

25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE EDUCACION CONTINUA

0289/29

LA CONDUCTA SUICIDA Y LA DEPRESION:
UNA REVISION DE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-
CONDUCTUAL

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ERNESTO BARRAZA SALGADO

DIRECTORA: MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA



MEXICO, D. F.

2001



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Educación Continua

**LA CONDUCTA SUICIDA Y LA DEPRESIÓN:
UNA REVISIÓN DE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-
CONDUCTUAL**

TESINA

que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

presenta

ERNESTO BARRAZA SALGADO

Directora: Mtra. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

DEDICATORIAS

- A la memoria de mi padre
- A mi madre
- A mi esposa
- A mis hijas

--- * ---

A los remisos y “eternos pasantes”, que por diversas razones no se titulan.

--- * ---

A René Avilés Fabila, fabulador de excepción, penetrante e incisivo, quien exorciza los demonios del suicidio a través del ejercicio literario en “Réquiem para un suicida”.

R E C O N O C I M I E N T O S

Al Lic. Ricardo García Sáinz, quien siendo Subdirector Administrativo del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1970, nos confirió a una decena de pasantes y a mí, el privilegio de “usurpar”, previa selección, el rol pionero de psicólogo encargado del Servicio de Selección de Personal y Bolsa de Trabajo en las delegaciones de varios estados de la república.

--- * ---

Al eficiente equipo administrativo y docente de la División de Educación Continua y de manera especial a la diligencia y sensibilidad de Connie y Nancy.

--- * ---

A la directora y selecto cuerpo de sinodales, cuyos comentarios y observaciones fueron decisivos en la culminación de este trabajo :

- Mtra. Mariana Gutiérrez Lara
- Dra. Dolores Mercado Corona
- Mtra. Ma. Fayne Esquivel Ancona
- Mtro. Samuel Jurado Cárdenas
- Lic. Noemí Barragán Torres

--- * ---

A la paciencia de mi eficiente secretaria (Fabiola, mi hija).

INDICE

CAPÍTULO I

Introducción.....	1
Objetivo.....	6
Justificación.....	7

CAPÍTULO II

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SUICIDIO

A) Panorama internacional.....	8
B) México.....	9

CAPÍTULO III

OTRAS CONCEPCIONES TEÓRICAS FRENTE AL SUICIDIO

A) La perspectiva sociológica.....	12
B) La perspectiva psicoanalítica.....	16

CAPÍTULO IV

LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

A) Antecedentes históricos y fundamentos teórico-metodológicos.....	21
B) Modelos cognitivos básicos.....	25

CAPÍTULO V

MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN

A) Antecedentes.....	34
B) Conceptos básicos.....	35

CAPÍTULO VI

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

- A) Enlace de la depresión con el suicidio, según el enfoque cognitivo-conductual...44
- B) Concepto y factores de vulnerabilidad.....46

CAPÍTULO VII

LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN COMO RECURSO PREVENTIVO DEL SUICIDIO

- A) Origen y evolución.....49
- B) Estructura básica.....51
- C) Evaluación multimodal del riesgo suicida.....53

CAPÍTULO VIII

DE LA CONCEPTUALIZACIÓN A LA INTERVENCIÓN ANTE EL RIESGO SUICIDA

- A) Conceptos generales.....60
- B) Evaluación del pensamiento disfuncional.....63
- C) Aplicación de técnicas cognitivas y conductuales.....64

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

- Consideraciones acerca del estatus actual de la teoría y la terapia cognitivo-conductual aplicada al suicidio.....71
- Referencias Bibliográficas.....75

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

“No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se la viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía.”

ALBERT CAMUS, El mito de Sísifo.

Aunque con matices diferenciales semánticos, en todas las lenguas existen palabras tabú que polarizan la atención. Algunas de ellas, como muerte, sexo, incesto, homicidio y suicidio, estarían en la cúspide de una jerarquía imaginaria, si se las ordenara conforme a la carga emotiva que involucran sus significados (Menninger, 1938/1972).

La literatura universal, en todos sus géneros, la filosofía, el derecho, y la historia abundan tanto en vívidas descripciones de suicidios, como en supuestos y teorías que pretenden explicarlos. Las muertes de Ajitófel y Judas Iscariote son ejemplos prototípicos de conductas autodestructivas, comunes en los escenarios bíblicos del Antiguo y Nuevo Testamento.

En el panorama histórico de las culturas, tanto occidentales como orientales, proliferan casos de suicidios célebres: Cleopatra, Séneca, Lucano y Sesostri; Jack London, Hemingway, Virginia Woolf, Mishima, Alfonsina Storni, Mayakovski, Cuesta, etc.

Al registro de innumerables suicidas célebres se suman millones de suicidas anónimos cuyas tragedias personales y de sus familias sólo podemos imaginar.

Moron (1987) citando a Romi al abordar el tema de la variabilidad en los sujetos suicidas transcribe: “De ningún modo se trata de una enciclopedia de la muerte voluntaria. Dejamos de lado una gran cantidad de ahorcados, asfixiados, ahogados, más o menos célebres, esparcidos por todos los niveles de la sociedad. Comerciantes e intelectuales, plomeros...” (p. 97). Sin embargo, la ocurrencia del comportamiento autodestructivo en sus múltiples formas, si bien pretende ser explicado abstractamente por diversos factores de riesgo identificados por la suicidología moderna, no ha sido siempre esclarecido en sus formas concretas.

