perciben como un todo organizado, no un conjunto desvinculado de emociones, cogniciones y conductas. El terapeuta se vuelve n agente catalizador que facilita la conciencia del cliente. Su enfoque es en realidad una amalgama de existencialismo y psicoanálisis (Pharres, 1992).

Por último se describirá de manera breve la terapia conductual.

Las terapias conductuales se han vuelto una de las principales fuerzas en psicología clínica. La diversidad de enfoques conductuales respecto a la terapia hace casi imposible obtener una definición satisfactoria.

Por tradición, el enfoque conductual se relaciona con: 1) un énfasis científico 2) y una falta de interés en el papel de las variables inferidas. La atención se sitúa más en estímulos y respuestas más que en las variables que se supone que los median.

Los terapeutas conductuales emplean una gran variedad de técnicas específicas no solo para diferentes pacientes, sino para el mismo paciente en diferentes puntos del proceso general del tratamiento. Esto se define como terapia conductual de amplio espectro.

Otra técnica utilizada por la terapia conductual es la desensibilización sistemática. Se aplica por lo general cuando un paciente tiene la capacidad para responder adecuadamente a una situación en particular y sin embargo, reacciona con ansiedad, temor o evitación. Básicamente es una técnica para reducir la ansiedad.

Fue desarrollada por Saltler y Wolpe y se basa en el principio de apariencia simple de que uno no puede estar relajado y ansioso de manera simultánea. La idea consiste en enseñar a los pacientes a relajarse y entonces, mientras se encuentran en un estado de relajación, introducir gradualmente una serie de estímulos

productores de ansiedad que van en incremento. En un momento dado, el paciente se desensibiliza a los estímulos productores de temor en virtud de haberlos experimentado mientras estaba en un estado de relajación.

Yates (1970), menciona que este procedimiento consta de tres etapas: entrenamiento en relajación muscular profunda, construcción de jerarquías de ansiedad paso a paso, mientras que se practican las respuestas de relajación. El procedimiento de desensibilización en sí comienza cuando se ha completado el entrenamiento en relajación y la construcción de la jerarquía e incluye básicamente los pasos ya detallados.

El ensayo conductual, no es propiedad específica de este marco teórico. Anteriormente ya habían sido usadas en otro tipo de terapias pero con fines distintos. Consiste en preparar al sujeto mediante explicarle la necesidad de adquirir nuevas conductas, hacer que acepte el ensayo conductual como mecanismo útil y reducir cualquier ansiedad inicial. Después se da la selección de situaciones objetivo, para después hacer una jerarquía de situaciones que se ejemplificarán en la terapia. Por último se lleva a cabo el ensayo conductual para luego, hacer una retroalimentación. En ocasiones se utilizan como auxiliar reproducciones de video.

El entrenamiento en asertividad originalmente se había diseñado para tratamiento para personas cuya ansiedad parecía desviarse de su modo tímido para enfrentar situaciones. Se han desarrollado una variedad de programas de entrenamiento en afirmativa en particular para mujeres que buscan superar una pasividad destructiva. También se ha empleado para el tratamiento en problemas sexuales, depresivos y conflictos matrimoniales.

Es importante señalar que el entrenamiento en asertividad no es lo mismo a enseñar a las personas a ser agresivas, en realidad es un método para entrenar a los individuos a que expresen cómo se sienten, sin pisar los derechos del otro.

Una de las técnicas más importantes dentro de esta terapia es la modificación de la conducta. Su objetivo es controlar la conducta y manipular sus consecuencias. Existen muchas formas de manejo de contingencias y las siguientes según Phares

(1992), son unas cuantas: 1) moldeamiento o aproximaciones sucesivas, es cuando se quiere desarrollar una conducta deseable mediante primero recompensar cualquier conducta que se aproxime a ella.

Se moldea gradualmente la conducta final mediante reforzar de manera selectiva al individuo solo cuando la conducta se asemeja a la deseable. 2) Tiempo fuera, es una técnica que se emplea para la extinción de cierta conducta, es decir, se aparta a la persona de manera temporal de una situación. 3) Contrato de contingencias, es en donde se establece un contrato o un acuerdo formal entre el terapeuta y el paciente. Este contrato especifica las consecuencias para ambas partes. 4) Principio de Premack, implica que se refuerza una actividad deseable mediante permitirle al individuo el privilegio de participar en una conducta más atractiva, por ejemplo, se le permite al niño a que juegue a su pelota después de terminar su tarea. 5) Economía de fichas, para establecerlo con éxito, existen tres consideraciones principales: debe haber una especificación clara y cuidadosa de las conductas que se van a reforzar, segundo se debe decidir de un medio de intercambio, por ejemplo fichas, tarjetas, monedas, etc., tercero se establecen reforzadores de apoyo, algo que al individuo le agrada y le motive.

Hasta este punto podemos dar reseña de lo que ha sido la Psicología a través de la historia, así como las modificaciones que ha sufrido en diversos ámbitos como lo es el ámbito académico, social, profesional, aplicado y de investigación, pero sobre todo se ha hecho un detallado énfasis en la aparición, definición y ocupación de la Psicología Clínica, la cual es protagonista del presente trabajo y es de máxima importancia conocer sus precedentes.

Como se explicó anteriormente, existen distintos tipos de terapia que emplean distintas técnicas y metodologías. En la actualidad la psicología ha tenido ciertos cambios y uno de ellos ha sido el darle importancia no solo a la conducta del ser humano como lo señala la teoría conductista, sino también, considerar los pensamientos, creencias e ideas de las personas y cómo es que éstas influyen en su comportamiento. Este tipo de terapia es conocida como Terapia Cognitivo Conductual, que es la perspectiva desde la cuál se abordara el presente trabajo.

2. MODELO COGNITIVO – CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo Conductual puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia Conductual se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina habiéndose ampliando su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2005).

2.1 Historia de la terapia cognitivo - conductual.

Para poder hablar de la Terapia Cognitivo Conductual TCC, es necesario hablar de la Terapia de Conducta. La Terapia Conductual hace su aparición a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose principalmente frente al modelo psicoanalítico.

Esta terapia parte de la idea de que toda conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. Los terapeutas se centraban en la conducta observable y el ambiente en el que se produce. Se desarrollaron para este análisis, el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas de diagnósticos tradicionales, y se concibió una terapia empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica.

La terapia de la conducta se configuró a partir del desarrollo científico de la psicología y tomó como elementos básicos de su cimentación las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión y control de la conducta. El comienzo formal de la terapia conductual como enfoque terapéutico se gesta gradualmente, desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje,

hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían del laboratorio. El interés por la conducta desviada o desadaptada fue tomándose como objetivo principal.

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), su evolución posterior, ha sido influida por los avances de otras áreas de la psicología y ha reflejado también la propia evolución de esta disciplina. La evolución de la terapia de la conducta se ha resumido, diferenciando secuencialmente lo que denominan tres generaciones en el desarrollo de la terapia cognitivo conductual.

Conceptualmente la primera generación de terapias de conducta hace referencia a una estrecha y exclusiva relación con las teorías del aprendizaje y estaría representada por el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. En esta primera generación, el terapeuta de la conducta es básicamente un investigador que trata de aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica de los problemas clínicos.

La segunda generación está marcada por la heterogeneidad en la terapia conductual; según la visión de los terapeutas de esta segunda generación, los principios del aprendizaje (condicionamiento) representan un contexto demasiado limitado para explicar el comportamiento humano, y se considera que la psicología experimental, cognitiva y social aportan elementos que pueden ser determinantes para explicar la complejidad de la conducta humana. Este hecho se ha mantenido debido a la permanencia de los terapeutas de conducta (ya más clínicos y menos investigadores) de una concepción de los procesos de condicionamiento desarrollados en los años 50 y 60.

Finalmente, la tercera generación de terapeutas que llegaría hasta la actualidad, incluiría a quienes tratan de retornar a los orígenes buscando nuevas alternativas terapéuticas, extrapolar los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental; el concepto de multiplicidad de estímulos contingencias, y de contingencias competidoras, pasa a ser central.

A continuación, repasaremos estas tres etapas con mayor profundidad, atendiendo a los hechos más representativos de cada una de ellas.

Primera generación: el surgimiento de la terapia de conducta.

La ilustración del surgimiento de la identidad conceptual de la terapia de la conducta, es útil hacerla teniendo en consideración la clásica referencia geográfica a su desarrollo, pues, aun cuando es difícil establecer con precisión el momento y lugar de su aparición como movimiento formal, resulta una forma clara de describir cómo se fue originando la terapia conductual como un enfoque terapéutico con entidad propia.

El surgimiento en Sudáfrica: Joseph Wolpe va a ser el principal exponente de la terapia de la conducta en este entorno. Psiquiatra de formación psicodinámica, Wolpe estaba insatisfecho con la eficacia de los tratamientos utilizados para la neurosis, de tal forma que empieza a utilizar los principios del aprendizaje para abordar este tipo de problemas. Inicia su trabajo en el laboratorio con experimentos con animales a los que aplica los principios del aprendizaje, unidos a conceptos y procesos fisiológicos, recogiendo así los trabajos de Sherrington sobre inhibición recíproca. La base de sus investigaciones se centra en el trabajo sobre neurosis experimentales de Masserman y la obra de Hull.

Wolpe propuso el principio teórico de inhibición recíproca como base de la intervención que desarrollara la neurosis: la desensibilización sistemática que incluía la aproximación gradual a los estímulos evocadores de la ansiedad, así como la presentación del material ansiogénico en la imaginación, o con el uso de la hipnosis, y se basaba en procesos de aprendizaje que era explicados de manera precisa, detallada y científica, describiendo el proceso de aprendizaje y la competición de respuestas fisiológicamente antagónicas.

De esta forma, la “construcción” de la desensibilización sistemática representa el comienzo real de la moderna terapia conductual, ya que su trabajo supuso el compromiso sostenido con la investigación traducido después a la práctica clínica.

La difusión de la desensibilización sistemática contribuyó notablemente a la fundación de la terapia de conducta y a la potenciación del enfoque neoconductista como alternativa al tratamiento de los problemas emocionales. Esta difusión fue realizada por Wolpe y por los otros miembros del grupo de Sudáfrica: Rachman y Lazarus. Wolpe también difundió la desensibilización sistemática en EEUU a principios de los años sesenta, mientras que Rachman llevó esta técnica a Reino Unido. Por su parte, Lazarus colaboró en la difusión de la DS en EEUU. Este autor, llevó a cabo numerosas aplicaciones, por ejemplo su aplicación con formato en grupo, y el uso de una mayor diversidad de respuestas incompatibles con la ansiedad, como es la técnica de imaginación emotiva.

El surgimiento en Inglaterra: el surgimiento de la terapia de la conducta en Europa fue independiente del trabajo de Wolpe en Sudáfrica. En los años 50 había ya un grupo de personas en torno a Eysenck que llevaban a cabo aplicaciones prácticas de los principios de la terapia de la conducta. Yates, Shapiro y, posteriormente, autores tan relevantes como Gelder, Marks, Rachman y Meyer. Este grupo centraba su interés en el tratamiento de problemas como neurosis, fobias, agorafobias, tics, tartamudez, etc., mediante la utilización de técnicas como la exposición, aproximaciones sucesivas o la práctica negativa, conformando poco a poco un contexto de atención a problemas clínicos en clara oposición a la psicoterapia-psiquiatría vigente.

Este núcleo de clínicos e investigadores dio lugar al grupo más prestigioso y prolífico de investigación europeo en psicología clínica y, quizá, al exponente más característico de la aproximación neoconductista mediacional. Dicho grupo de caracterizó por su énfasis en la metodología de investigación rigurosa, la evaluación de la eficacia de los tratamientos, así como por la crítica al diagnóstico psicoterapéutico.

Otro aspecto de la aportación de Eysenck es su interés por la construcción conceptual de la terapia de la conducta. Hay que tener en cuenta que la capacidad del marco neoconductista para integrar constructos facilitó el que se dirigiese la atención hacia aspectos que resultaban relevantes en la clínica, como la

psicopatología y la personalidad en su trabajo en el campo de la personalidad, donde destaca el desarrollo de modelos empíricos de la personalidad, mismo que constituye un esfuerzo por integrar los principios del aprendizaje, la actividad biológica y la identificación de características personales relativamente estables, la influencia del trabajo de Pavlov en este ámbito concreto fue fundamental.

Algunas características de la aportación británica al surgimiento de la terapia de la conducta se enlazan con el conductismo radical, aunque la mayor parte, se ajustan más a la flexibilidad del neoconductismo mediacional; de esta forma, integraron estímulos, respuestas y constructos como la ansiedad, el miedo o la personalidad, a la hora de desarrollar explicaciones más amplias de los trastornos psicopatológicos en particular y de la conducta humana en general.

El surgimiento en Estados Unidos de América: la delimitación de la aparición de la terapia de conducta como movimiento psicoterapéutico en EEUU resulta más difusa que en los caso expuestos de Europa y Sudáfrica. La publicación en 1953 del libro *Science and Human Behavior* de Skinner puede considerarse una señal de inicio del desarrollo de la terapia de la conducta como movimiento terapéutico de Norteamérica.

Skinner parte de las aportaciones de Pavlov y Watson, al igual que los neoconductistas, e intenta integrar los paradigmas propuestos por Pavlov y Thorndike pero a diferencia de ellos descarta completamente apelar a constructos emocionales mediadores. Skinner distinguió dos tipos de respuestas: las respondientes (que se provocan) y las operantes (que se emiten), diferenciando dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento tipo E (o E-R), con el que se refiere al condicionamiento pavloviano, y el condicionamiento tipo R (o R-E), en el que el condicionamiento correlaciona con una respuesta de tipo operante.

Entre ambos, Skinner dirigió su interés al estudio de la conducta operante dando una mayor relevancia a lo que ocurre tras la respuesta, más que a lo que sucede antes de ésta.

Desde esta perspectiva, la conducta estaría controlada por factores ambientales, aprendiéndose en función de las consecuencias que siguen a su emisión. Un aspecto esencial de su aportación estriba en la consideración del organismo como un todo.

El método desarrollado para poder estudiar la conducta funcional de los individuos se denominó: análisis experimental de la conducta, el cual se basa en diseños experimentales de caso único, en los que importa la descripción precisa de la conducta concreta sin necesidad de recurrir a constructos no observables. A su vez se asume que la eficacia de la intervención ha de valorarse mediante criterios experimentales, contrastando los efectos de la intervención con la ausencia de ella y criterios terapéuticos, valorando el impacto del cambio sobre la vida del paciente, y comparando el nivel de cambio logrado y el cambio necesario para que el individuo funcione adecuadamente en el contexto.

Al contrario de los que suele pensar, Skinner nunca negó la existencia de variables cognitivas, pero no fueron merecedoras de su atención por no haberse desarrollado un método de estudio apropiado. Por su parte, el análisis conductual aplicado ha supuesto una aportación de relevancia inestimable al desarrollo de la terapia de conducta, sobresaliendo entre sus contribuciones el detalle y rigor en la descripción de la intervención y en la evaluación de sus efectos, y el ofrecer soluciones a problemas no clínicos, como los problemas educativos, comunitarios o ambientales.

El análisis conductual aplicado ha proporcionado a la praxis de la terapia de la conducta tres contribuciones fundamentales:

1. Las técnicas y programas basados en el control de contingencias.
2. El análisis funcional, elemento cardinal del proceso de evaluación conductual e instrumento esencial para la formación de cualquier problema sujeto a intervención, como elemento de análisis de la conducta.

3. La focalización del interés sobre los datos objetivos como elementos de estudio, optando por la inducción frente a la deducción, y, en este sentido, el interés por las conductas frente a las etiquetas diagnósticas.

Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en terapia de conducta.

En torno a 1970 se inició una fase de transformación de la terapia de la conducta que se caracteriza conceptualmente por su apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales. Se considera, en esta etapa, que la terapia de conducta no puede basarse solo en la psicología del aprendizaje y son bienvenidas otras fuentes de influencia provenientes de los más diversos campos.

Lazarus, estudiante de Wolpe, fue probablemente uno de los primeros en argumentar que los principios del aprendizaje eran insuficientes y que los terapeutas de la conducta debían interesarse por otras áreas de la psicología. Señalaba que todos los conocimientos psicológicos son de interés para la terapia de la conducta (emociones, memoria, etc.), y que toda técnica es bien recibida, con independencia de su sustento teórico, siempre y cuando sea eficaz, y su eficiencia pueda ser comprobada.

En cuanto a los desarrollos teóricos más representativos que se producen en esta fase encontramos las teorías del aprendizaje social, caracterizadas por el énfasis en la influencia social y la capacidad auto regulatoria del individuo y cuya influencia se produce principalmente a través de los trabajos de A. Bandura, y la aparición del enfoque cognitivo en terapia de conducta, enfoque de amplia repercusión e influencia que es reflejo de la llamada revolución cognitiva que se produjo en la psicología en los años 70, y cuya característica fundamental es el papel causal, o más bien determinante, atribuido a los procesos y estructuras mentales en el comportamiento humano.

La aportación fundamental de Bandura estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de

comportamientos. Bandura aborda con detalle los distintos elementos implicados en el aprendizaje observacional, tratando de diferenciarlo de los paradigmas de condicionamiento y asignándole el nombre de condicionamiento vicario. Para Bandura, los elementos estímulares que se presentan como modelo, se retienen y transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente, sirviendo así de guía del comportamiento.

El aprendizaje se conceptualiza a través de la metáfora del procesamiento de la información, y es entendido como una actividad en la que el modelo sería el input, y la ejecución conductual el output, interponiéndose entre ambas una serie de procesos internos como atención, retención, producción y motivación. Bandura, además, diferencia entre aprendizaje y ejecución, haciendo depender la ejecución de la conducta aprendida (que permanece latente) del reforzamiento.

La imitación no era un tema novedoso cuando Bandura lo introduce, sino que contaba ya con tradición; por ejemplo, la imitación ya fue recogida por Skinner en 1953 y explicada como caso de discriminación operante. Se considera la conducta de imitación como un tipo de conducta operante dependiente de condiciones discriminativas y reforzantes, sin recurrir a procesos cognitivos.

En relación con la visión cognitiva de la imitación, Bandura formuló el principio de “determinismo recíproco”, es decir, la existencia de influencia recíproca entre el comportamiento y el medio, mediada por los procesos cognitivos del individuo, que es considerado como un sistema representacional competente a la hora de determinar qué ve más allá de la realidad física fuente de estimulación.

Otra relevante contribución de Bandura, ha sido el concepto de “autoeficacia” y su relación con el tratamiento, pues es considerado un proceso central del cambio terapéutico. La auto-eficacia se define como expectativas de eficacia, esto es, como los juicios de cada individuo sobre su capacidad para realizar la conducta requerida para producir un resultado. El concepto es diferente del de “expectativas de

resultado”, que se refiere a la convicción del sujeto acerca de una conducta determinada conducirá a ciertos resultados.

Ya para el surgimiento de la terapia cognitiva, uno de los hechos más significativos ha sido la gran relevancia otorgada a los factores cognitivos a partir de los años 70, lo que supondrá un importante cambio en la conceptualización y tratamiento de los problemas psicológicos, habiendo tenido este cambio implicaciones que llegan a la actualidad.

Entre los elementos que pueden considerarse antecedentes de este cambio, cabe destacar:

1. En primer lugar, la insatisfacción con la referencia al aprendizaje y a la conducta observable como elementos básicos, por no decir únicos, de consideración clínica. Dicha insatisfacción viene derivada de los resultados de diversas investigaciones en el laboratorio. No es de considerarse que la investigación sobre aprendizaje fuese irrelevante, sino que debía dejarse de lado la investigación animal y comenzar la investigación con humanos, examinando los mediadores cognitivos del aprendizaje. El argumento era que el aprendizaje humano no es automático y directo, sino mediado por variables verbales y cognitivas, de esta forma, constructos como conciencia, atención, expectativas o atribuciones, se consideraban necesarios para el aprendizaje.
2. La insatisfacción con los resultados de las técnicas más conductuales, al aplicarse a problemas de efecto negativo, como la depresión. Los resultados de estas aplicaciones claramente no alcanzaban el éxito que obtenían en las intervenciones en trastornos de ansiedad, probablemente porque el proceso de construcción terapéutica en el caso de los trastornos de ansiedad había sido el inverso al que se estaba aplicando en el caso de los trastornos afectivos.
3. El conductismo mediacional había dado ya cabida a aspectos de tipo cognitivo, aunque conceptualizados desde un modelo diferente al que tomaron los posteriores desarrollos cognitivos.