Como señalan Farberow y Shneidman (1969): “Para entender el problema quedan todavía por resolver muchos puntos básicos. ¿Existen personalidades suicidas? ... ¿Cuál es el tipo de personalidad que lleva a un ser humano a la acción y a otro a la fantasía y la ideación?” (p. XIV).

El carácter tabú del suicidio, ya se aborde como hecho concreto o como tema abstracto, responde a connotaciones subyacentes y explícitas de índole moral, social y religiosa. En virtud de la naturaleza altamente subjetiva y emotiva en la conceptualización de este fenómeno, se explican las variadas y a veces abismales diferencias intra e interculturales en las reacciones ante la conducta suicida.

En oriente, v. gr., la actitud hacia el suicidio solía fluctuar entre la indiferencia y el elogio, ya que se consideraba que la muerte era sólo un cambio de forma. En Japón es señalado el suicidio/martirio practicado por los devotos de la divinidad Amidas, que se arrojaban al mar. Después el “seppuku” y el “hara-kiri” se convirtieron en formas tradicionales de suicidio.

En la India los creyentes de la secta Jaina se arrojaban a las ruedas del carro de su divinidad. Asimismo, durante siglos, la viuda hindú era voluntariamente cremada en la pira funeraria de su marido (Sarró y Cruz, 1991).

En Europa, el suicidio era escogido como la forma idónea para alcanzar la gloria. Son célebres en la historia y en la tragedia los suicidios masivos de Numancia y Astapa, ciudades que, ante la inminencia de caer bajo el dominio del enemigo prefirieron autoinmolarse.

Algunas concepciones filosóficas grecorromanas implicaban que tanto la vida como la muerte son, para el orden natural, irrelevantes (Sarró y Cruz, 1991). Algunos señalados voceros de dichas escuelas que, como Hegesias, hacían magistrales descripciones sobre las miserias de la vida y la felicidad de la muerte voluntaria. Llegaron a desencadenar suicidios en forma epidémica.

El cristianismo de los primeros siglos fue relativamente tolerante hacia el suicidio. Consideraba que era admisible bajo ciertas circunstancias; pero esta actitud flexible se fue endureciendo hasta volverse intransigente. Concretamente, San Agustín manifestó que el suicidio en cualquiera de sus formas, atentaba contra la naturaleza. Santo Tomás de Aquino fue más categórico y calificó esta conducta como un pecado mortal contra Dios (Méninger, 1972; Sarró y Cruz, 1991). Dado el peso canónico de este Padre de la Iglesia, tanto el clero católico como su feligresía, adoptaron el rechazo sistemático como respuesta a cualquier intento o consumación de suicidio. La familia del suicida era despojada de sus bienes y no se le sepultaba en tierra consagrada. Asimismo, la comunidad solía ejercer presiones estigmatizantes hacia dicha familia o hacia el suicida frustrado.

Durante el Renacimiento, aunque a nivel popular se condenaba al suicida, surgieron voces de tono filosófico que disentían de los conceptos de pecado y crimen adscritos al suicidio. De manera general, se fue abonando el terreno para el surgimiento de francos movimientos intelectuales en defensa o tolerancia de la conducta suicida. Hume, p. ej., escribió “Sobre el Suicidio”, proclamando el derecho del hombre a disponer de su propia vida. De la misma forma, en la Francia pre-revolucionaria Voltaire, Montesquieu, Rousseau, expresaron ideas similares (Sarró y Cruz, 1991).

De las breves reflexiones y ejemplos precedentes, puede inferirse la extraordinaria variedad y complejidad de actitudes hacia la conducta suicida y, consecuentemente, las múltiples perspectivas científicas y paracientíficas que para estudiarla han surgido en el último siglo.

Durante este lapso histórico se han formulado taxonomías y teorías biológicas, psicológicas y sociales para describir y explicar sus causas, así como para predecir y prevenir las conductas autodestructivas.

Dichas formulaciones entrañan un amplio rango de posiciones afines y contrastantes. Sucintamente, podríamos ubicar en un extremo de dicho rango las tipologías de carácter psicosocial, y en el otro, aquellas de orientación biológica y bioquímica. En la zona central del continuo, se ubicarían aquellas concepciones que ponen más énfasis en la conducta individual, es decir, en los factores intrínsecamente personales y su contexto inmediato.

Aunque la extensión de este trabajo no permite abundar sobre una taxonomía de los múltiples enfoques contemporáneos acerca del suicidio, es preciso destacar que la perspectiva sociológica iniciada por Morselli en 1879, y cristalizada por Durkheim en

1897 en su ensayo “El Suicidio”, se constituyó en el primer modelo coherente y sistemático para estudiar este fenómeno.

Actualmente, enfoques centrados en el individuo, tanto aquellos que dan primacía a la personalidad y a la conducta, como los que destacan los factores bioquímicos y genéticos, rivalizan por explicar el suicidio. Sin embargo, esta suerte de florecimiento de abordajes para el estudio del suicidio no se ha traducido, hasta el momento, en una colaboración interdisciplinaria efectiva, pues si bien el estudio intensivo desde diversas perspectivas ha permitido una mayor profundización en su naturaleza, esto ha sido a costa de un marcado reduccionismo y, consecuentemente, de conflictos interparadigmáticos (Estruch y Cardús, 1982). Ha de señalarse que, no obstante la relativa falta de consenso en la conceptualización, etiología y prevención del suicidio, existen también francas coincidencias y explicaciones comunes acerca de uno de los factores de riesgo: la depresión.

Virtualmente la mayoría de los enfoques postulan una estrecha vinculación entre la conducta suicida y la depresión. Esto no entraña afirmar que la depresión constituya “el” factor causal que por sí mismo explique todas las conductas suicidas. Coinciden, sin embargo, en conceptualizar a la depresión y al suicidio como variables dependientes multicausadas. A dicha multicausalidad se atribuye, precisamente, la complejidad del binomio depresión-suicidio.

Por otra parte, algunas perspectivas que abordan el suicidio han generado no sólo teorías etiológicas, sino también estrategias y técnicas terapéuticas específicas para evaluar e identificar los factores de riesgo y su prevención. Una de ellas, la perspectiva cognitivo-conductual, desde la cual se abordan en este trabajo las relaciones entre el

suicidio y la depresión y su afrontamiento terapéutico, constituye un cuerpo teórico-práctico flexible, en el que interactúan los aportes conceptuales de la psicología cognitiva y sus aplicaciones terapéuticas con las técnicas de la psicología del aprendizaje y la terapia de la conducta.

Esta orientación conceptual y metodológica para estudiar y tratar terapéuticamente la conducta suicida no ignora el valor de otros enfoques contemporáneos (sociológico, genético, bioquímico, psicoanalítico, etc.), sino que incorpora aquellos aportes teóricos y prácticos que son congruentes con su estructura (Freemann y Reinecke, 1995).

La naturaleza abierta de esta perspectiva, compatible con su directividad y operacionalidad técnicas, han sido criterios decisivos para elegirla como objeto de análisis en esta revisión.

OBJETIVO

Hacer una revisión bibliográfica acerca de la conceptualización y estrategias de afrontamiento terapéutico que la perspectiva cognitivo-conductual tiene frente al fenómeno de la conducta suicida y sus relaciones con la depresión. Establecer el estado del arte de dicha perspectiva, de ahondar en el conocimiento de su estatus contemporáneo; su vigencia y perspectivas futuras.

JUSTIFICACIÓN

La relevancia antropológica, psicológica y social del suicidio ha sido universal e históricamente reconocida. En el proceso evolutivo de todas las sociedades, las actitudes hacia los actos suicidas se distribuyen en un continuo que va desde el absoluto repudio y satanización, hasta la incorporación a las costumbres de la comunidad (Farberow y Shneidman, 1969). No obstante esta gran diversidad, las sociedades civilizadas en la actualidad adoptan hoy en día una actitud condenatoria y establecen a través del estado, estrategias y programas para evaluar y prevenir en forma interdisciplinaria este fenómeno.

Información epidemiológica relativa tanto a otros países como al nuestro, ponen de relieve que la creciente incidencia del suicidio constituye un problema de salud pública (Osornio Castillo, 1999). Informes coincidentes proporcionados por las disciplinas sociales que han profundizado en su estudio, especialmente la suicidología, revelan que el lesivo impacto y las dramáticas secuelas en las esferas emocional, económica y social en nuestra comunidad, precisa de análisis críticos permanentes, no sólo para lograr una comprensión más profunda de su naturaleza, causas e implicaciones, sino para estructurar estrategias más eficaces de tratamiento y prevención (Freeman y Reinecke, 1995; Mendels, 1972).

CAPÍTULO II

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SUICIDIO

A) Panorama Internacional.

Aunque ya el esfuerzo de Durkheim (1897/1990) por ofrecer tasas comparativas del suicidio entre diversos países europeos, fue uno de los rasgos distintivos de su clásico estudio, ha de señalarse que, de acuerdo con varios reportes recientes, hay muy significativas diferencias metodológicas para formular las estadísticas, por lo menos en 24 países (Osornio Castillo, 1999). Asimismo, Moron (1992) señala que pese a que la Organización Mundial de la Salud sostiene que sus trabajos publicados “constituyen la fuente principal de comparación de estadísticas sobre suicidio” (p. 15) sólo agrupan las cifras proporcionadas por 52 países aproximadamente sobre un total de 125.

Reconocidas estas deficiencias, la información estadística debe aceptarse con reservas. No obstante, es innegable que es la más confiable con que actualmente se dispone; además, las políticas de salud entre los diversos países tienden a establecer criterios y modelos cada día más uniformes y precisos.

Osornio Castillo (1999) señala que según la Organización Mundial de la Salud “se calcula que cada día se cometen por lo menos mil suicidios y que ocho de cada diez

personas ya lo habían intentado. En Europa y América [Estados Unidos] se considera como una de las cuatro causas principales de defunción” (p.19).

De acuerdo con Sarró y Cruz (1991), el anuario de la OMS (1989) informa que las tasas superiores a 15/100,000/año, se encuentran en Europa central y continental: Hungría, Finlandia, Austria, Suiza, Checoslovaquia, Suecia, Francia. Asimismo, Estados Unidos, Australia y Japón pertenecen al grupo de altas tasas de muerte por suicidio (Moron, 1992).

En el extremo inferior del rango de tasas de mortalidad por suicidio, se ubican países como Argentina, Costa Rica, Chile, Ecuador, España, Grecia, Malta, Venezuela y México, entre otros. El extremo superior del rango lo ocupan Hungría con una tasa de 31.9 y Malta 2.3 el extremo inferior.

B) México.

Como ya es apuntado en el apartado anterior, nuestro país aun forma parte del grupo de naciones con una tasa de mortalidad por suicidio relativamente baja.