4. La influencia de la psicología cognitiva, disciplina que a finales de la década de los 60 y principios de los 70 muestra sus anclajes a una metodología científica rigurosa al estudiar los estados y procesos mentales que están a la base del comportamiento de los seres inteligentes. Actualmente el modelo de procesamiento de la información es solo una de las aportaciones que la psicología cognitiva puede hacer a la terapia cognitivo conductual.

El enfoque cognitivo y la llamada terapia cognitiva se desarrollaron y difundieron rápidamente a partir de la publicación de la obra de Mahoney en 1974, "Cognition and Behavior Modification". Finalmente el acta de notoriedad la levantaron Franks y Wilson al designar 1976 como el año de la cognición en el número 1976-77 del Annual Review of Behavior Therapy.

El rasgo común, más destacable, a todos los modelos cognitivos es la consideración de la cognición como el elemento determinante de la conducta. En la actualidad los modelos cognitivos aceptan la existencia de una causalidad multidimensional a la hora de abordar la psicopatología y explicar tanto el origen, como las manifestaciones de los diversos trastornos.

De esta forma, las terapias cognitivas diseñan siempre tratamientos basados en una formulación cognitiva del problema del paciente. Los psicólogos cognitivos consideran que el aprendizaje es mucho más complejo que la formación de asociaciones E-R. El que aprende, entre otras cosas, encaja la nueva información a un marco organizado de conocimiento acumulado.

A pesar de estos rasgos comunes, las terapias cognitivas son diversas, tienen orígenes dispares y carecen de un marco teórico unificador que les otorgue cohesión como modelos teórico general. No obstante, aunque existen diferencias epistemológicas y técnicas, es frecuente que no se diferencie entre ellas; siendo recogidas frecuentemente dentro de un mismo grupo, designado como técnicas o terapias cognitivo conductuales. Esta denominación común hace referencia a la praxis de la terapia cognitiva en general, sin tener en cuenta consideraciones conceptuales, donde realmente se asientan las diferencias entre ellas.

Tercera generación: panorama actual de la terapia cognitivo conductual.

En este momento del desarrollo de la terapia cognitivo conductual, al cual se hace referencia como la tercera generación de terapeutas de conducta, la TCC está claramente constituida como una de las principales psicoterapias.

El camino recorrido hasta ahora ha dado lugar a un panorama heterogéneo donde las técnicas de la primera época conviven con las que progresivamente se han ido añadiendo. Sin embargo, desde un punto de vista conceptual asistimos a un cambio sustancial que se evidencia en la polarización de los enfoques teóricos de la TCC, por un lado, contemplamos los nuevos desarrollos del análisis conductual aplicado, las llamadas terapias contextuales, por otro lado, las nuevas derivaciones de los modelos cognitivos, influidos por las teorías del aprendizaje constructivistas, terapias que se apartan del paradigma mecanicista y asociacionista que fundamenta las primeras terapias cognitivas.

En este momento, igual que ocurrió con anterioridad, conviven técnicas que históricamente proceden de distintas orientaciones, no obstante, la adscripción de las técnicas a un modelo teórico concreto es hoy más difusa. Muchos procedimientos siguen basados en los principios clásicos del aprendizaje, la teoría de los dos factores o la teoría del aprendizaje social, sin embargo, otras técnicas están integradas solo desde una perspectiva pragmática (las técnicas de relajación, las técnicas de sugestión o hipnosis o las técnicas paradójicas) sin que sus fundamentos teórico-conceptuales estén claros (Ruiz, Diaz y Villalobos, 2012).

En general, la revisión de la literatura sobre las intervenciones que se realizan en diversos trastornos muestra que los tratamientos están conformados por técnicas diversas, recogidas desde dichos criterios pragmáticos de utilidad. Se trata de una postura heredera del conductismo metodológico, que escoge como elemento definitorio y fundamental de la terapia cognitivo conductual su modo auto-evaluativo a través de la metodología científica.

2.2 La aparición de las terapias cognitivas.

Por su parte, Feixas y Miró (1993) reportan que las terapias cognitivas han nacido de la mano de diversos autores pioneros que, a pesar de sus diferencias, han coincidido en sus enfoques sobre el papel de los procesos mentales. Se pueden distinguir así tres orígenes principales de las terapias cognitivas:

1. Se considera a Kelly (1955) el primer teórico que presenta una teoría de la personalidad y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto. A pesar de precederlas en el tiempo, la influencia de Kelly ha sido escasamente reconocida en la emergencia del resto de terapias cognitivas. Sin embargo se ha considerado a la terapia de los constructos personales como uno de los enfoques más originales y característicos de la reciente orientación cognitivo-constructivista.
2. Tanto Albert Ellis como Aaron T. Beck fueron destacados fundadores y aún pueden considerarse los principales representantes de las terapias cognitivas. Ambos se formaron en el psicoanálisis pero su trayectoria los llevó a rechazar tanto los conceptos como la terapia psicoanalítica por falta de eficacia y evidencia empírica, respectivamente. Ellis en 1962 reemplazó la escucha pasiva por una actitud activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables. Beck, por su parte en 1967, sumó a su insatisfacción con la terapia psicoanalítica, sus hallazgos empíricos discrepantes con los postulados freudianos. En sus investigaciones con los sueños de sus pacientes depresivos no encontró las temáticas deseables desde la teoría psicoanalítica por ejemplo pérdida de agresividad hacia el Yo; sino que en ellos los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Es decir, se trataba de situaciones en las que estos

pacientes aparecían casi invariablemente como víctimas. El enfoque que desarrolló Beck supone que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de si mismo, del mundo y del futuro, lo que se conoce como la triada cognitiva de la depresión. Estos pensamientos pueden identificarse y modificarse con la obtención de datos que cuestionen su validez.

3. Varios líderes en la terapia de conducta desarrollaron sus modelos terapéuticos hasta hacerlos también cognitivos. Esto ha dado lugar a que se hable también de terapias cognitivo-conductuales (Feixas y Miró, 1993).

Dentro del contexto de la psicología, entre los factores que propiciaron la aparición de la terapia Cognitivo Conductual (TCC) destacan los siguientes:

- La aparición del conductismo mediacional o covariante, propuesto por Homme en 1965 que sugiere que los contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse conductas encubiertas que siguen los mismos principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta.
- El descontento existente con los tratamientos, tanto como conductuales como psicoanalíticos.
- La emergencia de la psicología cognitiva como paradigma, y el progresivo desarrollo de modelos clínicos sobre el procesamiento de la información.

2.3 Principios generales.

El postulado fundamental de la Terapia Cognitivo-Conductual es que el modo en que las personas interpretan las situaciones ejerce una influencia en las emociones y la conducta. Esto no significa que todo lo que uno siente proviene de sus pensamientos, sino que entre pensamiento, emoción y conducta habría una relación circular de interacción mutua.

Se considera entonces que los individuos responden al significado que adjudican a las situaciones, más que a las situaciones en sí. Esto no equivale a decir que los factores cognitivos ejerzan un rol causal en la etiología de todos los trastornos. Cuando se afirma que “lo que usted piensa puede determinar lo que siente”, significa que en la interacción del individuo con su entorno pueden darse

una serie de acontecimientos que pueden ser tanto positivos, neutros o negativos, y cada uno interpretará estos hechos con una serie de pensamientos que influyen continuamente en su mente (Gomar, Mandil y Bunge, 2010).

Aunque la terapia debe planearse a la medida para cada individuo, de todos modos existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva (Beck, 2000).

Principio 1. La terapia cognitiva conductual se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, planteada en términos cognitivos. Desde el comienzo, el terapeuta identifica el pensamiento presente del paciente así como sus comportamientos problemáticos. En segundo término, el terapeuta discrimina los factores desencadenantes de dicho pensamiento. En tercer lugar, el terapeuta formula hipótesis basadas en los datos otorgados por el paciente durante la primer entrevista, y va profundizando el marco teórico a medida que el paciente aporta más datos a lo largo de la terapia.

Principio 2. La terapia cognitiva conductual requiere de una sólida alianza terapéutica. Los ingredientes básicos para que ésta alianza se logre son: calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia. El terapeuta demuestra su interés por el paciente haciendo afirmaciones empáticas, escuchando con atención, sintetizando adecuadamente las ideas y sentimientos que este expresa y mostrando una actitud realista y optimista. Algunos pacientes, especialmente aquellos afectados por un trastorno de personalidad, necesitan que se pongan mucho más énfasis en la relación terapéutica para poder forjar una buena alianza de trabajo.

Principio 3. La terapia cognitiva conductual enfatiza la colaboración y la participación activa. El terapeuta alienta al paciente a considerar la terapia como un trabajo en equipo. Deciden juntos cosas tales como los temas que trabajarán en cada sesión, la frecuencia de los encuentros y las tareas que el paciente realizará entre sesión y sesión. Al comienzo, el terapeuta es más activo respecto de las sugerencias sobre la dirección que debe tomar la terapia y en la confección de la síntesis del trabajo efectuado en cada encuentro.

Principio 4. La terapia cognitivo conductual está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. El terapeuta pide al paciente que enumere sus problemas y que fije objetivos específicos. Posteriormente, el terapeuta ayuda al paciente a evaluar los pensamientos que interfieren con sus objetivos y a tomar medidas al respecto. Una vez que el paciente reconoce y corrige la distorsión de su pensamiento, puede valerse de estrategias de resolución de problemas. De esta manera, el terapeuta presta particular atención a los obstáculos que impiden resolver problemas y alcanzar objetivos, por lo tanto, debe conceptualizar las dificultades de cada paciente y evaluar cuál es el nivel de intervención más adecuado.

Principio 5. La terapia cognitivo conductual inicialmente destaca el presente. El tratamiento de la mayor parte de los pacientes implica poner un fuerte énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente. La resolución o el abordaje más realista de las situaciones perturbadoras muchas veces llevan al alivio de los síntomas. El terapeuta cognitivo, por lo tanto, suele comenzar la terapia con un examen del aquí y el ahora, independientemente de cuál sea el diagnóstico. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias: cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo; cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional, o cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad.

Principio 6. La terapia cognitivo conductual es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas. El terapeuta instruye al paciente acerca de la naturaleza y el desarrollo de su trastorno, del proceso de terapia cognitiva y del modelo cognitivo. No solo lo ayuda a establecer objetivos, identificar y evaluar sus pensamientos y creencias, y a planificar sus cambios de conducta, sino que además le enseña cómo debe hacerlo.

Principio 7. La terapia cognitivo conductual tiende a ser limitada en el tiempo. Sin embargo, hay pacientes que no hacen suficientes progresos en pocos meses, algunos necesitan tratamientos de uno o dos años (o probablemente más tiempo aún), para poder modificar creencias disfuncionales muy rígidas y modelos de comportamiento que contribuyen a su malestar crónico.

Principio 8. Las sesiones de terapia cognitivo conductual son estructuradas. No importa cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión. Este formato también ayuda a centrar la atención en lo más importante y maximizar el uso del tiempo.

Principio 9. La terapia cognitivo conductual ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. También mediante preguntas, el terapeuta va guiando al paciente en la evaluación de la validez y la funcionalidad de sus creencias.

Principio 10. La terapia cognitivo conductual se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Si bien las estrategias cognitivas, tales como el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy importantes en esta terapia, también se utilizan, dentro de un marco cognitivo, técnicas que provienen de otras orientaciones terapéuticas (especialmente de la terapia del comportamiento y de la terapia gestáltica). El terapeuta selecciona las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

Estos principios básicos se aplican a todos los pacientes. Sin embargo, la terapia varía considerablemente según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El énfasis que se da al tratamiento depende del trastorno particular.

Para el observador no entrenado, la TCC puede resultar engañosamente simple, el Modelo Cognitivo Conductual, que postula la influencia de los pensamientos sobre las emociones y comportamientos es, en efecto, bastante

sencillo. Sin embargo, los terapeutas experimentados realizan muchas tareas al mismo tiempo: conceptualizan el caso, construyen el vínculo, socializan y educan al paciente, identifican problemas, recogen datos, ponen a prueba hipótesis y sintetizan.

El desarrollo de los conocimientos técnicos que requiere un terapeuta cognitivo conductual se puede describir en tres pasos. (Estas descripciones presuponen la capacidad del terapeuta para demostrar empatía, preocupación y competencia ante los pacientes). En el paso 1, los terapeutas aprenden a estructurar la sesión y a utilizar las técnicas básicas. Adquieren, además, la habilidad para conceptualizar un caso en términos cognitivos, fundamentándose en una evaluación inicial y en los datos obtenidos en la sesión.

En el paso 2, los terapeutas comienzan a integrar la conceptualización con su conocimiento de las técnicas. Afianzan su capacidad para comprender el desarrollo de la terapia y logran identificar con mayor facilidad los objetivos más importantes. Poco a poco amplían su repertorio de técnicas y son cada vez más hábiles en la selección y el uso de las más adecuadas.

En el paso 3, los terapeutas integran más automáticamente los datos nuevos a la conceptualización. Profundizan su capacidad para plantear hipótesis que confirman o modifican su visión de los pacientes. Pueden variar la estructura y las técnicas de la terapia cognitiva básica para adecuarlas a los casos difíciles, como por ejemplo, los trastornos de personalidad

2.4 Estructura General.

Un objetivo importante para el terapeuta es lograr que el proceso de la terapia sea comprensible tanto para él como para el paciente. El profesional busca, además, que la terapia sea lo más eficaz posible. El uso de un formato estándar (tanto como enseñar al paciente las herramientas que utiliza la terapia) facilita estos objetivos.

La mayor parte de los pacientes se sienten más cómodos cuando saben qué pueden esperar de la terapia y comprenden cuáles son sus responsabilidades y las del terapeuta. También es importante que tengan una expectativa clara respecto del

curso de la terapia, en cada sesión y a lo largo del tratamiento. Cuando el terapeuta explica la estructura de las sesiones y luego respeta la modalidad explicada, acrecienta la comprensión y confianza del paciente. Los principales objetivos del terapeuta en la primera sesión se enumeran a continuación (Beck, 2000):

1. Crear confianza y Rapport.
2. Iniciar al paciente en la terapia cognitiva conductual.
3. Instruir al paciente respecto a su trastorno, del modelo cognitivo conductual y del proceso de la terapia.
4. Normalizar las dificultades del paciente e inculcarle esperanza.
5. Averiguar (y, en caso de ser necesario, corregir) las expectativas del paciente.
6. Recabar información adicional acerca de las dificultades del paciente.
7. Utilizar esta información para desarrollar una lista de objetivos.

Cada modelo se caracteriza por una propuesta de proceso terapéutico, e incluso dentro de un mismo modelo existen diversos procesos o programas para problemas específicos. Por tanto no es posible presentar una visión integrada del proceso terapéutico cognitivo conductual, por lo que describiremos brevemente algunos ejemplos de estructuras que presentan algunos autores, según el problema del paciente.

En la Tabla 1, se muestra la estructura recomendable para la primera sesión, así como de la segunda sesión en adelante, según Beck (2000).

Tabla 1. Estructura de las sesiones de una TCC (Beck, 2000).

Estructura para la primera sesión. (antes de comenzar la primera sesión, el terapeuta revisa los resultados de una evaluación previa aplicada al paciente)	Estructura desde la segunda sesión en adelante.
1. Establecer un plan (y explicitar las razones para hacerlo).	1. Breve actualización y control del estado de ánimo. 2. Revisión de la sesión anterior.

<ol style="list-style-type: none"> 2. Controlar el estado de ánimo, utilizando puntajes objetivos. 3. Revisar el problema que se presenta y efectuar una actualización del estado en que se encuentra (desde la evaluación). 4. Identificar problemas y establecer objetivos. 5. Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo conductual. 6. Averiguar las expectativas del paciente respecto de la terapia. 7. Instruir al paciente respecto de su trastorno. 8. Fijar tareas para el hogar. 9. Hacer una síntesis. 10. Lograr retroalimentación por parte del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Planificación. 4. Revisión de la tarea para el hogar. 5. Conversación sobre los temas planificados, asignación de nuevas tareas para el hogar, síntesis periódicas. 6. Resumen final y retroalimentación.
--	---

El terapeuta experimentado puede, hasta cierto punto alterar el orden de los elementos presentados. Se sugiere, en cambio, al terapeuta principiante, que se ciña lo más posible a la estructura de sesión mencionada.

Antes de continuar con las propuestas de estructura de terapia de otros autores, es necesaria una advertencia, y es que, si el paciente está desesperado o tiene actitudes suicidas, será necesario modificar el formato de la primera sesión o de cualquier otra. Es fundamental determinar el grado de tendencia al suicidio, para descubrir cuál es la razón de la falta de esperanza del paciente e inculcarle esperanza (Beck, 2000). La intervención en crisis se antepone a cualquier otra, cuando el paciente está expuesto a riesgos por la acción de otras personas o cuando representa un riesgo potencial para los demás.

A continuación, se presenta el esquema (Tabla 2) de procedimiento para el entrenamiento en inoculación del estrés (Meichenbaum, 1987). Posteriormente Beck y cols. (1979), proponen un programa específico de terapia cognitiva para la depresión (tabla 3). Y finalmente presentamos la propuesta de Beck y Clark (2012) de una estructura de terapia para trastornos de angustia (Tabla 4).

**Tabla 2. Procedimiento para el entrenamiento de inoculación del estrés.
(Meichenbaum, 1987).**

<p>Primera fase: Conceptualización.</p> <p>a) Recogida de datos</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar los determinantes del problema mediante entrevista y observación conductual.• Distinguir entre error de ejecución y déficit de habilidad.• Formular el plan de tratamiento y análisis de tareas.• Introducir el modelo conceptual integrador. <p>b) Entrenamiento en Habilidades de evaluación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Entrenar al cliente para que analice independientemente los problemas.
<p>Segunda fase: Entrenamiento y ensayo de habilidades.</p> <p>a) Entrenamiento de habilidades.</p> <ul style="list-style-type: none">• Entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento (comunicativas, asertivas, de resolución de problemas, hábitos de estudio, etc).• Entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento paliativas. (toma de perspectiva, diversificación de la atención, uso del apoyo social, expresión adecuada del afecto, relajación) <p>b) Ensayo de habilidades.</p> <ul style="list-style-type: none">• Promover una adecuada integración y ejecución de habilidades mediante el trabajo con imágenes, el juego de roles, etc.• Entrenamiento autoinstruccional para el desarrollo de mediadores simbólicos que regulen las respuestas de afrontamiento.
<p>Tercera fase: Aplicación y seguimiento.</p> <p>a) Introducir la aplicación de las habilidades.</p> <ul style="list-style-type: none">• Preparación mediante el afrontamiento con imágenes, usando los primeros signos de estrés como señal para enfrentarse.

<ul style="list-style-type: none"> • Representar situaciones que se anticipen como estresantes y que el cliente entrene a alguien más. • Transferir las actitudes representadas al mundo real. • Exposición gradual de los estresores dentro de la sesión. • Uso de la exposición graduada y ayudas para la inducción de respuestas para facilitar la respuesta en situaciones en vivo y fomentar la auto eficacia.
<p>b) Mantenimiento y generalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar un sentimiento de autoeficacia de afrontamiento en relación a situaciones que el cliente ve como de alto riesgo. • Desarrollo de estrategias para recuperarse de los errores y recaídas. • Programar entrevista de seguimiento.

Tabla 3. Terapia Cognitiva para la depresión (Beck et al., 1979).

<p>Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación. • Presentación del modelo cognitivo sobre la depresión (con ayuda de la biblioterapia), y explicación del fundamento teórico de sus problemas y de la terapia.
<p>Media:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de las técnicas de identificación y modificación de pensamientos automáticos y de supuestos depresógenos subyacentes.
<p>Final:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas • Facilitación de la comprensión del proceso terapéutico que se ha seguido. • Acuerdo sobre sesiones de seguimiento y apoyo

Tabla 4. Tratamiento cognitivo de los trastornos de angustia (Beck y Clark, 2012).

<p>Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación. • “Presentación de un cursillo sobre los trastornos de angustia” como parte de la explicación del fundamento teórico.
<p>Media:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centramiento de la interpretación alternativa de las manifestaciones somáticas de la ansiedad.
<p>Avanzada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de los pensamientos más específicamente aterrizantes. • Reinterpretación • Uso de la relajación (con énfasis en la respiración). • Uso de las técnicas de distracción. Inducción de “mini crisis” en la consulta para poner en práctica controlada las técnicas aprendidas. • Asignación gradual de exposiciones a los estímulos temidos.
<p>Final:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas. • Facilitación de la comprensión del proceso terapéutico que se ha seguido. • Acuerdo sobre sesiones de seguimiento y apoyo.

2.4 Técnicas Cognitivo Conductual.

Uno de los elementos claves de la TCC es el compromiso con el método científico, lo que implica operacionalizar sus conceptos teóricos y sus métodos terapéuticos y evaluarlos empíricamente.

La TCC se puede considerar un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas más implicadas en las dificultades actuales.

Habitualmente este proceso sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas.

Aunque la TCC no puede reducirse a un listado finito de técnicas y procedimientos terapéuticos, los métodos o técnicas generales que constituyen su columna vertebral (y que en múltiples variantes superan los doscientos), según Soler y Gascón (2005), existen las siguientes categorías: a) métodos basados en la exposición, b) técnicas operantes, c) técnicas cognitivas, d) técnicas de modelado, e) entrenamiento en habilidades sociales, f) entrenamiento en técnicas de control de la activación, y g) métodos de autocontrol.

Por otra parte Ruíz Días y Villalobos (2012), dividen las técnicas Cognitivo Conductuales en cuatro grandes clasificaciones: 1) Técnicas operantes, 2) Técnicas de exposición, 3) Desensibilización y técnicas de relajación, 4) Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales.

Para la presente investigación y con fines de aportar una clasificación más completa, se decidió complementar ambas clasificaciones para unificar en términos clasificatorios, algunas de las técnicas utilizadas en la Terapia Cognitivo Conductual.

Cuadro 1. Clasificación de las técnicas utilizadas en la Terapia Cognitivo Conductual

CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS		
1) TÉCNICAS OPERANTES	Para instaurar una nueva conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento (negativo/positivo) • Contrato de contingencias • Economía de fichas • Modelamiento

		<ul style="list-style-type: none"> • Encadenamiento
	Para reducir o eliminar conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Extinción • Tiempo fuera • Castigo • Saciación • Sobrecorrección • Desvanecimiento
2) TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización sistemática • Exposición: en vivo simbólica, en una sola exhibición, en sesiones masivas o en sesiones espaciadas. • Inundación o aproximación gradual
3) TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en relajación progresiva • Entrenamiento en relajación autógena • Control de respiración • Meditación • Biofeedback
4) TÉCNICAS DE HABILIDADES SOCIALES		<ul style="list-style-type: none"> • Modelado • Distintos tipos de habilidades sociales • Proceso de entrenamiento en habilidades sociales
5) TÉCNICAS DE AUTO CONTROL		<ul style="list-style-type: none"> • Auto observación • Establecimiento de objetivos • Planificación ambiental • Auto evaluación

	<ul style="list-style-type: none"> • Auto registro • Entrenamiento en auto instrucciones
6) TÉCNICAS COGNITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de reestructuración cognitiva • Entrenamiento en solución de problemas

1. Técnicas operantes: Están basadas en los principios del condicionamiento operante. Se actúa manipulando externamente las relaciones funcionales entre los antecedentes, la conducta y sus consecuencias, con el objetivo de instaurar o incrementar conductas de baja frecuencia y/o reducir las disfuncionales de alta frecuencia. A continuación algunos ejemplos de técnicas operantes utilizadas con mayor frecuencia:

- Reforzamiento positivo: Administrar un reforzador positivo de forma contingente a la emisión de la conducta que se pretende incrementar. Al inicio se refuerzan todas las emisiones correctas, para posteriormente ir incrementando el número de ejecuciones adecuadas para acceder al reforzador positivo.
- Contrato de contingencias: Es un acuerdo negociado y por escrito, entre al menos dos personas en el que se especifican los objetivos conductuales que debe alcanzar el sujeto o sujetos y las conductas específicas que han de llevarse a cabo en un periodo de tiempo determinado para acceder a un reforzador en concreto.
- Extinción: Consiste en suspender o retirar el reforzador positivo que mantiene una respuesta con el objetivo de reducir a cero su probabilidad de ocurrencia.
- Castigo: Presentación de un estímulo aversivo de manera contingente a la ocurrencia de la respuesta que se quiere eliminar.

2. Técnicas de exposición: Consiste en la planificación de confrontaciones sistemáticas, repetidas y prolongadas (exposición), a los estímulos (situaciones) que provocan el miedo o la ansiedad, que deben mantenerse hasta que éste remita, previniendo la aparición de conductas de huida o evitación, entre las que se encuentran las conductas de seguridad y las compulsiones (prevención de respuesta).

Mediante este procedimiento también se pretende romper el valor del reforzamiento negativo (desaparición de las consecuencias aversivas asociadas con la exposición a la situación temida) de las respuestas de huida y evitación, impidiendo que las conductas de escape se convirtieran para el individuo en referentes de seguridad. La exposición prolongada a las situaciones temidas, a la vez se puede facilitar un cambio de expectativas en la persona, al experimentar de forma directa que las consecuencias negativas revistas no se cumplen. Existen una multitud de variantes de las técnicas de exposición con prevención de respuesta en función de:

- La modalidad de presentación de los estímulos (en vivo, imaginativos, realidad virtual, etc.)
 - La temporalización de las sesiones de exposición (en una sola sesión, masiva, en sesiones espaciadas etc.)
 - El gradiente de aproximación a los estímulos temidos o evitados (inundación o aproximación gradual).
 - La implicación del terapeuta desde el modelado participante a la autoexposición.
 - Desensibilización sistemática: Presentación gradual de estímulos ansiógenos, por lo habitual, primero en la imaginación, para pasar posteriormente a situaciones en vivo, una vez que el sujeto ha desarrollado una respuesta alternativa y antagónica a la ansiedad.
3. Técnicas de relajación y respiración: Son todos los procedimientos cuyo objetivo es enseñar a las personas a controlar sus propios niveles de activación excesivos o mantenidos de forma crónica que se encuentran en la

etiología y mantenimiento de distintos trastornos de corte psicológico y psicofísico. (Vázquez, 2001). Dichas técnicas deben generar en la persona una respuesta incompatible con la ansiedad que se caracteriza por un patrón reducido de actividad somática y autónoma, y cambios cognitivos que implican sensaciones de tranquilidad, confort y sosiego. No pretenden eliminar totalmente la tensión, sino rebajarla, suprimiendo la cantidad de estrés que puede interferir con el buen funcionamiento del individuo. Cabe mencionar que cualquier procedimiento de entrenamiento en relajación y respiración se establece como un método de auto control que sólo produce mejoras sustanciales si el individuo es consciente de que la relajación es una nueva habilidad que se debe aprender. Algunos ejemplos de éstas técnicas son:

- Entrenamiento en relajación progresiva: Fue desarrollado por Jacobson a principios del siglo XX. Es un método para que las personas aprendieran a detectar niveles de tensión muscular cada vez más sutiles y después pudieran eliminarlos consiguiendo relajar los músculos. Sin embargo, este método era muy largo (podría sobrepasar el año de duración) y por ello no tuvo mucha difusión, fue hasta que Wolpe adoptó este procedimiento de relajación como un componente clave de la desensibilización sistemática. (Vázquez, 2001).
- Entrenamiento en relajación autógena: Fue publicado en 1932 por Johannes Shultz. Trabajó en la elaboración de un procedimiento en el que el propio sujeto fuese capaz de autogenerar un cambio en el estado de consciencia caracterizado por una desconexión general similar al trance hipnótico, aunque sin llegar a alcanzar niveles tan profundos. Las sesiones de entrenamiento se presentan en un programa secuencial muy estructurado que se desarrolla en dos ciclos el ciclo inferior o ejercicios propiamente de relajación, el ciclo superior o ejercicios de imaginación.

- Control de respiración: Son distintos procedimientos de respiración en donde se hace énfasis en el control de la respiración. Se encuentra la técnica de respiración para el tratamiento del insomnio, la percepción de la respiración, y la respiración profunda por mencionar algunas.
- Meditación: Son un conjunto heterogéneo de procedimientos que tienen como elemento común un intento consciente de focalizar la atención de forma no analítica y permitir aislar al meditador de los acontecimientos de la vida externa y de su propia actividad mental. Sus orígenes están ligados a las tradiciones religiosas orientales del hinduismo y el budismo y a la tradición cristiana en el mundo occidental. Según Vázquez (2001), su aplicación es particularmente adecuada para reducir los síntomas cognitivos en trastornos de ansiedad generalizada y agresividad. La diversidad de métodos de meditación que se mantienen en la actualidad pueden categorizarse a lo largo de un continuo entre la meditación concentrativa, caracterizada por la restricción de la atención a un estímulo simple externo o interno (sonido, objeto, sílaba, etc.), y la meditación no concentrativa, que implica una actitud no selectiva y promueve deshacerse de toda idea u objeto que entre dentro del campo de la atención.
- Biofeedback: Hace referencia al conjunto de procedimientos que utilizan instrumentación para proporcionar al individuo información inmediata, puntual, constante y precisa de la actividad de sus funciones fisiológicas para poder someterlas a control voluntario. Mediante el entrenamiento en el reconocimiento de la actividad en los distintos sistemas del organismo, el sujeto puede aprender a identificar los signos de una determinada actividad y proceder a su regulación. (Vázquez, 2001) sin embargo el BF está contraindicado cuando se presentan niveles moderados o severos de depresión o cuando los síntomas son indicativos de reacciones de conversión o histeria. Por el contrario, la utilización del BF es particularmente

adecuada para aquellas personas con problemas crónicos que a menudo no son conscientes de los altos niveles de tensión que presentan, y les ayuda a percibir y detectar sus síntomas como paso previo a su control.

4. Técnicas de habilidades sociales: Se aplica un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales. Las habilidades sociales son conductas aprendidas y hay distintos mecanismos que podrán explicar su adquisición y mantenimiento. Destacan los siguientes: Reforzamiento directo de las habilidades sociales, experiencias de aprendizaje vicario u observacional, retroalimentación interpersonal recibida y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales.
5. Técnicas de auto control: Se refiere a un conjunto de procedimientos que el individuo puede utilizar para modificar su propia conducta. Entre las técnicas más importantes del autocontrol se encuentran: el control de estímulos, la autoobservación (permite obtener información más precisa sobre las actividades del cliente y su estado de ánimo), autaserciones (repetición de mensajes adaptativos antes, durante y después de eventos estresantes), el autorrefuerzo, el autocastigo y el entrenamiento en respuestas alternativas.
6. Técnicas cognitivas: Las técnicas cognitivas buscan ayudar al paciente a identificar los pensamientos y esquemas que sostienen patrones recurrentes de pensamientos negativos estereotipados y en encontrar errores de estilo en el pensamiento. Algunas de las técnicas cognitivas usadas con más frecuencia son:
 - Reestructuración cognitiva
 - Terapia Cognitiva: Técnica originaria de Beck. Se deben seguir algunos pasos para llevarla a cabo: 1. Formar a la persona en los principios de la terapia cognitiva, 2. Enseñarlo a detectar los pensamientos automáticos y comprobar su relación con el estado de ánimo, 3. Modificar las ideas o supuestos que parten de los pensamientos automáticos.

- Terapia Racional Emotivo Conductual: Se desarrolló a mediados de los años cincuenta por Albert Ellis ya que experimentó cierta insatisfacción por el modelo psicoanalítico.
- Análisis funcional: Es la identificación de relaciones funcionales causales, importantes y controlables aplicables a un conjunto específico de conductas meta para la persona.
- Técnicas de distracción: Es una propuesta de actividades agradables para el individuo en momentos de depresión o ansiedad. Permite dirigir los procesos de atención hacia otro tipo de estímulos, incrementando la probabilidad de generar procesos cognitivos más adaptativos.
- Asignación gradual de tareas: Consiste en asignar de forma controlada la ejecución de ciertas conductas. Contrarresta la idea que tiene el paciente de que no podría llevarlas a cabo.
- Programación de actividades: Establece una planeación de actividades a realizar, evita la inercia, la dificultad para tomar decisiones y la rumiación excesiva.
- Valoración del dominio y agrado: Consiste en pedirle a la persona que registre mediante una escala del 1-5 el nivel de agrado o de dominio con que realiza sus actividades diarias. Contrarresta el pensamiento absolutista dicotómico.
- Ensayo conductual y role playing: Tienen la función de practicar en la consulta conductas que la persona deberá realizar en su entorno natural.
- Identificación de pensamientos disfuncionales.
- Registro diario de pensamientos disfuncionales.
- Identificación de errores cognitivos: Supone enseñar al paciente a reconocer sus errores de procesamiento.
- Disputa Racional: Consiste en el cuestionamiento abierto y directo de las creencias del cliente. El terapeuta utiliza sus argumentos para demostrar la irracionalidad de las creencias del cliente.

- Análisis y costes de beneficios: Plasma en una hoja de papel las ventajas y desventajas de recurrir a un determinado pensamiento automático o creencia, o bien, de realizar cierta conducta.
- Técnicas de reatribución: Analiza las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de determinados acontecimientos.
- Trabajo con imágenes: Evocación voluntaria de imágenes placenteras.
- Búsqueda de soluciones alternativas: Se anima al cliente a inventar nuevas soluciones.
- Identificación de esquemas: Se ayuda al paciente a identificar el patrón idiosincrásico de procesamiento para poner tales esquemas en tela de juicio.
- Técnica de rol fijo: Es un procedimiento diseñado por Kelly en el que el cliente escribe una descripción de sí mismo y luego el terapeuta la reescribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos. Se pide entonces al sujeto que ejecute el rol en su vida cotidiana durante dos semanas con la debida preparación y entrenamiento.
- Biblioterapia: Consiste en la recomendación de lecturas específicas que refuercen el conocimiento cognitivo del problema.

En años recientes se ha visto un incremento en las discusiones acerca de la suicidalidad desde una perspectiva cognitiva, por ejemplo, Ellis, T. (1986) revisó hallazgos empíricos en cuanto a la cognición y el suicidio y sugirió posibles direcciones para el tratamiento en un contexto genérico de terapia cognitiva. Más adelante, Linehan condujo una extensa investigación acerca de individuos suicidas con trastorno de personalidad y desarrolló una forma de terapia cognitivo conductual (Terapia dialéctica del comportamiento) que considera aplicable a un amplio rango de pacientes suicidas.

A continuación se explican las técnicas y estrategias implementadas por estos dos autores (Ellis, T y Linehan) para casos suicidas desde el enfoque cognitivo conductual.

Terapia del comportamiento racional emotiva (REBT).

Thomas Ellis y Ratliff en 1996 mostraron que la “responsabilidad emocional” (la tendencia a creer que las dificultades personales son causadas por circunstancias, más que por las percepciones propias) es la diferencia entre pacientes psiquiátricos deprimidos hospitalizados, suicidas y no suicidas. La desesperanza juega un rol importante al incrementar el riesgo de suicidio mediando entre la depresión y suicidalidad. Una influencia probable son las habilidades de resolución de problemas deficientes. La desesperanza puede, también ser alimentada por creencias de fuentes de infelicidad y el control (o falta de control) personal de estas fuentes.

La idea de que la gente es infeliz no por su circunstancia, pero por sus visiones de esa circunstancia es central para el modelo “A-B-C” de la REBT. En este modelo, “A” representa eventos activadores, “B” significa las creencias y otros procesos cognitivos que sirven como mediadores entre los eventos y las respuestas; y “C” significa consecuencias emocionales y conductuales.

La REBT mantiene que los humanos, por naturaleza, tienden a basar su propia valía en una variedad de contingencias, como el logro, aceptación social, aparente riqueza y buenas acciones. A los clientes de REBT se les enseña a reducir la autocalificación a favor de calificar comportamientos en maneras que les ayudaran a lograr sus metas. La REBT con individuos suicidas se empalma considerablemente con otras terapias cognitivo conductuales. Únicamente la REBT coloca las cuestiones filosóficas al centro de la terapia, valora notablemente cuestiones de salud, felicidad, adversidad y valía humana. Específicamente la REBT busca ayudar a sus clientes para que aprendan a poner sus creencias empíricas a prueba examinando la evidencia en pro y en contra de ellas y también a trabajar para lograr cambios filosóficos profundos.

La postura filosófica de la REBT (cometo errores o hago malas cosas pero nunca me convierto en una mala persona que no merece vivir) permite al terapeuta rebatir la desesperanza y la suicidalidad al tener empatía y validar la realidad de las experiencias de vida del cliente.

Los principios de la REBT proponen que la terapia con pacientes suicidas necesita tomar en cuenta la idiosincrasia de la suicidalidad de cada individuo. Los pensamientos, conductas y motivaciones suicidas del individuo con trastorno de personalidad difieren significativamente de la viuda deprimida, que a su vez, difiere de los del adolescente con problemas de abuso de sustancias (Ellis, 2008).

La Terapia dialéctica del comportamiento (DBT), es un tratamiento exhaustivo, multimodal que balancea estrategias de cambio con estrategias de aceptación. Este balance se logra al integrar estrategias de la terapia cognitivo conductual con enfoques de validación y consideración dentro de un marco de trabajo dialéctico. Linehan añadió estrategias de aceptación (validación y consideración) al tratamiento junto con estrategias dialécticas para ayudar a integrar estas aparentes estrategias centrales opuestas en 1993. Más adelante la DBT evolucionó en un tratamiento para la conducta suicida.

La verdad dialéctica emerge por el proceso de combinar (o sintetizar) elementos desde posiciones opuestas (tesis y antítesis), la dialéctica primordial de la DBT es la aceptación y cambio. El terapeuta puede validar que las percepciones del paciente están funcionando tanto como pueden, incluso acentuar que, al mismo tiempo, tiene que trabajar aún más para dejar de sufrir.

El balance aceptación-cambio se modela con ambas estrategias, las del tratamiento, así como las habilidades conductuales enseñadas en la DBT, con habilidades basadas en el cambio como la regulación de emociones y efectividad interpersonal, balanceadas por habilidades basadas en la aceptación como la consideración y tolerancia de la angustia. Desde una perspectiva dialéctica, aprender a aceptar es un cambio en sí mismo y trabaja para cambiar e incluye aceptar las capacidades actuales.

La DBT consiste de terapia individual, formación de habilidades, consulta por teléfono cuando se necesita, y un equipo de consulta para los terapeutas. La terapia individual se enfoca primordialmente en el manejo de crisis, fortalecimiento y generalización de habilidades, incrementar la motivación para actuar con las habilidades mientras se disminuye la motivación de las conductas disfuncionales y, sobre todo, coordinar y planear el tratamiento.

La DBT delimita las etapas del tratamiento que corresponden a las etapas del trastorno, cada una asociada con sus propios objetivos y metas.

Etapa I. los individuos de la etapa I tienen múltiples problemas serios, permeables y fuera de control. Las metas de tratamiento en esta etapa son primordialmente ayudar al paciente para que logre estabilidad y control conductual, especialmente ante comportamientos suicidas y auto hirientes. Los factores de riesgo del medio ambiente a valorar son los eventos estresantes recientes (especialmente estresores interpersonales), historia de abuso y trauma, apoyo social actual, modelos de suicidio y refuerzo de conducta suicida. Los factores de riesgo cognitivos a valorar incluyen: ideación suicida, desesperanza, conocimiento acerca de cómo resolver problemas de manera efectiva e influir en otros, pensamiento rígido de todo o nada, auto eficiencia percibida y auto concepto negativo.

Etapa II. Los individuos entran en la etapa II cuando han parado las conductas disfuncionales mayores y la meta principal del tratamiento es reducir los efectos del trauma inicial e incrementar las capacidades del paciente para experimentar las emociones de manera efectiva.