De acuerdo con Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (1996), en estudio epidemiológico sobre la evolución del suicidio en México, precisan “...aunque comparativamente, este país tiene una de las tasas de suicidio más bajas de Latinoamérica y del mundo, [...] son pocos los problemas de salud pública que han aumentado con tanta constancia. Año con año las mortalidad por suicidio se ha incrementado en el país, [...] difícilmente será pasajero este incremento. (p.204)

Repárese, por ejemplo, en la dramática diferencia de las siguientes cifras, atendiendo al breve periodo temporal (15 años): De 554 suicidios consumados en 1970

en todo el país, en ambos sexos, se ascendió a 2063 en 1994; en términos relativos esto significa que de la tasa de 1.3 por 100,000 habitantes en 1970 se pasó a 2.89 por 100,000 habitantes en 1994, lo cual equivale a un incremento de 156%.

Otro dato que llama la atención en la evolución del suicidio en México, según este trabajo, es el incremento muy diferenciado en ambos sexos: en la población masculina fue de 169%, contra 98% en las mujeres. Asimismo, el suicidio pasó, como causa de muerte, del 0.11% al 0.62% de todas las defunciones. Las edades más afectadas por este incremento de la conducta suicida fueron la población mayor de 65 años y la más joven menor de 19 años.

Finalmente, se destaca en este estudio, fue también notable la variabilidad del fenómeno suicida en términos geográficos: El sureste del país (Tabasco y Campeche) registraron las más elevadas cifras: 9.74 y 7.78, respectivamente, mientras los estados de Tlaxcala y México tuvieron las más bajas: 1.17 y 1.19 respectivamente. La zona centro del país, por otra parte, es la que exhibe la más baja incidencia, con la notable excepción del Distrito Federal, con una tasa de 3.64 (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

Aunque no es objetivo de este apartado hacer un análisis estadístico exhaustivo de las cifras del suicidio en México, ni de señalar sus causas, sí es relevante en términos de epidemiología descriptiva, destacar algunas tendencias básicas.

En primer término, según apuntan González Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina Mora (1997) "En las últimas décadas se ha observado un incremento paulatino pero constante, de la conducta suicida en los adolescentes en diversas regiones del mundo, y México no es la excepción". (p.166) Concretamente, el grupo de jóvenes

menores de 15 años del periodo 1970 – 1994, ya aludido, exhibe un lento pero sostenido incremento a partir de 1976, con una tasa de 0.10 y culmina con una tasa de 0.23 en 1994.

De manera similar, los grupos etareos quinquenales, de 70 años hasta 85 y más registran también un incremento muy significativo: Se inicia con una tasa de 7.75 en 1974 y culmina en 1994 con una tasa de 18.58.

CAPÍTULO III

OTRAS CONCEPCIONES TEÓRICAS FRENTE AL SUICIDIO:

A) La Perspectiva Sociológica.

Con toda legitimidad, puede considerarse a la perspectiva sociológica sobre el suicidio, como el cuerpo teórico que, cronológicamente, proporcionó primero una visión formal e integrada de este fenómeno. Su autor, Emile Durkheim (1858/1917), imbuido de la filosofía positivista de la ciencia, imperante en el siglo XIX, realizó, utilizando con rigor las premisas del método sociológico, una investigación empírica del suicidio. Este investigador se allegó para tal fin, un acervo de información estadística y bibliográfica impresionante para aquella época. Expresado en forma esquemática, este autor realizó un prolijo análisis comparativo de la incidencia, prevalencia y evolución de los suicidios en los principales países de Europa y tres estados de la Union Americana, en el período comprendido entre 1841 y 1891.

Estudia con rigor y somete a pruebas empíricas las hipótesis que sobre la conducta suicida sustentaban autores precedentes y contemporáneos como Lombroso, Bertillon, Morselli y Ferri, entre otros (Moron, 1992). Explora posibles asociaciones y relaciones causa-efecto entre el fenómeno suicida y múltiples factores de riesgo o variables suicidógenas: ecológicas (temperatura, humedad, accidentes geográficos, etc.),

temporales (estaciones del año, días de la semana, horas del día), demográficas (raza, sexo, estado civil, etc.), religiosas, etc.

Su método de investigación (el sociológico) está regido por normas de aplicación invariables. En un pasaje de su texto clásico sobre el método sociológico afirma: “Ya que la ley de la causalidad ha sido comprobada en los otros reinos de la naturaleza, que progresivamente ha extendido su imperio desde el mundo físico-químico al biológico y de éste al psicológico, se tiene derecho a creer que es igualmente verdadero en el mundo social...” (1985, p. 113). La esencia conceptual de este método, se expresa en la idea de que los hechos sociales son cosas y como tales han de tratarse. La objetividad a ultranza que le es característica, lleva a decir a Durkheim (1985, p.115) “Para que no resultara letra muerta, no bastaba formularlo, sino que era preciso hacer de él la base de toda una disciplina que se apoderara del ánimo del científico [...] debía evitar las nociones anticipadas que tenía de los hechos y mirar éstos de frente...” (1985, p.115).

Algunos autores al hacer el análisis de la monografía sobre el suicidio de este autor (Clemente y González, 1996; Estruch y Cardús, 1982; Sarró y Cruz, 1991; Tozzini, 1969.) coinciden cuando destacan los postulados o principios explicativos más notables:

1. Que el suicidio se explica como función de un ente supraindividual: la sociedad.

Ésta, considerada como sistema abierto en la moderna teoría de los sistemas, es diferente a sus componentes que son los individuos.

2. La interrelación de tres variables centrales: a) La naturaleza de los individuos (sus rasgos de personalidad, su experiencia, cultura, etc.) que forman la sociedad. b) El tipo de organización social, es decir, sus estilos típicos de asociación y convivencia. c) Los

eventos que perturban la marcha de la vida colectiva, sin modificar su estructura básica, como crisis económicas, políticas, etc.

La naturaleza de extrema objetivización y rigor metodológico del enfoque sociológico de Durkheim (1897-1990, p. 297), se pone de manifiesto cuando afirma con aparente tono de “darwinismo social”: “Es una válvula de seguridad, [el suicidio] que es útil dejar abierta. En definitiva, el suicidio tendría la gran ventaja de desembarazarnos [...] de cierto número de sujetos inútiles o dañosos. ¿No vale la pena dejarlos eliminarse por sí mismos y suavemente...?”.

Para Durkheim (1897-1990) “...se llama suicidio todo acto de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella misma que debía producir este resultado” (p.16).

Del análisis estadístico de los datos sobre el suicidio, y sus reales o hipotéticas relaciones con múltiples variables, dedujo una taxonomía, ya clásica: El suicidio anómico y el egoista, resultantes de una integración social anómala; y los suicidios altruista y fatalista, provocados por exceso de integración social.

Estruch y Cardús (1986) teóricos adherentes de la sociología del conocimiento, en agudos comentarios metateóricos sobre diversos enfoques del suicidio, señalan que éstos son, en buena medida “un ejercicio de reduccionismo”; y al referirse al trabajo de Durkheim sobre este fenómeno declaran: “...la obra de Durkheim es para el sociólogo la ‘primera’ palabra sobre el suicidio- y ahí radica precisamente, todavía hoy, su gran mérito-, pero nada más que la primera” (p. 170).

No obstante las inevitables críticas, la natural evolución de las ideas y el surgimiento de nuevos paradigmas explicativos del suicidio, el valor del trabajo

fundacional de este autor se ha reflejado en la aparición de numerosas monografías sobre suicidios consumados. Todas estas obras, según hacen notar Farberow y Shneidman (1969, p.21) "...siguen la tradición ecológica de escoger determinado lugar -una ciudad o un país- y de manera figurativa o literal reproducir su mapa varias veces a fin de mostrar las zonas sombreadas (social y topográficamente) y sus muchas relaciones con las tasas de suicidio".

Una investigación empírica de esta índole es la realizada por Estruch y Cardús (1982) autores ya antes citados. Estos sociólogos catalanes realizaron una investigación de campo de 444 suicidios ocurridos entre 1915 y 1979. Dicha investigación implicó la realización de entrevistas a "testigos privilegiados" (parientes, amigos, vecinos).

Estos autores, aunque sociólogos, incorporan a su metodología de análisis principios de disciplinas afines como la psicología, la psiquiatría, la antropología y el psicoanálisis. Proponen como conclusiones básicas de su examen: 1) El suicidio está relacionado con una crisis de identidad; con una propensión condicionada por una determinada estructura de carácter y por unos procesos de aprendizaje cultural. 2) El suicida ha aprendido que el suicidio es una conducta que es racional, plausible y que constituye una solución ante ciertas condiciones.

Los autores, tal vez tratando de evitar la impresión de que lo legitiman, afirman que el suicidio no es jamás la solución, por más que subjetivamente pueda ser percibido de esa manera. Finalmente, estos sociólogos adoptan una actitud relativamente escéptica hacia su prevención, puesto que, si ésta se sustenta en el conocimiento de factores etiológicos bien identificados, este conocimiento, la perspectiva sociológica aún no lo alcanza. Para ello, de acuerdo con la orientación explicativa del enfoque sociológico

tendrían que promoverse cambios en la estructura misma de la sociedad, tarea que compete más al estado que a la ciencia; a los gobernantes, más que a los suicidólogos.

B) La Perspectiva Psicoanalítica.

En estricto sentido, debemos hablar más de múltiples perspectivas, que de una perspectiva psicoanalítica única y omnicomprensiva sobre el suicidio. No obstante, la mayoría de los autores que abordan el tema con este enfoque coinciden en que la matriz explicativa original sobre el comportamiento autodestructivo radica en la teoría de los instintos formulada por Freud (Farberow y Shneidman, 1969, p. 176). Este autor, basándose en su larga experiencia clínica y en sus vivencias y reflexiones sobre la masiva destrucción de la Primera Guerra Mundial, llegó a la conclusión de que hay dos tipos de instintos o impulsos antitéticos: el instinto de vida, EROS o impulso sexual y el instinto de muerte o THANATOS, o impulso agresivo. Ninguno de estos instintos, sin embargo, funciona en forma independiente uno del otro, ya que se hallan fusionados en forma variable en sus manifestaciones. Según este principio de interdependencia, no hay acto de amor o altruismo que no esté matizado por componentes agresivos y, a la inversa, aun el acto más cruel, física o psicológicamente hablando, implica cierto grado de gratificación inconsciente. Asimismo, de acuerdo con esta formulación teórica, el impulso agresivo no sólo se manifiesta en el comportamiento identificado como agresión, sino que suele adoptar formas encubiertas y refinadas.

Según la teoría del desarrollo psicosexual, postulada por Freud y reelaborada por sus discípulos, es más fácil describir las vicisitudes del desarrollo genético del impulso sexual que los del impulso agresivo. Sin embargo, los componentes de este impulso

manifiestan similar capacidad de fijación y regresión que los observados en el impulso sexual. Farberow y Shneidman (1969), en breve análisis de esta postura teórica, señalan: “Idealmente, la fusión de los impulsos eróticos con los impulsos agresivos los libera de su cualidad destructiva, permitiendo la sublimación de éstos últimos, de manera que el individuo será capaz de hacer una contribución productiva positiva al proceso de la vida” (1969, pp. 178-179).