Etapa III. En esta etapa, el tratamiento se enfoca en la resolución de conductas residuales problemáticas que interfieren con el logro de metas personales. El auto respeto y la autoconfianza serán el foco central.

Las estrategias de tratamiento de la DBT caen en seis amplias categorías.

- a) Validación: las estrategias de validación requieren que el terapeuta reconozca y comunique cómo las respuestas del paciente tienen sentido. Se piensa que la validación mejora la colaboración con la resolución de problemas, asistencia mejorada y reduce los comportamientos que interfieren con la terapia.
- b) La resolución de problemas comienza con un análisis conductual detallado de ejemplos específicos de impulsos suicidas o acciones para identificar los “vínculos” en la cadena de eventos que llevan a la suicidalidad para pacientes en particular en situaciones específicas. La meta para resolver los problemas es generar soluciones efectivas para pensamientos disfuncionales, emociones y comportamientos cruciales identificados por el análisis conductual y aplicar procedimientos relevantes de cambios.
- c) Comunicación: los terapeutas de la DBT también balancean la aceptación y el cambio por medio de los estilos de comunicación. El estilo más común es el recíproco, esto es, ser cálido y dar respuestas al paciente. La comunicación recíproca es balanceada por un estilo de comunicación irreverente en el cual el terapeuta usa una manera confrontacional basada en hechos o divertida o comentarios excéntricos, para lograr la atención del paciente.
- d) Dialécticas: incluyen balancear la aceptación y cambio a lo largo de toda la terapia y en cada intercambio terapéutico. Además de balancear la resolución de problemas con la validación y comunicación recíproca con irreverencia. Así como, disminuir el pensamiento rígido (pensamiento no dialéctico) subrayándolos lados opuestos de cada tema mientras se proveen oportunidades para reconciliar las contradicciones aparentes.
- e) Manejo de casos. Requiere que el terapeuta de DBT se vea regularmente con un equipo de consulta porque los pacientes suicidas o fuera de control raramente son tratados de manera efectiva por un solo terapeuta. El terapeuta funge como consultor del paciente. El rol de dicho terapeuta es enseñar primordialmente al paciente a cómo interactuar de manera efectiva con el medio ambiente. El terapeuta solo interviene directamente en el medio ambiente del paciente cuando es necesario para proteger la vida del paciente

o modificar una situación más allá del control del paciente o simplemente cuando es humano hacerlo.

- f) Procedimientos de cambio. Modificar los pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales identificados como problemáticos en el análisis conductual. Estas estrategias son adaptaciones de técnicas cognitivo conductuales básicas: manejo de contingencias, reestructuración cognitiva, estrategias basadas en la exposición y formación de habilidades (Linehan, 1993).

En este punto del trabajo se considera que el lector, ya bien cuenta con los datos necesarios para saber a gran detalle en lo que consiste una terapia guiada bajo el enfoque cognitivo conductual, ya que se acaba de presentar la historia, los principios básicos, así como la estructura general y las técnicas principales para que dicha terapia resulte factible, comprensible y sobre todo eficiente para el paciente. Consideramos prudente presentar esta información previa al capítulo 3 en el cual se profundizará en el tema del suicidio ya que se pretende que se lea con ojos clínicos enfocados en la terapia cognitivo conductual.

3. EL SUICIDIO

A través de los años el suicidio se ha conceptualizado como una cuestión de la moral, la espiritualidad, la filosofía, procesos inconscientes, disfunciones biológicas, fuerzas del medio ambiente o una combinación de todos. La perspectiva cognitiva trae consigo nuevas e importantes aplicaciones en el tratamiento y prevención, con un mensaje optimista latente de que los seres humanos con guía (cuando se necesita), son capaces de hacer elecciones acerca de las percepciones de las circunstancias, que pueden cambiar acerca de cómo se sienten ante una elección final: si “ser o no ser” (Ellis, 2008).

Para comenzar a hablar sobre el comportamiento y la ideación suicida, es necesario hablar de cifras a lo largo del tiempo y específicamente, las tasas de suicidio en México.

3.1 Tasa de suicidio en el mundo y en México.

El suicidio en la actualidad es considerado un problema grave de salud a nivel mundial.

Cuando se habla de estadísticas y datos en torno a este grave fenómeno, es importante reflexionar, que en ocasiones los suicidios pueden ser reportados como muertes accidentales, o que, por humillación y vergüenza, las familias de las víctimas, no lo reporten como tal, así que los datos son solo una pauta para su estudio, es decir, una aproximación a los datos reales. Marchiori (2000), desde su enfoque criminológico menciona que uno de los mayores problemas para distinguir el suicidio de un accidente, es determinar si ha sido un acto deliberado, situación que se complica por las inclinaciones autodestructivas conforme a la personalidad de cada individuo, como, por ejemplo, la ingesta del alcohol o adicción a drogas, cuando ocurren accidentes de tránsito, etc.

La situación que se observa en las estadísticas sobre los intentos de suicidio es grave, así como Mondragón, Borges y Gutierrez (2001) lo reportan, ya que la multiplicidad de las fuentes de registro y el hecho de que no sea obligatorio

reportarlo, da lugar a que, en ocasiones, se presenten subregistros e información contradictoria, por lo tanto, los registros sobre los intentos de suicidio no indican el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país. Por las limitaciones de la información oficial sobre este tema, los investigadores interesados en esta área han optado por desarrollar cuestionarios u otras herramientas para obtener información sobre los intentos de suicidio directamente del sujeto.

Según la OMS (2017), por año, alrededor de 800,000 personas se quitan la vida, y muchas más intentan hacerlo. En 2015 fue la segunda causa principal de defunción, principalmente en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

De acuerdo con Águila (2011), más de 30% de los suicidios en el mundo ocurre en China, país en el que 3.6% de las muertes son por voluntad propia. Por otra parte, los estadounidenses anglosajones son más propensos al suicidio que los hispanos o afroamericanos, aunque en los jóvenes negros han aumentado esos casos. En las poblaciones indígenas tienen también índices elevados de suicidio, lo que puede deberse a la marginación social y cultural o aun mayor abuso del alcohol. Por último, en Europa, las tasas de suicidio son generalmente más altas en los países del norte. En los países desarrollados la tasa de suicidio es entre dos y cuatro veces mayor en hombres que en mujeres, una tendencia que va en aumento.

Al igual que en los niveles mundiales, los suicidios en México presentan una tendencia creciente; mientras que en el año 1970 se registraron 554 defunciones por suicidio en el interior de la República Mexicana, en 1994 se fueron 2603 y durante dicho periodo la tasa de muertes por suicidio pasó de 1.13 por cada cien mil habitantes en 1970, a 2.89 por cada cien mil habitantes en el año 1994 (Acevedo, 2015).

Al hacer la comparación con datos más actuales, entre el 2000 y 2014, la tasa de suicidio aumentó de 3.5 a 5.2 por cada 100 mil habitantes, sobresaliendo Campeche, Aguascalientes, Chihuahua y Yucatán con mayor registro de suicidios (INEGI, 2016).

En el 2015 se registraron 6,285 lo que representa una tasa de 5.2 fallecidos por cada 100 mil habitantes. Por sexo, la tasa de suicidio es de 8.5 por cada 100 mil hombres y de 2.0 por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2017). Lo que resulta curioso es que se mantienen a la cabeza los estados Chihuahua (11.4), Aguascalientes 9.9), Campeche (9.1) y Quintana Roo (9.1), tasa por cada 100 mil habitantes.

Por otra parte, Acevedo (2015), retoma los datos del INEGI del 2005 los cuales exponen las principales causas del suicidio en aquel año: un disgusto familiar (280 suicidios); seguido de cuestiones amorosas (230 suicidios) y finalmente por enfermedad grave e incurable (172 casos); cabe resaltar que se registran más suicidios en los hombres que en las mujeres, correspondiendo a un porcentaje del 82% en hombres y 18% mujeres.

Con la finalidad de enriquecer los antecedentes estadísticos antes mencionados, a continuación, presentamos un listado de datos publicados por Acevedo (2015), demostrando, que, si bien se han presentado casos de suicidios en distintas poblaciones, la más vulnerable es la población juvenil:

- Estadísticas de instituciones de salud pública revelan que un promedio de 14 jóvenes, entre los 15 y 24 años, muere cada día por suicidio, es decir, cada hora y 40 minutos comete suicidio una persona por debajo de los 25 años.
- En los últimos 35 años el índice de suicidio juvenil se ha triplicado: la mayoría de los suicidios de adolescentes ocurre por la tarde o tarde-noche en la casa de la víctima.
- De 7 a 16% de adolescentes reporta un historial de intentos de suicidio.
- De los factores de riesgo para suicidio juvenil el más descrito es el intento suicida previo. También están la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, la personalidad limítrofe o psicopática.
- De los suicidas adultos, 90% tiene al menos un trastorno psiquiátrico; en los jóvenes solo se presenta en alrededor de 60%.
- El alcohol y sustancias de abuso son predictores de suicidio en personas con riesgo. Cerca de 50% de los suicidas está intoxicado al morir y 18% de los alcohólicos muere por suicidio.

- El fácil acceso a las armas de fuego representa un mayor riesgo para actos suicidas.
- Las mujeres cometen el doble de intentos suicidas que los hombres; sin embargo, la muerte por suicidio ocurre 3:1 en los varones.
- Ser víctima o generador de violencia es un factor de riesgo para suicidio; por ejemplo, violencia intrafamiliar o participar en grupos violentos organizados.
- También se describe la imitación de la conducta suicida juvenil, difundida en los medios masivos de comunicación.

El suicidio es un fenómeno preocupante, que año con año ha aumentado su índice y una manera de disminuirlo es desde la perspectiva preventiva.

A continuación, se presenta la definición de las distintas terminologías, así como los antecedentes históricos, con la finalidad de entender cómo es que se ha presentado en diferentes épocas, además de brindar un panorama más claro con fines explicativos para la presente investigación.

3.2 Definición y antecedentes: suicidio, ideación suicida e intento de suicidio.

La palabra suicidio proviene etimológicamente del latín “*dui*” que significa “de sí mismo” y “*caedere*” significado “matar”; entonces se define etimológicamente como “matarse a sí mismo” (Mondragón, Borges y Gutierrez, 2001). Pero más allá del simple concepto del suicidio, detrás del término, se encuentra la ideación suicida y el intento de suicidio que es preciso definir para tener un panorama mucho más amplio al momento de abordar este fenómeno en terapia desde la perspectiva Cognitivo Conductual. Con ese objetivo, es importante brindar una breve historia sobre cómo se ha mostrado el suicidio en épocas pasadas y en otras civilizaciones.

Históricamente, el suicidio continúa siendo una problemática llena de enigmas, ya que ha prevalecido en la historia de la humanidad, sin embargo, en la mayoría de los casos el suicidio se ha llevado a cabo en situaciones de extrema desesperación, depresión, miedo, vergüenza o simplemente porque la persona no es capaz de encontrar otra salida a la problemática presentada, a diferencia en

épocas pasadas donde según Águila (2011), los galios consideraban razonable el suicidio por vejez, muerte del cónyuge o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para lo celtas, hispanos, vikingos y nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables para cometerlo.

En los pueblos germánicos, el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa, por lo cual era loable y bien visto y en China (1800 a.C.), se llevaba a cabo por lealtad; en Japón se trataba de un acto ceremonial por expiación o por derrota; y en India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por la muerte del cónyuge.

Conforme el tiempo pasó, surgieron estudios estadísticos y revisiones de lo que implica la conducta del suicidio desde distintas perspectivas, considerando las más importantes la sociológica, psicológica, criminológica y médica. Desde la perspectiva sociológica, se destaca Emilio Durkheim, en su obra "Le Suicide". En dicha obra, habla del suicidio como un acto individual, asociándolo a la respuesta social (Amador, 2015). Durkheim desde la sociología, cuestiona muchos factores y brinda un concepto trascendente para su estudio.

Al retomar a Durkheim en Águila (2011) define al suicidio englobando a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, sabiendo lo que va a producir dicho resultado; también consideró que dentro del suicidio hay tres tipos básicos como resultado de la relación entre el individuo y la sociedad:

- a) Suicidio altruista. Cuando el individuo se quita la vida porque está sobre integrado a la sociedad.
- b) Suicidio egoísta. Cuando el individuo tiene muy pocos lazos de unión con la comunidad o sociedad a la que pertenece; la causa es el exagerado individualismo.
- c) Suicidio anímico. Se presenta como una especie de aislamiento psicológico, y aparece cuando los vínculos que unen al ser humano con un grupo social se debilitan, puede ser la pérdida de un amigo, no tener empleo, una separación, etc.

Desde un punto filosófico, se aborda el tema del suicidio con aceptación y profundidad, ya que se le considera un elemento fundamental dentro del campo de la filosofía. El acto suicida es algo que se prepara con tiempo y en silencio y para el cual hay solo dos posibilidades; la de si uno se mata o no lo hace; ahí es cuando la balanza tiene que inclinarse hacia algún lado para tomar la decisión (Águila, 2011).

Águila (2011), propone una serie de conceptos referentes al suicidio que resultan destacables para los fines de definición en este apartado, a continuación se presentan:

- Suicidio Consumado: Conducta autodestructiva y autoinfringida que finaliza con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.
- Suicidio Frustrado: suicidio que no llega a consumarse porque un imprevisto (algo con lo que no contaba el sujeto) lo interrumpe.
- Intento de Suicidio: Daño autoinfringido con diferente grado de intención de morir y de lesiones.
- Ideación Suicida: Pauta para afrontar los problemas que tiene cada persona.
- Gesto Suicida: Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que llevará a cabo. Suele estar cargada de simbolismos.
- Amenaza Suicida: Lo mismo que el anterior, pero con palabras.
- Equivalentes Suicidas. Son las automutilaciones que puede hacerse una persona.
- Suicidio Colectivo. La conducta autodestructiva que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo común es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.
- Suicidio Racional: Tras una larga enfermedad, por ejemplo, incapacitante, la persona llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse.

Por otra parte, desde la perspectiva criminológica, Marchiori (2000), define “la idea de suicidio” como una representación mental del acto. Dichas ideas de muerte, van estructurando una personalidad más angustiada y esto trae consigo una marginación social cada vez más acentuada. Habla también sobre “la

preparación del suicidio” refiriéndose a las conductas previas que el sujeto tiene como compra de armas, veneno o medicamentos, o bien, despedirse de familiares o dejar cartas.

Entonces, la “ideación suicida” es la imagen o representación mental de la propia muerte, ocasionada por la misma persona, y va desde la elección previa, de elegir las herramientas necesarias para llevarlo a cabo hasta la preparación del acto, elegir la fecha y el lugar. La ideación suicida engloba todos los pensamientos que se tienen cuando la persona se encuentra en una situación de depresión y extrema angustia existencial, además de un estado de desesperación, imaginando como solución a todos sus problemas, el fin de su existencia.

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado (Pérez, 1999).

El intento de suicidio es lo que viene después de una ideación, es todo acto que se genera atentando contra la propia vida, estando conscientes de que el desenlace es la muerte, sin embargo, justo en este punto, puede ser una señal para atraer la atención o una forma de pedir auxilio, algo así como la única manera posible de dirigirse a alguien, es una exigencia de socorro inmediato, pero según García Reynoso en Marchiori (2000) es una acusación destinada a controlar y reprochar a las otras personas de su situación.

Rivera (2002), menciona que es al hablar de suicidio se debe definir de manera muy clara (o lo más claramente posible) el concepto de intento de suicidio, ya que éste tiene características que lo distinguen del suicidio y/o grado, no solo por el hecho sustancial del acto del suicidio, sino por las motivaciones que conlleva y también hay que distinguirlo del intento de suicidio frustrado, en el que el suicidio se evita por medios externos al sujeto. El que intenta el suicidio ejecuta una serie de actos que pueden conducir a la muerte, pero que en todo momento están supeditados a la presencia real o virtual de los otros. Por lo tanto, el intento suicida

sería una simulación en cierta medida porque se quiere obtener con el riesgo de morir un tipo de gratificación.

Por otra parte Marchiori (2000), propone 4 aspectos de la tentativa del suicidio, es decir, una especie de niveles, que resultan relevantes para el estudio del caso que se expondrá en el cuarto capítulo:

1. Tentativa gravísima: Únicamente se distingue del suicidio por el resultado mortal del acto, ya que éste es frustrado por “x” circunstancia ajena al sujeto. El individuo tiene ideas de muerte, un profundo estado depresivo, prepara el comportamiento suicida pero un elemento circunstancial evita su muerte. Puede ser que al dispararse en la cabeza, la bala no le provoca la muerte, o bien, que intenta el suicidio pero no provoca más que heridas físicas graves.
2. Tentativa grave: Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad.
3. Tentativa leve: Los medios usados resultan imposibles de provocar la muerte y solo ocasionan lesiones graves.
4. Tentativa sin daño: El medio elegido no puede producir ningún daño físico.

La clasificación expuesta anteriormente es valiosa, sin embargo, no se menosprecia ninguna de las 4 tentativas, ya que el simple hecho de llevar a cabo un acto suicida, es alarmante. La posible función de clasificar, podría ser enfocado a la prevención, es decir, detectar las conductas suicidas a tiempo y canalizarlo a tratamiento de inmediato, ya que un intento de suicidio es un factor muy riesgoso para que más adelante se consume el acto suicida.

Además, cabe resaltar que la clasificación se hace con base en el daño físico del sujeto, sin embargo, es importante resaltar los pensamientos y creencias que se tienen desde el primer intento de suicidio, con la misma intención: Prevenir.

Tratar de definir al suicidio, es complejo debido a los múltiples factores que influyen en la decisión, por lo tanto, resulta un fenómeno difícil de acotar y definir con claridad. Retomando a Durkheim citado en Águila (2011), el suicidio es la

muerte que resulta mediata de un acto ejecutado por la propia persona, a sabiendas de que se ha de producir este resultado. Pero ésta definición es sociológica, y para la presente investigación resulta relevante considerar los pensamientos y emociones previas generadas al tomar tan delicada decisión.

El estado depresivo juega el papel más importante para consumar el suicidio, ya que es el estado en donde el individuo experimenta una profunda tristeza y se convierte en un ser vulnerable. Éste estado siempre conlleva a ideas de muerte por la desvalorización interior en la que se encuentra el individuo.

La percepción existencial del depresivo, cómo ve su vida, sus pensamientos, el mundo exterior y quienes lo rodean, constituyen aspectos fundamentales que conduce al intento de suicidio o al suicidio. Los pensamientos irracionales y creencias negativas se apoderan del sujeto y se encuentra el acto suicida como la única solución a los problemas percibidos por la persona, la falta de habilidad para la solución de problemas, y una percepción de la realidad distorsionada, son algunas de las características que experimenta la persona suicida.

Para la presente investigación se emplearán las definiciones de ideación suicida como toda idea que genera la persona planeando su misma muerte; el intento de suicidio es toda acción llevada a cabo conscientemente para acabar con la propia vida, ambos con la intención de solucionar sus problemas de esta manera (Marchiori, 2000).

El suicidio es un fenómeno difícil de acotar, sin embargo para la presente investigación se destaca la definición de Águila (2011), como conducta autodestructiva y autoinfringida que finaliza con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.

A continuación, se describirán los principales factores detonantes con la finalidad de entender, prevenir y detectar con tiempo los signos de alerta, sobre todo en terapia.

3.3 Principales factores detonantes de un suicidio.

La diversidad de las razones por las que un individuo renuncia a la existencia son muchos, abarcando aspectos psicológicos y socio culturales significativos.

Marchiori (2000) afirma que la raíz del suicidio lo constituyen los motivos conflictivos interpersonales, sin embargo, el contexto histórico y social da significado a la autodestrucción.

Para estudiar el fenómeno del suicidio e intento de suicidio, es importante contemplar muchos factores que podrían ser detonantes para tomar esta decisión o bien, para al menos pensarlo e intentarlo. En definitiva, no se le puede aislar o adjudicar esta decisión a un solo factor, atribuyéndolo solo a un estado mental o a una enfermedad, ni atribuirlo a una causa aislada. Para poder proponer nuevas alternativas en cuanto al tratamiento o prevención, es crucial contemplar y estudiarlo desde una perspectiva multifactorial.

Mucho se ha estudiado sobre los antecedentes a la decisión del suicidio, Durkheim citado en Amador (2015), cuestiona los factores cósmicos y cómo es que influye el clima en torno a este fenómeno y por supuesto llega a la conclusión de que estos elementos no tienen relación directa con el suicidio y de afirma que, resumiendo se ha comenzado por establecer que la acción directa de los factores cósmicos y no se pueden explicar las variaciones mensuales o estacionales del suicidio.

Si las muertes voluntarias son más numerosas de enero a julio, no es porque el calor ejerza una influencia perturbadora sobre el organismo, es porque la vida social resulta más intensa. Pero no es precisamente el medio físico el que la estimula de forma directa, como tampoco a los suicidios, cuya evolución depende de las condiciones sociales.

Para 1987 una serie de investigadores incluidos Primo y Civera, encontraron las siguientes afecciones entre los suicidas: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y depresión, oligofrenias, personalidades psicopáticas y toxicomanías, así como alcoholismo y trastornos afectivos (Clemente y Gonzalez, 1996).

Por otra parte, Marchiori (2000) expuso que la mayoría de los intentos de suicidio se da en mujeres, y en la población de los jóvenes. Explica que la tentativa suicida en niños y adolescentes no se da únicamente para escapar de los problemas, sino que el ambiente familiar los hace sentir culpables. Los jóvenes presentan cambios drásticos en el comportamiento, por ejemplo, el rendimiento escolar, síntomas de irritabilidad y tendencia a sentirse involucrados.

La depresión por supuesto es un factor crucial, sin embargo, lo más destacable son las discusiones y conflictos con sus compañeros de colegio, violencia dentro de la escuela o en la familia suelen ser disparadores de este comportamiento.

En lo referente a las causas de los intentos suicidas, se sabe que el factor más importante es la depresión. Predominan en las mujeres los conflictos afectivos y en los hombres los problemas profesionales y problemas económicos (Marchiori, 2000).

Rosselló, Duarte-Vélez, Bernal, y Zuluaga (2011), en un estudio que realizaron en Puerto Rico, exponen que los y las adolescentes altamente deprimidos presentan altos niveles de ideación suicida y aunque la severidad de la depresión por sí sola es un fenómeno urgente a tratar, la ideación suicida es un aspecto que complica y empeora la depresión. Por lo que el factor detonante de la ideación suicida podría ser la depresión severa.

Cervantes y Hernández (2008), plantean que detectar los factores de riesgo sobre el suicidio a tiempo, permite tomar una mejor elección frente al abordaje terapéutico, ellos identificaron las posibles causas del intento de suicidio en los adolescentes teniendo en cuenta diferentes aspectos como: conflictos familiares, depresión, inconformismo de género, problemas en el colegio, enfermedades terminales e infecciosas y consumo de sustancias psicoactivas.

Los autores plantean que el mejor tratamiento frente a la ideación y conducta suicida es realizar una intervención temprana de los trastornos mentales, la

depresión, abuso de sustancias psicoactivas, control del estrés y control de comportamientos agresivos.

A continuación, se presenta una clasificación de los factores más relevantes que detonan la decisión suicida, únicamente es para esquematizarlos ya que como se ha mencionado anteriormente, es difícil verlos cada uno por separado.

3.3.1 Factores psicológicos.

Resulta importante destacar que se decidió retomar como primer punto, a los factores psicológicos ya que en la revisión de la bibliografía relacionada con temas cercanos al suicidio nos encontramos con que principalmente, la depresión y la ansiedad que genera el contexto familiar y social han estado presentes en la mayoría de los casos de suicidios en México y el mundo en los últimos años.

Minkoff y colaboradores (1973) mencionan la desesperanza como una de las principales causas del suicidio y cómo es que ésta juega un rol importante mediando entre la depresión y la suicidalidad. Una probable influencia son las deficientes habilidades de resolución de problemas. Ellis, (2008) explica que las deficiencias en la resolución de problemas discriminan depresivos suicidas de los no suicidas, sin embargo, la desesperanza puede también ser alimentada por creencias de infelicidad y la falta de control personal.

Cabe destacar que la teoría cognitiva de Beck, surgió a raíz de investigar a pacientes deprimidos, en cuyos pensamientos e imágenes se encontró estaban negativamente perjudicados en maneras habituales y sistemáticas. Más adelante, etiquetó este estilo cognitivo como La Triada Cognitiva Negativa, cuando los pacientes deprimidos con frecuencia tienen una visión negativa de sí mismos, el mundo y el futuro y así como los pacientes depresivos, Beck observó que los pacientes suicidas mostraban pensamientos negativos y creencias disfuncionales (Ellis, 2008).

Beck, citado en Ellis (2008), habla sobre la teoría de la desesperanza, acerca del suicidio con base en sus experiencias clínicas con 50 pacientes depresivos suicidas y encontró que el comportamiento suicida era resultado de cuando en

ambos casos, un individuo había perdido la esperanza o su razonamiento estaba deteriorado. Beck sostenía que el comportamiento suicida se derivaba de distorsiones cognitivas específicas, en las cuales los pacientes veían sus experiencias de manera negativa y creían que sus intentos para lograr objetivos grandes terminarían en fracaso.

Quintanilla y Cols. en el 2003, citado en González y Hernández (2012), afirman que en otras investigaciones sobre la ideación suicida que se han realizado en México han retomado la Escala de Desesperanza de Beck bajo el componente tríadico de cognición, emoción y conducta, su estudio se llevó a cabo en la ciudad de Guadalajara, México, con pacientes con tentativa suicida cuya edad promedio era de 26 años. El propósito fue identificar el factor emotivo, motivacional o cognitivo que condiciona la tentativa. Los resultados arrojaron que el grupo más vulnerable es el comprendido entre 15 y 24 años, con un porcentaje acumulado de 54%, y que 60% eran mujeres y 40% varones.

En cuanto al factor cognitivo, más de la mitad mostraba una desesperanza de tipo cognitivo, lo que significa que el esquema mental con el que estos jóvenes intentan resolver su vida o sus conflictos personales está representado por pensamientos de percepción de un futuro incierto; infieren que la gente, en su mayoría, consigue mejores cosas que ellos, y que cuando evalúan sus metas o proyectos sienten por lo general que no marchan como debieran.

Cabe resaltar que 7% reveló una desesperanza con factor afectivo, asociado a sentimientos de esperanza en un futuro con entusiasmo y confianza, en el que se pueden conseguir cosas de su interés y en el que espera ser más feliz de lo que se es en el momento presente. Estos resultados se inclinan hacia el factor cognitivo y no el afectivo, al cual se le asocia empíricamente.

Por su parte Linehan (1993) aporta una teoría biosocial, la cual apunta que el suicidio es un método aprendido para lidiar con el pensamiento emocional agudo. La conducta suicida es vista como un déficit de habilidad; esto es, las personas buscan la muerte como una solución al intenso sufrimiento porque no pueden

pensar en otras opciones efectivas. El trabajo de Linehan se enfoca en el trastorno de personalidad límite (BPD del inglés *Borderline Personality Disorder*). La ideación y comportamiento suicida a menudo suelen aparecer en individuos con BPD. Los eventos estresantes de la vida llevan a emociones estresantes, depresión, ansiedad y comportamiento suicida.

Debido a que las personas suicidas, crean y son controlados por ambientes aversivos, con frecuencia se encuentran en un estado personal de crisis inexorable. Mucha gente suicida tiene fuertes miedos al abandono y busca seguridad excesiva en otros, aunque en muchos de los casos buscan retroalimentación negativa en las personas cercanas y si no reciben tal apoyo se alejan y la depresión incrementa y disminuye aún más la visibilidad de las posibles soluciones dejando como única opción, la muerte.

Incluso se han realizado diversos estudios en donde se sugiere la existencia de un factor genético asociado con la conducta suicida, ya que se han mencionado genes que participan en el transporte, transmisión, catabolismo y anabolismo de la serotonina en intento suicida, tomando en cuenta que la disminución de dicho neurotransmisor es una de las características de la depresión, uno de esos estudios se llevó a cabo por Tovilla y Genis (2012), encontrando que en la conducta suicida existe un componente genético, ya que análisis post-mortem en víctimas del suicidio indican que existe anomalías en el sistema de neurotransmisión, presentando evidencias de disminución de metabolitos de serotoninérgica en comparación con personas sanas. Sin embargo, dada la falta de replicación en los mismos es necesario abundar en el estudio de estos genes y su asociación con la conducta suicida.

Encontrar factores predisponentes a la conducta suicida, puede traer nuevas alternativas para el manejo del riesgo en los pacientes.

Continuando con la misma línea, Ceballos (2012) menciona algunos trastornos psiquiátricos que sean observado en un gran número de casos de intento suicida como: esquizofrenia, síntomas psicóticos, trastornos obsesivos-

compulsivos, histeria y depresión. Según Marchiori (2000), comenta que la depresión implica, en la mayoría de los casos un alto riesgo de suicidio. El sentimiento de tristeza o de duelo, implica una grave vulnerabilidad individual, por las ideas de muerte y auto desvalorización del depresivo.

Ya se habló sobre la depresión como factor más importante para la conducta suicida, sin embargo, también se deben destacar las creencias irracionales. Ellis en Navas (1981), las clasificó en 11, y de acuerdo con Ellis, la irracionalidad de cualquier pensamiento o creencia, lleva a conductas autoderrotistas o autodestructivas que interfieren de forma significativa con la felicidad del organismo. A continuación, se exponen las creencias irracionales, solo con el fin de ilustrar la forma de pensar de una persona que percibe el mundo y a sí misma de manera negativa, y en ocasiones, se puede alertar a la gente que rodea a estas personas, conociendo un poco sus creencias:

1. Es de suma necesidad que nos quieran y aprueben todas las personas significativas de nuestra vida.
2. Hay que ser competente en todos los aspectos de nuestra vida para poder considerarnos personas con valor.
3. Ciertas personas son malas, perversas y ruines y deben ser severamente castigadas y penalizadas.
4. Es tremendamente horroroso que las cosas no salgan perfectas como desearíamos que salieran.
5. La infelicidad humana se debe a causas externas y nosotros no tenemos capacidad para controlar nuestras emociones perturbadoras.
6. Todas aquellas situaciones amenazantes deben ser evitadas a cualquier precio.
7. Es mucho más fácil evitar las dificultades y responsabilidades que afrontarlas.
8. Uno debe ser siempre dependiente de los demás y tener a alguien más fuerte en quien confiar.

9. Nuestras experiencias y eventos del pasado son los que determinan nuestra conducta del presente; no podemos nunca librarnos de la influencia del pasado.
10. Deberíamos preocuparnos mucho por los problemas y trastornos de otras personas.
11. Siempre hay una solución única y perfecta para cada problema y esta es la que debemos encontrar, o de lo contrario fracasaremos.

Resulta importante detectar éstas creencias irracionales, ya que algunas veces, al no cumplirse dichas creencias, la persona puede volverse insegura y se minusvalora, ya que al primer signo de desaprobación lo hará sentirse infeliz y perdido, por ello se debe poner especial atención en el discurso de la persona sobre todo de sus creencias al momento de que se encuentra en terapia, o incluso de manera preventiva, en la familia o relaciones sociales para evitar que las conductas se conviertan en auto destructivas o peor aún, en una ideación o intento de suicidio.

Kelly también realizó aportaciones a las teorías explicativas del suicidio desde la perspectiva cognitiva y parte de la idea que todos los sujetos tienen una peculiar forma de adaptarse al ambiente, en función de las categorías cognitivas concretas que posee, y que sirven de parámetros para procesar sus experiencias. Desde este “mecanismo de procesar” es como el sujeto construye e interpreta la realidad, su realidad. La teoría de Kelly, sobre suicidio se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta última la que orienta y condiciona la conducta.

A partir de esta teoría, Kelly explica el suicidio como un acto por el cual el individuo trata de validar la vida, es decir, darle sentido, arremetiendo con las teorías que tratan de explicar el suicidio sin tener presente al sujeto. Las dos razones por las que se da el suicidio según Kelly son: a) El futuro es obvio para el individuo y por tanto incapaz de motivarle; b) Cuando por el contrario el futuro se muestra al sujeto totalmente impredecible, de manera que se ve obligado a abandonar la escena. Para terminar el autor dice que el suicidio no se puede explicar desde términos tales como sentimientos, emociones, necesidad, psicodinámica,

motivación, aprendizaje, reforzamiento, etc., proponiendo nuevos conceptos como lo son: angustia, amenaza, hostilidad, y culpa (Petrzelova y cols, 2007).

El aprendizaje social y el umbral mínimo de logro son importantes para las personas. Rotter propone una teoría de aprendizaje social compaginando la teoría de la psicología del refuerzo social y la teoría de la psicología cognitiva.

Rotter no tiene una teoría concreta sobre el suicidio pero sin duda los procesos psicológicos dependientes de la experiencia social de los sujetos contribuyen a su explicación (Clemente y Gonzalez, 1996). Su principal aportación al tema del suicidio radica en su tesis de que la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la propia vida puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente.

En resumen, Rotter defiende que para que las personas se desarrollen óptimamente y deseen desarrollarse necesitan refuerzos vitales y un umbral mínimo de logro, determinados por el control que tengan sobre los sucesos de su vida y la satisfacción de sus necesidades.

También es importante mencionar la aportación de Seligman, quien propuso la teoría de la indefensión aprendida que parte de la continua percepción de un sujeto acerca de la poca o nula correlación que existe entre los objetivos esperados de sus actos y los resultados de estos. Lo cual provoca en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta experiencia de incontrolabilidad puede suscitarle un sentimiento de indefensión que se traduce en la limitación y/o bloqueo, en menor o mayor grado, de su actividad.

El aprendizaje e interiorización de la carencia de control en los resultados de las propias conductas provoca, según el autor, tres déficit de personalidad: motivacional, cognitivo y emocional, traducidos en la depresión que sufre el sujeto. Además, el modelo establece que la indefensión provoca unos déficits en las personas cuando es de larga duración y cronicidad. Estos son: pasividad, desmotivación y lentitud para actuar, estancamiento en el plano cognitivo,

aferrándose el sujeto a la idea de incontrolabilidad de los resultados en el curso de ciertos acontecimientos de su vida (Petrzelova y cols, 2007).

Como se ha discutido, el principal detonante previo a la conducta suicida es la depresión, sin embargo, también se incluyen dentro de los factores psicológicos, los pensamientos y creencias irracionales, la indefensión, la desmotivación, desvalorización de la persona, la pérdida de control en las conductas propias, el duelo ante la pérdida de un ser querido o un trabajo o bien, un objeto muypreciado; pérdida de sentido a la vida, miedo a un futuro impredecible y por supuesto la desesperanza. Se habla también sobre una posible predisposición genética y claro, los trastornos psiquiátricos como esquizofrenia, síntomas psicóticos, trastornos obsesivos compulsivos, ansiedad, histeria o grados de depresión mayor, que hacen más vulnerable a la persona a tomar esta decisión.

A pesar de existir múltiples estudios a cerca de la prevalencia de depresión en personas suicidas, pocos estudios muestran la relación entre síntomas depresivos con la funcionalidad familiar (Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz y Campo-Arias, 2009).

Es por ello que se retomará como segundo factor la disfuncionalidad familiar o el simple entorno familiar como un indulgente al suicidio, no obstante, se debe ser muy cuidadoso al abordar dichos factores, ya que la finalidad no es inculpar a la familia o peor aún, que exista un rechazo hacia estas familias de las víctimas del suicidio. Simplemente se aborda como factor detonante y desde la perspectiva preventiva.

3.3.2 Factores familiares (ambiente familiar disfuncional).

La familia es la institución principal que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada integrante. Como un sistema social promueve y estimula el bienestar y el estado de salud de los miembros de la familia. Del grado en el cual una familia cubra o deje de cubrir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que

constituyen el núcleo familiar, de acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él.

La adolescencia, etapa trascendental en el desarrollo del individuo, constituye una de las épocas de mayor vulnerabilidad. El trascender por esta etapa no solo depende del joven y las características de su personalidad en consolidación, sino también, del equipamiento biológico y del ambiente social y cultural. Con la maduración y el efecto de los cambios hormonales, el adolescente tiende a experimentar variaciones en su estado de ánimo, más intensos que en otras edades, y que pueden producirse como respuesta a hechos que a otros pueden parecer insignificantes. Algunos estudios muestran que más del 50% de los adolescentes mencionan haberse sentido muy tristes con mucha frecuencia y más del 80% de ellos han pensado fugazmente en el suicidio (Sauceda y Duran, 2003).

El grupo familiar pocas veces identifica a los miembros adolescentes deprimidos; es por eso, que no busca ayuda o es renuente o se resiste a buscar a un profesional de la salud. Por tanto una atención especializada y oportuna les permite a los adolescentes con depresión desarrollar su potencial y llevar una vida productiva libre de sufrimientos y patologías psíquicas.

El núcleo familiar, es una base sumamente importante ya que es donde se genera el autoestima, además de ser una gran influencia de aprendizaje para los miembros que la componen. Dentro de la familia puede generarse malestar emocional, violencia intrafamiliar e incluso abuso sexual. En este sentido hay siempre un efecto, el cual muchas veces se presenta a largo plazo como trastorno por estrés postraumático, depresión, ideación e intento suicida, insensibilidad emocional, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dolores de cabeza, dependencia del alcohol y de las drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja y comportamiento auto lesivo (Curiel y Valles, 2015).

3.3.3 Factores sociales (deficiencias en el ambiente social).

Como ya se ha mencionado antes Durkheim fue el primero en estudiar el tema de suicidio desde una perspectiva social y a pesar de haberlo hecho ya hace muchísimo tiempo, lo que planteó ha compaginado con estudios recientes; y es que Durkheim utilizó el análisis estadístico comparativo de diferentes variables y categorías sociales, tales como el sexo, la edad, el estado civil, la religión, los meses del año, el país, los valores sociales, así como la comprobación de la incidencia de distintos hechos en la variación de las estadísticas, como las guerra y las crisis económicas, en su condición de desestabilizadores sociales.

Esta teoría sociológica parte de la idea de que es la sociedad como marco, instrumento y modelo de desarrollo de los sujetos, quien directa o indirectamente orienta a los mismos hacia el suicidio, por cuanto no es capaz de vincular a los sujeto sala vida a través de ella. Para Durkheim el suicidio es ante todo un fenómeno social y como tal, solo explicable en función de variables sociales. Consiguientemente, es la estructura de la sociedad la que determina en función de sus características el que los individuos sean más o menos susceptibles al suicidio.

Esta teoría parte de la idea de que el hombre es ante todo un ser social y, por tanto, la configuración de la estructura de la sociedad influirá sobre el individuo, tanto en su manera de percibir la sociedad, como en su manera de proyectarse socialmente. De igual manera, establece que las circunstancias sociales influyen al provocar un “estado de ánimo colectivo”, que presiona a los individuos. Pero, en contra de lo que generalmente se ha interpretado, da al individuo consciente la última palabra sobre la conducta suicida. Los factores sociales influyen en tanto el individuo es susceptible a ellos, o con una terminología más actual, existe una población de riesgo más sensible a los factores y cambios sociales (Durkheim, 2011)

Por su parte y de manera más reciente Curiel y Valles (2015) realizan un desglose de algunos aspectos sociales que influyen al incurrir en el suicidio y es que nos hablan del libre acceso a elementos que si no son usados de forma idónea pueden ser letales. Como lo son las sustancias psicoactivas, como el alcohol y las

drogas ilegales, las cuales normalmente se presentan en un entorno social determinado y el uso de dichas sustancias normalmente está asociado a un malestar emocional. Por otra parte, el acceso descontrolado que tenemos a los medios de comunicación desde que somos muy pequeños, como la televisión o el internet, en donde las personas son presas fáciles de información errónea y dañina. Del mismo modo se ha demostrado epidemiológicamente que los homosexuales o bisexuales tienen 6 veces más riesgo de intento suicida por la dificultad de aceptar su condición o por el temor de reacción de la familia y sociedad, o bien también es común en personas que tiene dificultad para establecer relaciones sociales, siendo el suicidio más frecuente en personas solteras.