Es ampliamente señalada por diversos autores, la relativa falta de interés de Freud por el tema del suicidio; sin embargo, también coinciden en que sus formulaciones teóricas acerca de los instintos y su psicodinamia constituyen la piedra angular de los impulsos de autoaniquilación. En palabras de Sarró y Cruz (1991) “Para Freud, el suicidio era un síntoma penoso, producto de la civilización, era una consecuencia de las tendencias autodestructivas que podían estar presentes en cierto grado, en cada persona, convirtiéndola en un ser vulnerable al suicidio.” (p.24)

Podríamos resumir: la interpretación de Freud de la conducta suicida entraña un fenómeno intrapsíquico cuya génesis se da en el inconsciente y cuya dinámica involucra un variable monto de hostilidad y agresión autodirigida al no poder proyectarla al exterior. En el suicidio subyace el instinto de muerte, entendido éste como la búsqueda del reposo eterno, la vuelta al seno de la madre primigenia: la tierra. (Moron, 1992)

El esquema conceptual básico en el cual se vincula explícitamente el suicidio con la depresión, está contenido en “Duelo y Melancolía”, texto ya clásico que sigue siendo fuente de controversias (Freud, 1917/1991).

Dentro de la tradición psicoanalítica, aunque con diversos grados de adhesión a la ortodoxia freudiana, varios autores han investigado y especulado sobre el

comportamiento suicida. Stekel, p. ej., según Everstine y Everstine (1992) fue quien en 1910 (antes que Freud) formuló la tesis de que los impulsos suicidas se generan en el superyo, como resultado de torturantes sentimientos de culpa. Según este autor, bastan los prohibidos deseos de muerte hacia otra persona (generalmente muy cercana desde el punto de vista afectivo), para que dichos deseos, al no poder expresarse como descarga motora, se vuelvan contra si mismo “Nadie se mata a si mismo que no desee matar al otro o, al menos, desee la muerte del otro.” (p.23) . La persona en quien nació el deseo prohibido o “crimen”, debe pagar con un castigo igual a dicho crimen. La culpa sólo se podrá expiar con la propia muerte (el suicidio). Psicodinámicamente equivale a la Ley del Tali3n. De acuerdo con Everstine y Everstine (1992) “...esta formulaci3n te3rica ha sido la base para la mayoría de las explicaciones etiol3gicas de las 3ltimas d3cadas.” (p.258). Estos autores, expertos interventores en crisis, desestiman la depresi3n como factor etiol3gico en la conducta autodestructiva cuando afirman que “un estado depresivo (melancolía) puede representar una condici3n necesaria pero no suficiente para la ocurrencia del pensamiento suicida; si este es el caso, debe buscarse alg3n otro factor causal m3s directo” (p.258). Postulan como explicaci3n alternativa del suicidio, al enojo o fuerza agresora dirigida hacia el propio ser; es una fuerza retroproyectada. El n3cleo explicativo de estos autores constituye una peculiar combinaci3n integradora de las ideas de Freud y Stekel con las de Menninger y Bateson.

Karl Menninger es, por consenso en las revisiones de varios autores (Clemente y Gonz3lez, 1996; Sarr3 y Cruz, 1991; Tozzini, 1969) quien formula el esquema conceptual de car3cter psicodinámico m3s convincente acerca del suicidio. Este autor desarrolla sus ideas acerca de la autodestructividad humana en su ensayo “El Hombre

contra sí mismo". En este texto, haciendo un vasto y sugestivo acopio de información interdisciplinaria, pero dentro de la tradición psicoanalítica, desarrolla su teoría con una lógica y elegancia poco frecuentes en la literatura científica. Algunos de sus conceptos centrales se exponen a continuación: Reconoce su deuda intelectual hacia Freud, Abraham y Alexander, de quienes sigue su línea temática. Considera axiomática la creencia humana generalizada acerca de la existencia después de la muerte; esta creencia es sustento de muchas religiones y formulaciones metafísicas. En forma textual señala: "...aunque sea rechazada intelectualmente por muchos científicos y otros pensadores, la expectativa emocional de una vida futura o, más bien, una continuidad de la existencia es inherente al inconsciente de todos." (Menninger, 1938/1972, p.19)

El individuo con potencial suicida "organiza", de una manera inadvertida, un ambiente y un estilo de vida que involucran un propósito inconsciente de autodestrucción. El acto suicida, explicado en su dinámica, implica el deseo de colocarse uno mismo en un laberinto o situación inescapable, excepto por el suicidio. El acto suicida es un asesinato en el cual se combinan, en una sola persona, el asesino y el asesinado. En este acto concurren tres elementos interdependientes: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. Deriva Menninger (1972) de Freud la idea de que muchos suicidios son asesinatos encubiertos, en los cuales el blanco de la agresión sería otra persona a la cual le ligaban vínculos afectivos muy estrechos.

La conducta autodestructiva se concibe como un continuo en el que se coloca a los actos violentos de autodestrucción rápida en un extremo (suicidio agudo) y en el otro se ubica a aquellos comportamientos de autodestrucción lenta y sutil (suicidio crónico).