Como ya lo hemos mencionado antes, por edad el grupo más vulnerable está entre jóvenes (adolescentes). La adolescencia es una época de identidad y relaciones sociales, es la etapa en donde el ser humano encuentra contradicciones, por una parte la necesidad de independencia y por otra las reglas existentes dentro de un grupo determinado. Y por si fuera poco también podemos sumar los factores económicos; pobreza, desempleo, marginación ya que estos aumentan el grado de desesperación y estrés y predisponen al intento de suicidio. En la actualidad, el desempleo genera sentimiento de falta de utilidad para la sociedad y es entonces donde el trabajo no solo se toma en cuenta como una fuente de ingresos, sino como una manera de interactuar con un grupo mediante la colaboración (Curiel y Valles, 2015).

En cualquier caso, el suicidio, como escape extremo a una situación angustiosa, no es sino producto de la acumulación de variados componentes, reflejo no sólo de la idiosincrasia e historia de cada individuo (historial familiar de suicidio, de abuso social o físico, tentativas previas de suicidio, trastornos emocionales, los acontecimientos estresantes como las rupturas, la pérdida de seres queridos, los conflictos con allegados y amigos, los problemas legales, financieros o relacionados con el trabajo, así como los acontecimientos que conducen al estigma, a la humillación o la vergüenza) (OMS, 2006). Por tanto debería obviarse el papel que la presión de los demás ejerce en la persona, los cánones impuestos de belleza o

los efectos de la situación de crisis que atraviesa el país, la cual sitúa a los jóvenes con escasas perspectivas de inserción en el mundo laboral, a la par que aumenta el desarraigo familiar, desestructurando familias por razones económicas, provocando emigraciones en busca de mejoras en las condiciones laborales o disminución de la atención de los padres hacia los hijos al tener que pluriemplearse (Navarro-Gomez, 2017)

Después de haber revisado los diversos factores de la conducta suicida, de acuerdo con múltiples estudios e investigaciones realizadas durante años, podemos concluir que el simple hecho de que un individuo piense en suicidarse, es el resultado principalmente de la sintomatología depresiva, así como de la deficiencia de habilidades para la solución de problemas, esto aunado a un contexto social deteriorado, una familia disfuncional y la desesperanza, haciendo al individuo un ser muy vulnerable hallando solo una salida: la muerte. Sin embargo, se reitera que la presente investigación tiene como objetivo brindar una propuesta de intervención desde la perspectiva cognitivo conductual para su prevención. Pero para ello es de suma importancia conocer la forma, es decir, las técnicas adecuadas para el tratamiento de dichas conductas y pensamientos, ahora que ya se conocen los factores, se dará paso a exponer las técnicas específicas para el tratamiento de la ideación o intento de suicidio.

3.4 Técnicas específicas para el tratamiento de un caso de intento de suicidio.

Como se sabe, las técnicas usadas en terapia Cognitivo Conductual, son demasiadas, sin embargo, en este apartado se busca destacar solo las que conviene usar en el tratamiento para la ideación suicida o intento de suicidio, para tener un poco más de claridad y sobre todo delimitación para la terapia, sin menospreciar las demás técnicas empleadas para los diferentes trastornos.

La terapia para conducta suicida, debe contar con una serie de componentes que además del adecuado enganche terapéutico y la disminución de la desesperanza y la depresión, se encuentre la enseñanza en solución de problemas, la reestructuración cognitiva y conductual, un «kit de esperanza» y uno de

afrontamiento, reducir la impulsividad y ampliar redes de soporte social, además la estimulación de las habilidades sociales y generar un plan de vida, son algunas de las áreas a trabajar de manera primordial (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

De acuerdo con Brown, Ten, Henriques, Xie, Hollander y Beck (2003), el objetivo de la terapia cognitiva ante un caso de intento de suicidio es reducir la conducta suicida mediante los elementos claves siguientes:

- Desarrollar medios eficaces para hacer frente a la desesperanza y a la conducta suicida específica.
- Involucrar a los pacientes rápidamente en el tratamiento para reducir la deserción y ayudarlos al apego del tratamiento.
- Estimular el uso de los servicios de salud.
- Aumentar el apoyo o soporte social.

Para una mayor claridad y con fines explicativos a continuación, irán describiendo algunas técnicas que se utilizan o se han utilizado para el manejo de conductas suicidas desde la perspectiva cognitivo conductual.

La mejora del estado de ánimo relacionado con ideación suicida, tiene un papel relevante. De acuerdo con De La Torre (2013), la creación de un programa de activación conductual es una técnica adecuada, en el que mediante registros se compruebe la planificación y puesta en marcha de actividades, preferiblemente con personas significativas. En la mayor parte de los casos, se deberá recordar que lo importante es que las realice y no lo bien que lo haga, y especificar cuándo, cómo y dónde lo va a realizar. Esta estrategia servirá para aumentar frecuencia y duración de las experiencias positivas (refuerzos), y más adelante también en la mejora de la autoeficacia y competencia personal. Al llevar a cabo esta técnica, se puede pedir al paciente que enliste en una lluvia de ideas las actividades que disfruta hacer y que probablemente ha olvidado que le agrada hacer o incluso que aún no descubre que disfruta hacer, puede ir desde lo más sencillo como ducharse con agua caliente, hasta una actividad un poco más elaborada como asistir a fiestas o reuniones. El punto central es motivar al paciente para que realice las actividades mediante la organización y planeación de su tiempo, teniendo un calendario y registros en donde

se coloquen. Los registros son para colocar pensamientos y emociones que se generen al hacer dichas actividades, incluso un indicador de que se están teniendo resultados, es que el paciente agregue más actividades a la lista conforme pasa el tiempo.

La programación de actividades es una estrategia terapéutica importante en el tratamiento y se deben jerarquizar e involucrar de manera activa al paciente para que tenga un efecto doble: Motivar y comprometerlo a su realización. Según Ruíz, Díaz, y Villalobos (2012), la satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia sentimiento de bienestar. Los autorregistros suelen ser muy efectivos sobre todo si se usan desde el inicio de las terapias. Su función es recoger información emocional del paciente a lo largo del día, para que sea analizado en la sesión y sirva para el tratamiento sobre todo de las emociones negativas o pensamientos irracionales.

Siguiendo en la misma pauta contribuyendo al tratamiento de la depresión, de acuerdo con Herniques, Beck y Brown (2013), la elaboración de un “kit de esperanza” o “caja de la esperanza” es una actividad psicoterapéutica importante desde la intervención cognitiva (Citado en Toro, 2013, p.96). El kit de esperanza consiste en elaborar una caja o un contenedor pequeño e ir llenándolo de fotografías, cartas o cosas del agrado del paciente.

Esto irá estimulando que el paciente se percate poco a poco que hay o hubo situaciones en su vida que generaron sentimientos y pensamientos positivos, y esa es su finalidad, que la persona tenga ese kit como un estímulo y cada que tenga deseos negativos, pueda acudir a él, de igual forma se irá nutriendo conforme la terapia pase y puede que se haga un hábito ir conservando cosas valiosas.

Dentro de las intervenciones efectivas para el abordaje de la depresión (considerándolo como uno de los principales detonantes de la conducta suicida), se encuentra el análisis de las distorsiones cognitivas, modificación de percepciones erróneas y reducir sentimientos negativos. También se debe tener en cuenta el incremento a la autoestima, tolerancia a la frustración, la capacidad de disfrutar

actividades de la vida diaria como ya se mencionó anteriormente, y algo muy importante es estimular o generar la habilidad en resolución de problemas (Corcuera e Iglesias. s,f).

El modelo de resolución de problemas es una herramienta muy útil. Según Nezu, Maguth y Lombardo (2006), la aplicación del modelo de resolución de problemas puede resultar útil al momento de trabajar con pacientes para el tratamiento de intento suicida. La meta de esta terapia es identificar un horizonte significativo de problemas potenciales por el sujeto y puede llevarse a cabo con una lluvia de ideas. A continuación, se presentan los tres principios generales del modelo de resolución de problemas:

1. Principio de cantidad: Mientras más ideas se produzcan, aumenta la probabilidad de que se generen las soluciones más eficaces.
2. Principio de aplazamiento de juicio: Se generar muchas opciones de buena calidad si se difiere la valoración hasta reunir una lista extensa de posibles soluciones.
3. Principio de estrategias o tácticas: Pensar en estrategia de solución o enfoques generales, además de tácticas específicas, aumenta la producción de ideas.

La técnica de resolución de problemas implica apoyar al paciente a definir el problema, generar opciones, tomar la decisión y valorar la solución.

Por otra parte, Ruíz, Díaz, y Villalobos (2012), realizaron una clasificación llamada "Técnicas de afrontamiento", donde se encuentran técnicas de control de estímulos, por ejemplo, sugerir al paciente que no beba café para que pueda conciliar el sueño, así como instruirle en el control de la respiración y al mismo tiempo enseñarle diversas técnicas de relajación y ayudar a que su comunicación mejore mediante el entrenamiento asertivo. La relajación es sustancial en el tratamiento con pacientes de ideación suicida, ya que una vez que se adquiera la habilidad (luego de muchas prácticas), el paciente se apropia de la conducta y lo

hace un hábito en su vida diaria y ya no solo durante la consulta, además es una herramienta muy importante una vez que concluya la terapia.

El Role Playing es básico para enseñar muchas herramientas que, si se practican en terapia, se logrará que se generalice en la cotidianidad de la vida del paciente. El moldeamiento, aunque es una técnica meramente conductual, va de la mano con el Role Playing, ya que si se desea instaurar nuevas conductas en la persona (como por ejemplo la asertividad), se debe reforzar los pequeños pasos o aproximaciones para conducir hacia una conducta meta.

Melero (2017), llevó a cabo una intervención desde la perspectiva cognitivo conductual, con un adolescente víctima de acoso escolar, y una de las técnicas que empleó para aumentar la autoestima y el entrenamiento en habilidades sociales, fue la técnica de role playing. A lo largo de las sesiones mantuvo conversaciones con el paciente, aplicando técnicas asertivas a problemas sociales que se le presentaban, apoyándolo para que lograra hacer críticas de manera asertiva y rechazando peticiones de la misma manera.

El role playing básicamente es una representación de situaciones que pueden ocurrir en la vida del paciente para ensayarlos durante las sesiones e instruirlo a que logre una buena comunicación dependiendo el caso específico, por ejemplo si es una persona que le cuesta trabajo recibir cumplidos, en el role playing de la sesión se podría generar una situación hipotética en donde se le reconozca al paciente y se le halague por algún motivo, entonces el papel del terapeuta es ayudar a la persona a que logre aceptar ese cumplido de manera asertiva.

Funciona también para el manejo y control de emociones (sobre todo enojo), para mejorar las habilidades sociales (hacer amigos), o para comunicar ideas de manera correcta respetando a los demás y haciendo respetar las ideas propias, saber cuándo y cómo decir que “no”, mejorar la comunicación con integrantes de la familia o compañeros de trabajo, etc. Cabe destacar que es importante explicarle al paciente de qué se trata y hacerlo varias veces durante las sesiones.

Mondragón, Borges y Gutierrez, (2001), aseguran que proponer y diseñar estrategias de prevención e intervención es una labor importante, además del desarrollo de programas educativos y de salud, que se adapten a las características de la población de adolescentes y adultos tomando en cuenta los factores asociados como el sexo, edad, estado civil, depresión, etc., siendo el suicidio un grave problema de salud pública, sin embargo, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos.

Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral (OMS, 2017).

En el siguiente capítulo se describe el estudio de caso que se analizó y en el cual se intervino desde la perspectiva cognitivo conductual. A partir de lo antes mencionado, se propone una estrategia de intervención en terapia, buscando así la prevención y el esparcimiento de la información hacia los profesionales que se dedican a tratar la salud mental de las personas y hacia los padres de familia y docentes que puedan alertar sobre una conducta suicida para el tratamiento a tiempo.

4. PRESENTACIÓN DE CASO

Este caso fue atendido en la clínica CUSI localizada en la Fes Iztacala, con una duración de un semestre, y se refiere de acuerdo con el contenido y objetivo de la tesis que es, brindar una propuesta de intervención para la prevención suicida desde la perspectiva cognitivo conductual y ofrecer una serie de estrategias que se utilizaron y dieron resultados positivos, ayudando a la persona a modificar pensamientos y conductas auto destructivas, para evitar así el suicidio y mejorar su calidad de vida.

La intervención y tratamiento se llevó a cabo con una mujer que, por motivos de confidencialidad, se le cambiará el nombre por "Lyn".

A continuación, se exponen algunos datos para ampliar un poco el panorama de los antecedentes.

Datos demográficos

Nombre: Lyn

Edad: 21 años

Estado civil: Soltera

Grado de escolaridad: Carrera técnica en turismo

Ocupación: Toma cursos de diseño de modas y no trabaja, se dedica por completo a su escuela.

Mamá: Si, Papá: Si

4.1 Motivo de consulta.

Intentos de suicidio e ideas suicidas constantes.

El más reciente intento y por el cuál asiste a la terapia, ocurrió hace aproximadamente 1 mes. Fue un sábado que regresaba por la noche a su casa, y

al acostarse en su cama, comenzó a pensar en qué pasaría si ella muriera. En la única persona en quien pensó en dejarle una nota fue a su amiga más cercana, la hizo en ese momento y le escribió que le obsequiaba todas sus cosas y que la quería mucho. Tomó sus medicamentos (que consumía bajo prescripción médica) excediendo la dosis e ingirió también unas cafi aspirinas. Después, tomo un cuter y se hizo unas cortadas en las muñecas.

Después ya no recuerda nada de lo que pasó, solo sabe que cuando despertó se dio cuenta que eran las 5 pm del lunes siguiente y que se encontraba en su casa.

4.1.1 Área familiar.

Desde muy pequeña sus padres se separaron y comenta que todo lo aprendió a hacer por sí sola, menciona que nunca hubo nadie que le dijera cómo hacer las cosas. Relata que en su casa siempre había problemas, hasta que llegó un momento que sentía que ya no podía más y así fue como decidió intentar quitarse la vida.

Lyn tiene dos hermanos. Los dos tienen 2 hijos, pero ya se separaron de sus parejas. Vive con su madre, padrastro y sus hermanos. Su padre biológico vive en otra casa.

Con uno de sus hermanos a quien llamaremos "Alejandro", es con quien comúnmente tiene conflictos. Él es divorciado, se separó de su primera esposa con quien tiene 2 hijos: uno de 8 años y el otro 7 años de edad, y actualmente vive en la misma casa que Lyn. Su otro hermano lo llamaremos "Omar", él también vive en la misma casa con su pareja e hijos. Comenta que la relación con su hermano Omar, a diferencia de su hermano Alejandro, es muy buena, se llevan muy bien, piensan parecido, y siempre han llevado una muy buena relación a pesar de que algunas veces pelean, pero nada grave. Incluso con la pareja de Omar, lleva una buena relación.

Respecto a la relación con su hermano Alejandro, comenta que algunas veces ha pensado que está perdiendo el cariño que le tiene, debido a tantos pleitos

y malos tratos de su parte. Actualmente menciona que realmente considera un problema la convivencia con su hermano. Comenta que siempre está a la defensiva con él y cree que es porque él siempre la fastidió y ya es como costumbre comportarse así con él. Dice que no lo soporta, lo quiere, pero que siempre está muy a la defensiva con él. Dice que no recuerda haberse llevado bien con él, solo cuando juegan juegos de destreza, ya que los 2 son muy competitivos, y solo así se han llevado bien.

En cuanto a su padre biológico, menciona que es alcohólico y que toda la vida ha sido un mujeriego y un tanto agresivo, sin embargo, comenta que se lleva muy bien, incluso siente que le tiene un poco más de confianza que a su madre. Lo ve y sale de vez en cuando con él, menciona que es una persona que no sabe demostrar sus sentimientos, que no sabe decir te quiero, es una persona cuadrada, y cree que el estudio no es importante, cree que entre más rápido trabaje o se case y tiene quien la mantenga, mejor. Lyn expresa que no sabe si algún día va a casarse, ya que después de tantos problemas que ha visto con sus hermanos, con su mamá y con su padre y sus respectivas parejas, no lo sabe, pero que si algún día se casa, será por otro motivo ajeno a que la “mantengan”. Comenta que si ha tenido novios pero que casarse le resultaría difícil y solo lo haría si estuviera de verdad muy enamorada, pero a veces preferiría no casarse o adoptar un bebé ya que preferiría ayudar a una persona que lo necesite. Menciona que está acostumbrada a su libertad y no quisiera que alguien le diga que hacer o que no hacer y menos una pareja o un hombre, ya que tiene la idea de que si se llega a casar su libertad se terminará.

Lyn tiene una media hermana de 14 años a quien llamaremos “Ofelia”, comenta llevarse muy bien, incluso menciona que ella tiende a presumir mucho a Lyn con sus demás amigos. Dice que tiene otras dos medias hermanas, pero solo tiene contacto con Ofelia. A Ofelia la conoció de 7 años de edad.

Ofelia se transformó en la persona más importante de su familia para ella y expresa que es a quien más quiere. Es mucho más importante que su madre, sus hermanos y su papá, y dice no saber porque siente eso hacia ella. Ofelia supo del

intento de suicidio que tuvo, y le pidió que no lo volviera a hacer ya que para Ofelia, Lyn también es muy importante para ella.

Su padrastro ha sido una persona muy egoísta y grosero, aclarando aquí que nunca intentó abusar de ella ya que él tiene una hija más o menos de su edad y nunca ha sido ese el problema. Más bien el problema es de convivencia, y que platica que no podía hacer ningún ruido cuando su padrastro dormía porque él se molestaba, generando discusiones muy fuertes, así como ella era la encargada de hacer el quehacer ya que su mamá le ordenaba incluso, que hiciera el de su hermano y su padrastro. Su padrastro también es alcohólico y menciona que “por desgracia” volvió alcohólica a su madre. En las discusiones, que eran muy frecuentes, su madre nunca la defendió, jamás puso a su hija primero que a su pareja, el hecho de que su madre pensara que su padrastro se iría de la casa hacía pensar a su madre que se le acababa el mundo, prefiriéndolo a él por sobre todas las cosas, que a Lyn.

Menciona que cuando su madre toma es una persona muy agresiva, y suele tomar con su pareja los fines de semana, y cuando esto sucede, hay peleas fuertes entre ellas, incluso llegando a los golpes.

Lyn relata una ocasión en la que un día por la noche toda la familia escuchó ruidos y se despertaron sobre saltados a revisar qué había pasado, y se dieron cuenta que su padrastro estaba golpeando a la madre, y platica que nunca supo que sucedió, pero lo que si sabía era que ese día su padrastro iba a irse de la casa y que incluso ya había hecho sus maletas, pero que su madre le pidió que permaneciera en la casa y así fue. A Lyn lo que le molestó y preocupó era que porqué su madre permitía que su padrastro siguiera viviendo con ellos, aun cuando golpeaba a su madre. Platica que le tomó mucho odio y rencor a él. Dice que jamás odió a nadie en su vida pero que a la única persona que odia y detesta es a su padrastro.

Comenta que muchas veces se iba de su casa ya que su madre lo corría pero que a los dos días lo perdonaba y regresaba a vivir con ellos, sin importarle lo

que le pase a ella a sus hermanos o incluso a ella, es algo que Lyn nunca ha comprendido y que hasta la fecha jamás lo entenderá. Esto ha sucedido desde que tiene 13 años (edad en que se fue a vivir con su madre ya que unos años de su niñez vivió con su padre biológico pero el padre decidió que sería mejor idea que viviera con su madre).

Actualmente y después del último intento de suicidio, la relación con su madre ha mejorado, y Lyn ha platicado de eso con su madre y del último intento de suicidio. Le externó que se sentía sola y que nunca la escuchaba ni sabía lo que quería, ya que es muy complicado acercarse a ellos o simplemente captar su atención, es por ello que se siente ignorada y su madre comenta que se ha sentido muy culpable todo este tiempo, y ha estado muy preocupada (según lo que nos comenta Lyn), dice que tal vez su madre se sienta culpable porque de algún modo sabe que la hacía sentir como un estorbo para ella y para su pareja. Después de una semana de su intento de suicidio su madre le dijo a Lyn que sí le hacía falta y que se preocupaba por ella, pero Lyn menciona que no tuvo sentido porque piensa que solo se lo dijo porque sentía culpa.

Actualmente, considera que la comunicación con ella es difícil, específicamente cuando quiere hablar de un novio, o el pedirle permisos para salir.

Lyn relata que cuando estaba pequeña, su madre se fue de la casa y únicamente se quedó a vivir con su padre y sus hermanos ella platica que al principio fue muy agradable, pero Omar era el que se hacía cargo de ella, la peinaba, le daba de comer, pero él tenía cosas que hacer por lo que ella tuvo que aprender a hacer independiente, esto ocurrió cuando ella tenía aproximadamente 9 años aproximadamente, su hermano Omar tuvo que entrar a trabajar. Ésta fue una etapa difícil para ella ya que su madre los dejó por irse a vivir con Mario, a pesar de que de vez en cuando la visitaba, esta etapa duró aproximadamente tres años hasta que ella se fue a vivir con su mamá, ya que su padre siempre estaba borracho, y metía a muchas mujeres a la casa, incluso llegó a verlo dormido, todo vomitado y sin acordarse de nada. En ese entonces ella estudiaba en la primaria, en el turno de la tarde, por lo que al levantarse nunca había nadie en su casa y ella desayunaba un

vaso de leche, a veces con un pan, se sentaba en la computadora a jugar, después prendía la lumbre y ponía en una hoyo grande agua para bañarse, mientras se calentaba, planchaba su uniforme y se iba a la escuela ella sola, aunque al salir había ocasiones en las que iban por ella y otras en las que no.

Dice que esta etapa fue difícil para ella ya que no tenía quien le ayudara a hacer las tareas y después a ella ya no le interesaba hacerlas sola.

De la pareja de su padre, a quien ella llama “su madrastra”, platica que ella conoce muy bien a Lyn y lleva una muy buena relación. Comenta que incluso la ha defendido de su padre.

Lyn cuando era pequeña recuerda que quería a todos los miembros de su familia mucho, pero que tantas cosas que le hicieron y tanta soledad ya solo siente cariño y lástima por ellos, incluso comenta que el cariño se ha ido terminando. Siente lástima por su hermano Alejandro porque es muy cuadrado y cerrado y no sabe entenderla o que a veces no tenga trabajo, le da lástima su madre porque se deja de todos y porque no pone un límite y también porque tiene un trauma de pequeña que fue que ella es media hermana de todos sus hermanos, y que siempre a trataron mal, y su abuelita le dijo a su mamá que solo la tuvo para salir de pobres, siempre ha sufrido muchos golpes y humillaciones y no sabe defenderse y porque es alcohólica, a su padrastro no le tiene lástima dice que a él lo odia, su hermano mayor le da lástima porque no le dejan ver a sus hijos y sufre, y a su papá le tiene lástima porque es alcohólico, y porque sabe que en algún momento su mujer lo va a dejar solo.

Lo que le gusta de su familia son las pocas veces que conviven, jugando basta porque es divertido, aunque menciona que esto no pasa hace mucho tiempo (aproximadamente dos años).

A pesar de la situación, Lyn considera que su madre es divertida.

De su hermano Alejandro, le gusta que siempre dice lo que piensa.

De su hermano Omar, le gusta que la escucha de vez en cuando, que es con el que mejor se lleva, que es muy inteligente, y quien más la respeta y entiende.

De su padre le gusta su perfeccionismo y que es muy fuerte, directo y no es cobarde.

En general, le gusta que a veces conviven bien, habló acerca de lo que suele hacer en las navidades ya que son de las pocas ocasiones que se reúne con su familia (tíos, primos y demás familiares).

4.1.2 Área social.

En cuanto a los novios platicó que ha tenido 4. El más reciente se llama Ángel y duraron 2 semanas, lo conoció en una convención de anime y mencionó que tenían gustos muy parecidos, terminaron aproximadamente dos semanas antes de su último intento de suicidio. Dice que terminaron como amigos y que aún siguen hablando de vez en cuando a través de las redes sociales, y que la relación terminó bien.

Antes de él fue novia de Erik, quien también lo conoció en una convención de anime y dice que se presentó como una persona muy amable, duraron 3 meses. Una vez terminada su relación, él continuaba hablándole, ella respondía las llamadas y él creía que aún eran novios, hasta que un día ella lo detuvo y le dijo que ya no quería que la buscara, que no quería levantar una demanda en su contra, fue de la única manera que logró que la dejara de buscar.

Antes de él anduvo con un joven llamado Alan. Esta relación la describe como la más dolorosa. Ella tenía 17 y él 15 años. Lo describe como su novio y su mejor amigo. A donde ella fuera él estaba, sus padres y familiares ya lo conocían y llegó un punto en donde si no salía con su novio su madre no la dejaba salir. Lo describe como el mejor novio que ha tenido, como una relación muy bonita y agradable, hasta que él entró a su escuela nueva y él conoció a otra persona con gustos muy similares a él, así que hablaron y terminaron la relación.

Dos semanas después de que terminaron fallece la abuelita de su mejor amiga y coincide con la ruptura de su relación y comenta que entra en un estado depresivo (aquí ella ya tenía 18 años) y a partir de esos sucesos siente que se volvió triste y “apagada”, aunado a los problemas de su casa. Se daban ánimos entre su mejor amiga y ella, pero aun así ella se sentía muy depresiva, y comenta que ya no era la misma alegría.

Después llega Armando, un chico a quien conoció en la preparatoria, tenían muchos gustos en común, eran de la misma edad y también le gustaba el anime. Comenta que nunca llegó a ser nada serio e incluso lo mantuvo en secreto de sus padres mucho tiempo, ya que su madre le prohibía tener novio, y dice que su madre creía que ella tenía una mentalidad muy pobre y que no sabía lo que era el amor, y Lyn dice que nunca se detuvieron a preguntar si esto era así, un día su amiga no la pudo cubrir y todos se tuvieron que enterar de la verdad, su madre la regañó y le dijo que porque nunca le tuvo confianza.

Lyn tiene únicamente 2 amigas cercanas con quienes comparte gustos por el anime- De ahí en fuera, no tiene más amigos, no realiza actividades que le permitan enriquecer su círculo social debido a que su madre no le da permisos o son muy escasos.

Respecto a su intento de suicidio, su mejor amiga, le dijo que ella ya se lo imaginaba, se sintió mal por no haber prevenido a su familia.

Por otra parte, comenta que le cuesta trabajo creer en las personas cuando la alagan o la felicitan por algo, ya que ella no ve las virtudes que la gente a su alrededor comenta que tiene, por ejemplo cuando hace diseños, mucha gente le dice que son muy bonitos, o en su escuela, sus maestras le dicen que es muy buena en lo que hace, incluso no puede creer que tiene una beca y muy buenas calificaciones.

4.1.3 Área laboral y escolar.

Estudió el bachillerato en un CETIS y comenta que siempre le hicieron bullying porque le gustaban cosas diferentes que a los demás, sufría amenazas hasta de

golpes. Comenta que perdió un semestre en esta época, ya que se iba a casa de su amiga durante todo el semestre. Decidió terminar de cursarla en el sistema abierto.

Lyn ha tenido 6 trabajos. El primero fue a los 17 años, en un módulo de bienestar social. Ahí trabajaba una de sus tías y le ofreció trabajar como asesora en tareas de niños de primaria, trabajó como 5 meses ahí y se salió porque era menor de edad y podía ocasionarle problemas a su tía. Después trabajó en un local de diseño de modas y lo describe como su mejor trabajo, el local cerró ya que de un día para otro ya o tuvieron trabajo y la dueña le dio las gracias a Lyn, trabajó ahí durante casi un año. Después trabajaba en una cocina económica, miércoles y domingos, ahí duró poco, aproximadamente 3 meses. Después mesereaba con su mamá los fines de semana. Posteriormente trabajó en Telemarketing, lo describe como el peor trabajo.

Después entro a un internet a trabajar, y se salió por su escuela. Actualmente no trabaja, pero dice que siempre lo ha hecho porque su padre la limita mucho en el dinero y siempre le ha gustado ganar y comprar sus propias cosas, pagar su preparatoria, además de que tiene que mantener a sus 5 gatos y para obtener recursos para ir a las convenciones de anime.

Menciona que cuando trabajaba en el internet hubo un problema con su mamá y su padrastro por lo que decidieron ir a vivir a una casa que tienen en Huehuetoca, y ahí se quedaron un mes, por lo que Lyn tuvo que hacerse cargo de todos sus gastos personales y algunos gastos de su casa durante todo ese tiempo.

4.1.4 Área de salud.

Comenta que le dan un ataque de ansiedad regularmente cuando algo no le sale bien o algo le molesta, le entra pánico porque no le salen las cosas, se encierra en su cuarto a aventar o romper las cosas, aprieta los dientes fuertemente, menciona que incluso uno de sus dientes esta chueco por esta razón.

Cuando sintió eso, fue al médico quien le mandó a hacer estudios y le recetó Rivotril y Citalopram, esto se lo dijo una médico general, recomendada por su

madrastra. Al principio la dosis era de 3 gotas diarias de Rivotrill el cual le ayudaba a dormir profundamente, y de Citalopram, que le ayudaba a controlar la ansiedad, tomaba la mitad de una pastilla diaria, posteriormente únicamente lo tomaba ocasionalmente, es decir, cada que se le presentaba algún síntoma o cuando estaba muy alterada y no podía conciliar el sueño, menciona que ya eran muy pocas las veces que lo tomaba, pero que el medicamento siempre estaba en su casa, por lo que ella pensó que si una dosis tan pequeña la hacía dormir tan profundamente, seguramente si tomaba un trago grande de Ribotril y un puñito de pastillas de Citalopram, la harían morir.

Menciona que no le gustaba tomar estos medicamentos ya que no aceptaba que podría tener un trastorno mental, así que procuraba tomarlos lo menos que se pudiera, dice que cuando siente mucha desesperación o mucho enojo acaricia a sus gatos y esto la tranquiliza mucho.

Después del último intento de suicidio, tiende a marearse mucho, su vista se ha deteriorado bastante, hay ocasiones en las que se presentan dolores de cabeza muy intensos y dice que es como si alguien la golpeara con un mazo muy fuerte del lado izquierdo de la cabeza, a veces le dan ganas de vomitar, el esófago dice que le quema con algunos alimentos, en ocasiones come demasiado pero en otras no come nada o no le da nada de hambre, presenta dolores estomacales y estreñimiento, y le salen moretones en las piernas sin ninguna causa, todo esto después de haber ingerido el medicamento con la intención de suicidarse.

Menciona que ella siempre supo el intentar suicidarse era algo que estaba mal, y que se falló a si misma, porque querer salir por la puerta fácil, a pesar de esto, ha habido ocasiones en las que todavía le pasa por la mente volver a hacerlo, pero ella misma se dice que está mal y que eso no se hace y que no puede irse por el camino fácil para demostrarse que puede hacer bien las cosas para salir adelante.

Comentó que asistió al doctor, y que le recetó medicamentos para controlar la presión y que también le dijeron que tenía agua en el cerebro a causa del abuso del medicamento cuando tuvo su último intento de suicidio. Para ello no le receto

nada ya que podría ser contraproducente, solo sudar, llorar orinar mucho para drenar esa agua. Para la presión le recetaron unas gotas y unas vitaminas, pero explica que le cuesta mucho trabajo tomárselas ya que con el sabor y el aroma se acuerda de su último intento y le cuesta mucho trabajo tomárselo porque le da asco y le dan ganas de vomitar.

4.2 Diagnóstico.

De acuerdo con la información proporcionada, el diagnóstico fue el siguiente:

- Depresión moderada - intermitente: Se refleja al no tener ganas de hacer nada, presenta cansancio, apatía y sueño constante. Según la escala de depresión de Beck (Beck y Steer, 1993) que se le aplicó durante una sesión, muestra estados de depresión intermitentes (Citado en Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).
- Deseos suicidas: Comenta que no le encuentra sentido a su vida y cree tener muchos problemas sintiéndose sola y abrumada por ellos.
- Inasertividad: (pasiva y agresiva): No sabe cómo contestar o reaccionar asertivamente a los buenos o malos comentarios que le hacen las personas a su alrededor, por ejemplo cuando recibe felicitaciones o halagos se avergüenza. En cambio, con su hermano y su madre es muy pasiva en ciertas ocasiones.
- Falta de control de emociones: Le cuesta mucho trabajo expresar sus emociones, y por esta razón las ha canalizado por medio de ataques de ansiedad, y cuando llega a expresar su molestia le es muy difícil controlarse. No sabe controlar la felicidad ya que cuando la experimenta lo hace de manera eufórica. La tristeza es otra emoción que no controla, porque no le dan ganas de hacer nada, no le encuentra sentido a lo que hace y siente deseos de quitarse la vida.
- Círculo social limitado: No permite que las personas con diferentes gustos a los de ella, logren entrar en su círculo de amistad (el cual es muy limitado). Sale muy poco lo que también ocasiona que no conozca

a mucha gente y que no tenga una red de soporte social, que implique convivir con más personas.

4.3 Establecimiento de metas.

El establecimiento de metas se hizo con base en las áreas problemas detectadas. El proceso se llevó a cabo durante varias sesiones, haciendo un trabajo en conjunto y propiciando que Lyn tomara un rol activo y estuviera involucrada en todo momento.

Para la depresión se acordaron las siguientes metas:

- Meta 1: Hacer más seguido las actividades que le gusten
- Meta 2: Ser optimista y ver el lado bueno de las cosas, logrando así ser menos apática.

Para ser más asertiva:

- Meta 3: Escuchar y pensar antes de dar una opinión
- Meta 4: Confiar más en lo que cree y piensa para generar más seguridad al hablar
- Meta 5: Aprender a defender sus ideas sin ser grosera
- Meta 6: Enfrentar los problemas sin miedo y no huir de ellos

Para un mejor control de emociones:

- Meta 7: Saber identificar las emociones de acuerdo a la situación presentada
- Meta 8: Tomar acciones y comentarios con más calma dependiendo de quién los haga
- Meta 9: Aprender a controlar su ira, desesperación y nervios
- Meta 10: Aprender a ser ella misma sin importar qué digan sobre ella siempre respetando lugares y tiempos

Para ampliar un círculo social

- Meta 11: Implementar gradualmente una red de soporte social, que implique convivir con más personas respetando gustos diferentes a los de ella y al mismo tiempo, hacer respetar los suyos.

4.4 Diseño de intervención.

Para conseguir estas metas se diseñó un plan de intervención para cada una de ellas de manera cronológica y jerárquica, considerando el número de sesiones que teníamos disponibles para trabajar con la paciente.

Para la meta 1 y 2 del diagnóstico de depresión (“Hacer más seguido las actividades que le gusten” y “Ser optimista y ver el lado bueno de las cosas, logrando así ser menos apática”), se llevó a cabo en dos sesiones realizando varias actividades. Una de ellas fue hacer una lista de cosas que son de su agrado que según Corcuera e Iglesias (s,f), es importante estimular con diversas actividades la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria y las cosas que ha dejado de hacer a causa de la depresión, junto con un calendario (por semana) con planeación de las cosas enlistadas. El calendario es para motivarla y llevar un control y organización de las actividades para que las realice.

También se le dejó leer un texto sobre autoestima, y hacer una breve reflexión. Además, se trabajó con “la caja de la esperanza o kit de esperanza”, que de acuerdo con Herniques, Beck y Brown (2013) es una actividad psicoterapéutica importante desde la intervención cognitiva (Citado en Toro, 2013, p.96).

Para ello, se solicitó que en una caja juntara fotografías agradables, recortes, cartas, cosas con valor sentimental y así tener un “kit” de motivos para vivir. Esta técnica fue muy agradable para Lyn ya que actuaba muy emocionada y entusiasmada al momento de mostrar su kit completo. También con esta técnica se trabajó para la meta 6 (“Enfrentar los problemas sin miedo y no huír de ellos”).

También para la meta 2, se le pidió a Lyn que solicitara una carta a tres personas cercanas a ella, acerca de lo que estas personas sienten por ella, recordando así siempre el lado positivo de las cosas y tomándolo como un pretexto para ayudar a su familia a expresarle a Lyn de una mejor manera lo que sienten por ella. Las 3 personas que eligió fueron: su madre, a su padre y a su mejor amiga “S”, y se pidió leerlas en la sesión.

Para la meta 7 del diagnóstico Manejo de emociones (“saber identificar las emociones de acuerdo a la situación presentada”) y la meta 4 (“confiar más en lo que cree y piensa para generar más seguridad al hablar”) y meta 9 (“Aprender a controlar su ira, desesperación y nervios”), se le solicitó que redactara las respuestas fisiológicas que le ocurren cuando se somete a situaciones de estrés y además enlistar los pensamientos irracionales que surgen ante estas situaciones llamados “Autorregistros” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

También se le indujo a la relajación, llevando a cabo la técnica de Jacobson (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), explicándole que es necesario llevarla a cabo en la primer semana mínimo tres veces por semana, y posteriormente debía encontrar un momento del día para llevarla a cabo de preferencia diario.

Para la metas 8 (Tomar acciones y comentarios con más calma dependiendo de quién los haga”), 3 (“Escuchar y pensar antes de dar una opinión”), y 5 (“aprender a defender sus ideas sin ser grosera), se llevó a cabo la técnica de “Role playing” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) durante varias sesiones estableciendo situaciones en las que se practicara la asertividad cuando platicara con su madre o su hermano, además se solicitó la respuesta a las cartas de sus familiares a quién se las pidió, para que practicara una mejor comunicación. Se le apoyó para que mediante esta herramienta lograra defender sus gustos, opiniones y manera de pensar controlando sus emociones, además se le solicitó un “ideario” para que Lyn anotara los recuerdos que le causen rencor sobre todo hacia su madre, para que de esta forma logre identificar lo que le causa daño y enseñarla a decirlo con asertividad para que finalmente lo deje ir.

Para la meta 11 (“Implementar gradualmente una red de soporte social, que implique convivir con más personas respetando gustos diferentes a los de ella y al mismo tiempo, hacer respetar los suyos”), y la meta 10 (“Aprender a ser ella misma sin importar qué digan sobre ella siempre respetando lugares y tiempos y hacer respetar los suyos”), se le sugirió convivir y establecer comunicación con personas con otro tipo de ideologías o maneras de pensar para ampliar su círculo social.

Además de trabajar con técnicas encaminadas hacia cada una de las metas, se solicitó un plan de vida, que consistía en redactar metas a corto, mediano y largo plazo” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Por último, es importante destacar que después de haber trabajado todas las metas con la paciente, es necesario planear una prevención de recaídas. De acuerdo con De La Torre (2013), dicha prevención debe ayudar a la persona a cambiar la espiral disfuncional o suicida por funcional o adaptativa, trabajando en la resolución de pequeñas dificultades que puedan producirse con la ayuda de las habilidades adquiridas durante el tratamiento.

Al final del tratamiento siempre es importante dedicar un tiempo a poner ejemplos de situaciones futuras difíciles que pueden surgir para que la persona enumere, con la ayuda del terapeuta, las estrategias que ha aprendido en la terapia y que podría utilizar.

4.5 Resultados de la intervención.

Fue interesante cómo los logros se pudieron observar poco a poco a lo largo de las sesiones, incluso había ocasiones en las que la misma Lyn hacía el comparativo de cómo llegó a cómo se sentía en esa sesión.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos por área diagnóstica.

4.5.1 Depresión

En esta área se englobaron las metas 1 y 2 (Hacer más seguido las actividades que le gusten y Ser optimista y ver el lado bueno de las cosas, logrando así ser menos apática). Se logró ver un avance, ya que poco a poco Lyn fue descubriendo y ampliando esa lista de cosas que le agradaban o la hacían feliz, entre ellas se encontraba darse una ducha con agua muy caliente durante mucho tiempo. Descubrió que cosas muy sencillas la hacían sentirse feliz y poco a poco aprendió que esas pequeñas cosas las podía hacer en cualquier momento y le ayudaban a cambiar su estado de ánimo.