De esta dualidad básica, pero interdependiente, deriva Menninger una taxonomía del suicidio más compleja, cuyo criterio de diferenciación es la mayor o menor intencionalidad de los actos suicidas: desde la fantasía autodestructiva inconsciente, hasta el suicidio rigurosamente planeado.

En los últimos cuarenta años se han destacado numerosos investigadores cuyas formulaciones teóricas que, aunque claramente inspiradas en el marco conceptual psicoanalítico, se subordinan epistemológicamente a la moderna suicidología, término que fue acuñado, según Sarró y Cruz (1991) en 1929 por Bonger y divulgado y ampliado por Shneidman, “quien la definió como el estudio científico del fenómeno suicida.” (p.33).

La suicidología no es, entonces, en estricto sentido, una “nueva ciencia” sino la conjunción organizada de diversas disciplinas como son la psicología, la sociología, la antropología, las neurociencias, etc. Constituye un cuerpo de conocimientos estructurado que responde adaptativa y funcionalmente a la consustancial complejidad del fenómeno suicida. Es decir, desde las perspectivas epistemológica y científica de cada una de las disciplinas que integran la moderna suicidología, se hacen aportaciones específicas que, al integrarse orgánicamente en torno al estudio común del suicidio, refuerzan su valor diagnóstico, predictivo y terapéutico.

CAPITULO IV

LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

A) Antecedentes históricos y fundamentación teórico-metodológica.

La estructuración de esta perspectiva se concibe como la confluencia de dos corrientes en la psicología y psicoterapia modernas. Puede afirmarse que ambas, la corriente cognitiva y la conductual, hunden sus raíces conceptuales en la remota historia del pensamiento sobre el comportamiento humano. No se reseñarán aquí las vicisitudes evolutivas de estas perspectivas, sin embargo, se juzga necesario exponer aunque sea en forma esquemática, algunos hechos determinantes.

Numerosos escritos filosóficos, antropológicos, sociológicos, biológicos y, por supuesto psicológicos de lejana y reciente data, abordan explícita e implícitamente el pensamiento y la conducta, ambos componentes centrales de la psicología científica. Sin embargo, es sólo a partir de la década de 1940 cuando, merced a múltiples y complejos factores asociados a la crisis del conductismo radical y a la “fragmentación” del psicoanálisis, cuando irrumpe la llamada “revolución cognitiva”. Aunque la gestación de este fenómeno científico-cultural, según diversas fuentes (Beck, 1983; Caro Gabalda, 1997; Gardner, 1998), se remonta a principios del siglo XX, sólo se manifiesta cuando, a

raíz de varios eventos académicos, se enfrentan eminentes especialistas en diversas disciplinas para debatir sobre temas como “Los mecanismos cerebrales en la conducta” y “Teoría de la información”. De acuerdo con Gardner (1998) en septiembre de 1948 se realizó el “Simposio de Hixson”, en el Instituto de Tecnología de California, proyectado con el fin de facilitar el intercambio de ideas sobre un tema clásico: la forma en que el sistema nervioso controla la conducta. Señala este autor que “Lashley pronunció el discurso más iconoclasta y memorable, titulado “El problema serial en la conducta”, donde puso en tela de juicio la doctrina (o dogma) que había dominado el análisis psicológico en las últimas décadas...” (p. 26).

Según Gardner (1998), en esta ponencia, Karl Lashley había identificado tanto los principales elementos componentes de una ciencia cognitiva, como las fuerzas reaccionarias que habían obstaculizado su surgimiento.

Se ha destacado por varios autores (Bruner, 1998; Mahoney, 1997; Martorell, 1996), que uno de los rasgos centrales del conductismo radical fue la objetividad a ultranza. Según esta posición metodológica todo investigador debía limitarse a fórmulas públicas de observación, susceptibles de ser replicadas con extremo control de las variables. De este enfoque se excluía todo intento de introspección privada o de rumiación subjetiva, lo cual tendría como corolario el abandono de conceptos “místicos” tales como mente, pensamiento, imaginación, propósito, etc.; por ser sólo elegantes pero falsas construcciones hipotéticas. Por contraste, el investigador debía centrarse exclusivamente en la conducta. Otro de los rasgos canónicos del conductismo fue la asignación de supremacía y poder determinante del medio, el cual implicaba que el comportamiento de los individuos no era la expresión de sus propios propósitos o

“cogniciones”, sino un operador pasivo y reflejante de fuerzas o estímulos del medio. Como resultado de estas concepciones básicas “Se postuló un elaborado conjunto de explicaciones, que detallaban los principios del condicionamiento y del refuerzo, para describir cómo se producía el aprendizaje y se formaban las conductas particulares” (Gardner, 1988, p.27).

Existe amplio consenso acerca de las valiosas respuestas que el conductismo dio a muchas de las legítimas inquietudes de la comunidad científica: a) el malestar por aceptar acríticamente los datos de la introspección, b) la insatisfacción con conceptos vagos como “voluntad”, “instinto”, etc. c) la precisión cuantitativa, el rigor en el control de variables y la predicción, fueron elevadas a la posición de “imperativos categóricos” del quehacer cotidiano del investigador, y d) el conductismo fue, asimismo, como una brisa fresca que renovó la atmósfera del introspeccionismo en las primeras décadas de este siglo. No obstante, según apunta Gardner (1988) “...en retrospectiva, cabe suponer que se pagó un precio demasiado alto por la adhesión estricta al conductismo [...] sólo fue posible aproximarse con dificultades, furtivamente, a las cuestiones vinculadas a la naturaleza del lenguaje, la planificación humana, la resolución de problemas...” (p.28).