Con la caja de la esperanza se logró que Lyn le diera el significado correspondiente: “Recordarle que hay muchas cosas, que le hacen permanecer aquí, fotos, cartas y objetos de su agrado. Al crearla , se le vió muy entusiasmada y lo expresaba haciendo comentarios como: “No recordaba lo mucho que me gustaba este dibujo”, expresaba felicidad y además era muy cumplida para ir llenando la caja.

Las cartas también tuvieron un resultado positivo, ya que Lyn descubrió una nueva forma de expresar sus emociones y de la misma manera, de que le expresen los sentimientos hacia ella, sobre todo sus padres quienes no son muy expresivos. Comentó incluso que le gustó saber que sus padres la querían a pesar de lo que había pasado.

El proyecto de vida ayudó a que se fijara metas en su desarrollo personal y profesional y lograra visualizar de qué manera podría conseguirlas, esto ayuda a motivarla y a que todos los días hiciera algo que la encaminara hacia esos logros.

4.5.2 Asertividad

Para tratar esta área se determinaron las siguientes metas: Meta 3: Escuchar y pensar antes de dar una opinión, Meta 4: Confiar más en lo que cree y piensa para generar más seguridad al hablar, Meta 5: Aprender a defender sus ideas sin ser grosera, Meta 6: Enfrentar los problemas sin miedo y no huir de ellos.

El ideario fue muy buena herramienta, ya que se identificó identificar los recuerdos que le causen rencor y así, expresarlos con asertividad. De igual forma la técnica de Role playing, fue de mucha ayuda, y al mismo tiempo Lyn, al expresarlos de esta manera hubo muchas cosas que mencionó que eran muy pequeñas ya, y que prefería dejarlas ir. Este hecho se reforzó mucho y se hizo el comparativo a las primeras sesiones, ya que en un principio le agobiaban muchos de los conflictos que ahora los ha dejado ir, ya sea mediante la redacción de las cartas o la técnica de role playing.

4.5.3 Control de emociones

Para ésta área se determinaron las siguientes metas: meta 7: Saber identificar las emociones de acuerdo a la situación presentada, meta 8: Tomar acciones y comentarios con más calma dependiendo de quién los haga, meta 9: Aprender a controlar su ira, desesperación y nervios, meta 10: Aprender a ser ella misma sin importar qué digan sobre ella siempre respetando lugares y tiempos.

Los ejercicios de respiración ayudaron a Lyn a controlar un poco su ansiedad y los enojos que pudiera llegar a sentir. Incluso, demostró entusiasmo al aprender algo nuevo que le ayudara a controlar sus emociones, de hecho no sabía que existía algo que la pudiera ayudar de esa manera.

Lyn aprendió a relajarse mediante la técnica de Jacobson y con sus registros, observó que este hábito la ayudaba a controlar sus nervios y su estrés. Ésta técnica se dejó como tarea permanente y se sugirió que lo practicara mínimo una vez por semana.

4.5.4 Círculo social

Para esta área se determinó únicamente una meta: Meta 11: Implementar gradualmente una red de soporte social, que implique convivir con más personas respetando gustos diferentes a los de ella y al mismo tiempo, hacer respetar los suyos: Para lograr un progreso en el área social, se tuvo que trabajar a la par con su mamá, para que poco a poco fuera saliendo (de manera controlada y segura) a fiestas. Logró hacerlo y también esto mejoró la comunicación con su madre, y al mismo tiempo, reforzó la confianza.

En resumen, los cambios más notables en Lyn fueron los siguientes:

- ✓ Dice ser una persona más feliz..
- ✓ Mejoró la relación con su hermano y con su madre (aunque aún hay mucho por continuar trabajando).
- ✓ Identifica y trata de controlar sus emociones cuando escucha opiniones de alguien más.
- ✓ Es asertiva al negociar permisos o dar su punto de vista

- ✓ Amplió su círculo social al aceptar gente que no tiene gustos similares a los de ella.
- ✓ Tiene planes a corto, mediano y largo plazo en cuanto a su proyecto de vida
- ✓ Logró aceptar cumplidos.
- ✓ Lleva a cabo ejercicios de respiración para el control de sus emociones.
- ✓ Logró visualizarse como una mujer bonita e inteligente; así como importante para muchas personas.

Las tareas permanentes que se determinaron con la paciente fueron las siguientes:

- ✓ Dirigirse de manera asertiva a las personas que se encuentran a su alrededor.
- ✓ Defender sus gustos, opiniones, manera de pensar, etc controlando sus emociones.
- ✓ Hacer ejercicios de respiración, como un hábito para que no se presenten ataques de ansiedad.
- ✓ Seguir construyendo y modificando su proyecto de vida.
- ✓ Convivir y establecer comunicación con personas con otro tipo de ideologías o maneras de pensar para ampliar su círculo social.
- ✓ Continuar llenando la lista de cosas agradables por hacer.
- ✓ Continuar con su plan de vida.

Los resultados se fueron recabando conforme las sesiones pasaban, ya que Lyn comentaba que se sentía mejor y con los ejercicios llevados a cabo. Además, con los registros y técnicas empleadas durante las sesiones y las tareas que se llevó a casa, se evaluaron los resultados anteriormente descritos.

4.6 Discusión.

Como se puede observar, la paciente respondió de manera efectiva al tratamiento. De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que el objetivo de la presente investigación (que es una propuesta de intervención), se cumple al haber logrado resultados favorables a lo largo de las sesiones.

Lo más relevante de los resultados fue que, tras la intervención, Lyn ha mejorado su estado de ánimo y su autoestima, adquirió también habilidades sociales y de comunicación adecuadas ya que expresa sentirse más segura al momento de compartir sus ideas y resolver problemas, ha aprendido a identificar y trata de canalizar de una mejor manera sus emociones, amplió su círculo social un poco, generó un plan de vida y tiene planes a corto, mediano y largo plazo; ha logrado aceptar cumplidos al igual que expresarlos, aprendió a hacer ejercicios de respiración para ayudar a canalizar sus emociones y se visualiza como una mujer bonita e inteligente capaz de hacer cualquier cosa que se proponga para beneficio de ella misma.

Pero lo más importante de todo, es que la actitud de Lyn al finalizar las sesiones, era completamente diferente a como inició, incluso ella misma lo reconoció. Llegó reportando muchos problemas de los cuales no se sentía capaz de resolver, por lo que su única opción era el suicidio, y luego de las sesiones admitió que ahora los conflictos puede resolverlos gracias a las herramientas desarrolladas a lo largo de las sesiones. Claro que seguirá teniendo conflictos, sin embargo, el objetivo fue que aprendiera a encontrar soluciones y a trabajar en su depresión y habilidades sociales y las tareas permanentes serán su apoyo si hace de ellas un hábito.

Esta propuesta de intervención busca ser un complemento de las técnicas cognitivo conductuales que ya se han estudiado sobre el manejo de la conducta suicida, con la intención de ampliar un panorama y brindar un caso exitoso para futuras investigaciones. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la presente investigación aporta información, pero no anula la responsabilidad que tienen los profesionales de la salud de tomar las decisiones adecuadas a las circunstancias de cada paciente, sobre todo tratando con casos tan delicados. Las estrategias propuestas podrían interpretarse como un modelo a seguir, pero también podrían servir como esquema general y parteaguas para futuras investigaciones, formulando determinadas cuestiones al enfrentarse en la práctica a este tipo de problemas.

CONCLUSIÓN

La Psicología Clínica es una disciplina científico–profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales. En la actualidad, el suicidio se considera un problema importante que requiere atención por parte de la sociedad, pero específicamente por parte de los psicólogos y en especial quienes practican la psicología clínica, ya que las cifras son alarmantes.

Según la OMS (2017), por año alrededor de 800,000 personas se quitan la vida. Sin embargo, estas cifras nos muestran los registros de las personas que cometen el suicidio; desafortunadamente no se tienen cifras certeras de quienes cometen un intento y mucho menos de quienes tienen ideación suicida, y dichos fenómenos también son de importancia si se quiere manejar el suicidio desde la prevención.

El suicidio es muy difícil de definir, pero para la presente investigación, se utilizó el concepto de Águila (2011), definiéndolo como una conducta autodestructiva y autoinfringida que finaliza con la muerte de la persona que lo lleva a cabo, pero destacando que se debe estar conscientes de la consecuencia final (la propia muerte).

Sin embargo, también se debe destacar el concepto de la ideación suicida que es la imagen o representación mental de la propia muerte, ocasionada por la misma persona y el intento de suicidio, que se define como lo que viene después de una ideación, contemplando todo acto que genera atentado contra la propia vida, estando conscientes de que el desenlace es la muerte y pensando que es la solución a todos sus problemas.

Cabe mencionar que la diversidad de las razones por las que un individuo renuncia a la existencia son muchos, abarcando aspectos psicológicos y socio culturales significativos, pero lo que si es un hecho, es que las personas toman esta decisión estando en un estado de desesperación y depresión.

Los resultados de esta investigación confirman que los principales factores de riesgo para un intento de suicidio son: la depresión tal y como lo señala Marchiori (2000), argumentando además que predomina en las mujeres los conflictos afectivos y en los hombres, los laborales; en cuanto a la depresión, Rosselló, Duarté-Vélez, Bernal, y Zuluaga (2011) mencionan que empeora la ideación o la agudiza, y es un signo de alerta debido a que lo que viene después de una ideación con mucha frecuencia, es el intento de suicidio; los pensamientos y creencias irracionales, es decir, la irracionalidad de cualquier pensamiento o creencia, lleva a conductas autoderrotistas o autodestructivas que, de acuerdo con Ellis en Navas (1981), interfieren de forma significativa con la felicidad del organismo.

No se pueden dejar atrás los demás factores, ya que como se afirmó anteriormente, al estudiar el fenómeno del suicidio y el intento de suicidio, en definitiva, no se le puede aislar o adjudicar esta decisión a un solo factor, atribuyéndolo solo a un estado mental o a una enfermedad, ni atribuirlo a una causa aislada. Para poder proponer nuevas alternativas en cuanto al tratamiento o prevención, es crucial contemplar y estudiarlo desde una perspectiva multifactorial.

Desde el modelo cognitivo conductual, la depresión es generada por la interpretación errónea que los pacientes hacen sobre sí mismos, el mundo y su futuro. Hablando de la depresión como uno de los principales factores detonantes de la conducta suicida, es crucial detectar y tratar a tiempo cuando se manifiesta en los pacientes. La intervención cognitivo – conductual ha resultado eficaz para la consecución de los objetivos de la presente investigación, mostrándose coherente con diversas investigaciones, entre ellas, la investigación llevada a cabo por Melero (2017), en una intervención cognitivo conductual con una adolescente que enfrentaba bullying en su escuela mostrando resultados favorables al reportar que la paciente, luego del tratamiento, se sentía más segura y con la capacidad de afrontar el acoso escolar eficazmente (si es que sucedía nuevamente).

Para el tratamiento con las personas que han tenido ideación o intento de suicidio, se sugiere emplear técnicas específicas, que para este caso resultaron efectivas; por ejemplo, las técnicas de relajación, que ayudaron a controlar

emociones importantes como la tristeza y el enojo; las técnicas cognitivas, como el entrenamiento en solución de problemas contribuyeron en darle otra perspectiva a los conflictos percibidos por la persona; asimismo, las técnicas de habilidades sociales mejoraron la calidad de las relaciones interpersonales y de comunicación. Con el uso adecuado de las técnicas, se busca ayudar al paciente a identificar las situaciones que generan, ya sea, cierto estado de ánimo o determinados pensamientos o conductas que influyan en la ideación o intento de suicidio y la finalidad es que el paciente logre aprender de ellas y hacerlas un hábito para mejorar su calidad de vida y evitar otro intento de suicidio.

La prevención del suicidio es posible, sin embargo, aún se carecen de estrategias para hacer frente a esta problemática, probablemente debido a que aún es considerado como tema tabú, pero se puede mantener una visión a futuro para disminuir las tasas de suicidio desde muchas disciplinas. En psicología y principalmente en psicología clínica es un tema prioritario sobre todo para ponerlo en marcha con jóvenes vulnerables.

El suicidio se está convirtiendo en una problemática social, la cual no sólo afecta a la salud mental de quienes están viviendo una etapa crítica y culmina en ideación o peor aún, en el acto mismo; sino que también afecta a los sistemas: familiares, educativos, sociales y de la salud. Es por ello que se necesita una intervención de profesionales del área, así como investigaciones sobre el tema que permitan dar a conocer métodos y técnicas efectivas para la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento.

Se concluye que a través del adecuado uso y manejo de la teoría y técnicas cognitivo – conductuales, se obtuvieron resultados positivos que suponen una aportación más a la literatura científica existente sobre el tratamiento de las personas con ideación e intento de suicidio.

Para futuras investigaciones, se sugiere analizar el vínculo del suicidio o intento de suicidio con el uso de las redes sociales, de esta manera se podrían actualizar los posibles factores detonantes de un suicidio, ya que es importante

analizar el contenido actual de internet, que muestra vidas ideales y ocasionando que algunas personas sientan que su vida no es tan buena como la del prototipo, o si es todo lo contrario, probablemente que las redes sociales no tengan nada que ver con las tasas de suicidio actuales y que puedan ser un canal o una herramienta que favorezca la prevención del suicidio.

Por otra parte, resulta interesante pensar sobre los índices de suicidio en los diferentes estados de la república mexicana, cuestionar los altos índices en determinadas ciudades y analizarlos a detalle, es decir, por qué en ciertos estados el índice es más alto que en otros o más bien se tiene un estándar más eficaz para llevar la contabilidad, ya que entre el 2000 y 2014, la tasa de suicidio en México aumentó de 3.5 a 5.2 por cada 100 mil habitantes, sobresaliendo en estados como Campeche, Aguascalientes, Chihuahua y Yucatán con mayor registro de suicidios (INEGI, 2016), mientras que en el 2015 se registraron 6,285 lo que representa una tasa de 5.2 fallecidos por cada 100 mil habitantes (aproximadamente el mismo índice que en el 2014), manteniéndose a la cabeza los estados Chihuahua (11.4), Aguascalientes (9.9), Campeche (9.1) y Quintana Roo (9.1), tasa por cada 100 mil habitantes.

La variable de género, sería interesante analizarla, por qué se da más en hombres que en mujeres, podría ser importante actualizar dichos datos, la tasa de suicidio es de 8.5 por cada 100 mil hombres y de 2.0 por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2017).

Por último, es crucial hacer la invitación a todos los lectores de esta investigación a estudiar el suicidio y promover la prevención, ya que no es necesario esperar a que el fenómeno se dé, existe la forma de ayudar y se puede hacerlo sin la necesidad de que se presente y las cifras sigan aumentando.

REFERENCIAS

- Álvarez, M. (2012). Teorías psicológicas. Red Tercer Milenio. Estado de México.
- Acevedo, J. (2015). Gritos silenciosos. El suicidio infantil. México: Trillas.
- Águila, A. (2011). Suicidio. La última decisión. México: Trillas.
- Amador, G. (2015). Suicidio: Consideraciones históricas. Revista médica, 21(2), La Paz. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1726-89582015000200012>.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979) Terapia Cognitiva de la depresión. 2 ed. Nueva York: Desclee de brouwer.
- Beck, A., y Clark, D. (2012) Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad. Nueva York: Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (2000) Terapia Cognitiva, Conceptos Básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1986) Introducción a la Psicología Clínica. México: Manual Moderno.
- Ceballos, G., Suarez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. Revista CES Psicología. 5: 88.
- Cervantes, E. y Hernández, E. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. Universidad de Magdalena. 5(2). pp. 2-7. Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/669/629>
- Clemente, M., y Gonzalez, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid:

Biblioteca Nueva.

Cogollo, Z; Gómez, E; De Arco, O; Ruiz, I; Campo-Arias, A; (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38() 637-644. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615450005>

Curiel, E. y Valles, E. (2015). Frecuencia de intentos suicidas y mecanismos empleados en sujetos atendidos en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Durango. (Tesis de Especialidad) Urgencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de México.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85) 1. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>

Corcuera, E. e Iglesias, N. (s,f). Intervención cognitiva conductual en el abordaje terapéutico en la depresión como factor de riesgo en el suicidio de adolescentes. Artículo de revisión. Recuperado de: <http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/3298/1/DDEPCEPN A21>

Díaz, I. y Nuñez, R. (2010) "Psicología Clínica: ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?". Universidad Autónoma Metropolitana. México. Recuperado de: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/PSICOLOGIA+CLINICA+que+es.pdf>

De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Universidad autónoma de Madrid: Madrid. Recuperado el 13 de junio del 2018 de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

- Durkheim, E. (2011). El suicidio. México: Fontamara.
- Ellis, T. (2008) cognición y suicidio: teoría, investigación y terapia. Colombia: Manual moderno.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós. Capítulo 3, sección 3.4.
- Garfield, S. (1974) Psicología Clínica. El Estudio de la Personalidad y la Conducta. México: Manual Moderno
- Gomar, M., Mandil, J., y Bunge, E. (2010) Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Buenos Aires: Polemos
- González, J., Hernández, A. (2012). *La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de beck*. Enseñanza e Investigación en Psicología. Recuperado el 5 de junio de 2018 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29224159015>
- Hernández, N., y De la Cruz, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo – conductual para trastornos de la salud. Libros en red.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). “Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)” Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio”. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf

- Linehan, M. (1993) La terapia cognitivo conductual del trastorno límite de la personalidad. Nueva York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1987) Manual de inoculación del estrés. Barcelona: Martínez de Roca.
- Mondragón, L., Borges, G., Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos Salud Mental, vol. 24, núm. 6, diciembre, 2001, pp. 4-15 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México.
- Marchiori, H. (2000). El suicidio, enfoque criminológico. Editorial Porrúa. México.
- Melero, S. (2017). Intervención cognitivo conductual en un adolescente víctima de acoso escolar. Revista de psicología clínica con niños y adolescentes. 4(2). Pp. 149-155. Universidad Miguel Hernández de Eleche. España. Recuperado de: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-27_0.pdf
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. American Journal of Psychiatry.
- Navas, J. (1981). Terapia racional emotiva. Revista latinoamericana de psicología. V(13), No. (i). Pp. 75-83. Colombia.
- Nezu, A., Maguth, C. y Lombardo, M. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas. Manual Moderno. México.
- Navarro-Gomez, N. (2017) El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Analisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud, Marzo*, 25-31.
- Organización Mundial de la salud (OMS). (2017). www.who.int. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Prevención del suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Peinado, J. (1978) Psicología Clínica. México: Porrúa

Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Revista cubana de medicina general integral. (196-217), (15)2. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf

Pharres, J. (1992). Psicología clínica: conceptos métodos y práctica. Manual moderno. México, Distrito Federal.

Petrzelova, J., Chavez, M., Valdez, A., Elizondo, D., Carbaza, J., y Ewald, I. (2007). ¿Por qué y cómo se llega a la desesperanza? Tres miradas sobre el suicidio. España: Plaza y Valdés

Ruíz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Descleé De Brower. España.

Rivera, M. y Herrera, L. (2002). Perfil psicológico de personas con intento suicida. México: Instituto politécnico Nacional, dirección de publicaciones.

Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G., & Zuluaga, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana de psicología*. (pp. 321-330), (45) 3. Puerto Rico.

Ruíz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Descleé De Brower. España.

Sanz, J., Perdígón, A. y Vazquez., C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II):2. Propiedades psicométricas en

- población general. *Revista Clínica y salud*. 14(3), 249-280. Recuperado el 29 de mayo del 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Sánchez, P. (2008) *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno (2003). *Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del Psicólogo*, mayo-agosto, 1-10.
- Soler, P. y Gascón, J. (2005). Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo conductual. *ARS Médica XXI*. España.
- Sauceda, M., Duran, M. (2003). *Su dinámica y tratamiento*. Washington: Organización Panamericana de la Salud
- Toro, R. (2013). *Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva*. *Revista Psychologia*. Avances de la disciplina. 7(1), 93-102. Recuperado el 28 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904010.pdf>.
- Tovilla - Zarate, C., Genis, A. (2012) Los genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal of Psychological*. (5) 52.
- Vázquez, I. (2001) *Técnicas de relajación y respiración*. Editorial Síntesis. España
- Yates, A. (1970). *Terapia del comportamiento*. Trillas. México, Distrito Federal.