Abundando un poco en las ideas expuestas por Lashley (Citado en Gardner, 1988) en el ya citado Simposio de 1948, desde el ángulo de las neurociencias, afirmaba que al sistema nervioso se lo debe concebir como un conjunto de unidades organizadas en forma jerárquica, permanentemente activas y bajo control autónomo, más que dependiente de la estimulación periférica. En forma más explícita, dicho autor afirmaba: “La conducta no deriva de incitaciones ambientales, sino que procesos que tienen lugar en el cerebro la preceden de hecho y dictaminan de qué manera un organismo lleva a cabo un

comportamiento complejo [...] la organización no es impuesta desde afuera, sino que emana del interior del organismo”. (Gardner, 1988, p. 29) .

Los historiadores que han hecho la reseña del surgimiento del nuevo paradigma de la “ciencia cognitiva” (Gardner, 1998; Mahoney, 1998), coinciden cuando afirman que los debates interdisciplinarios que tuvieron como escenarios formales varios congresos durante las décadas de 1940 y 1950, funcionaron como catalizadores de la actividad científica. A dichos eventos académicos confluyeron los más avanzados pensadores de sus respectivos campos. Para decirlo en palabras de Gardner (1988, p. 39): “La historia intelectual de este periodo da cuenta de numerosas reuniones entre todos los que se interesaban por los asuntos vinculados a la cognición, así como el número significativo de publicaciones que ayudaron a promover la nueva ciencia de la mente”.

Según George A. Miller (cit. en Gardner, 1988, p.44) fue en septiembre de 1956 cuando, a raíz del Simposio sobre Teoría de la información realizada en el Instituto Tecnológico de Massachusetts, fue “fundada” oficialmente la ciencia cognitiva.

Para concluir con estas breves pero necesarias referencias del origen del cognitivismo y, consecuentemente, a la psicología cognitiva, es oportuno destacar lo que Allen Newell y Herbert Simon, especialistas en inteligencia artificial, declaran:

En los últimos años sobrevino un cambio general en la concepción científica, acorde con el punto de vista aquí expuesto. Puede datárselo aproximadamente en 1956; en psicología estuvo dado por la aparición del libro de Bruner, Goodnow y Austin, *Study of Thinking* [Estudio del Pensamiento], y el trabajo de George Miller “El mágico número siete”, en lingüística, por los “Tres modelos del lenguaje” de Noam Chomsky; y en la ciencia de la computación, por nuestro artículo sobre “La

máquina de la teoría lógica” (cit. en Gardner, 1988, p.45).

La aparente variedad temática y conceptual de los trabajos señalados, convergen, sin embargo, hacia el núcleo central, que es el cognitivismo o ciencia cognitiva. Esta es conceptualizada como un movimiento intelectual que engloba varias disciplinas interactuantes y que conforman lo que Gardner (1988) denomina el “exágono cognitivo”. Este exágono está integrado por Filosofía, Psicología, Lingüística, Inteligencia artificial, Antropología y Neurociencias.

Analizar la importancia relativa de cada una de estas disciplinas y sus relaciones no es propósito de este trabajo, dada la complejidad, elevado nivel de abstracción y amplio espacio que ello implica. Sólo ha de señalarse que “La corriente principal de la ciencia cognitiva abarca cómodamente la psicología cognitiva, la inteligencia artificial y grandes sectores de la filosofía y la lingüística...” (Gardner, 1988, p. 61).

B) Modelos Cognitivos básicos.

Como ha sido señalado líneas arriba, si bien el cognitivismo involucra seis disciplinas estrechamente relacionadas, la psicología tiene un significado e importancia nucleares en dicho movimiento. Tanto Feixas y Miró (1997) como Gardner (1988) y Caro (1997) concuerdan en que la orientación de las investigaciones iniciadas por Miller y Bruner en Estados Unidos y Broadben y Cherry en Inglaterra, vigorizaron la psicología al enfatizar su importancia como disciplina central en el estudio de la cognición. Estos autores orientaron sus esfuerzos para explicar la percepción, el pensamiento y la atención como operaciones inherentes al procesamiento de la información, y ésta se constituyó en el

marco conceptual o “metáfora-guía” que fundamenta tanto la psicología como la terapia cognitiva. En palabras de Caro Gabalda (1977, p.120) “El modelo cognitivo asume que nuestra habilidad para procesar información y para formar representaciones mentales de uno mismo y de su entorno es central para la adaptación y la supervivencia del ser humano.”

Al llegar a este punto de inflexión en este trabajo, es preciso caracterizar, así sea en forma básica, la terapia cognitivo-conductual.

Varios autores (Caro Gabalda, 1997; Feixas y Miró, 1997; Mahoney, 1988 y Martorell, 1996) manifiestan que, en rigor, no se debe hablar de terapia, sino de terapias cognitivas. Feixas y Miró (1997) por ej. destacan como un hecho notable la convergencia de las terapias cognitivas con la orientación cognitivo-conductual.

Un rasgo que comparten y que identifica a todos los modelos cognitivos, es el valor que asignan a las cogniciones, tanto en la etiología psicopatológica de muchos trastornos, como en el proceso del cambio terapéutico. Aquí el término cognición se ha desprendido de su resabio propio de la filosofía escolástica, para significar en un sentido amplio “ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, ...” (Feixas y Miró, 1997, p.208).

Otra característica común a las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales es el énfasis en el rigor metodológico que está presente tanto en la investigación como en los modelos conceptuales psicopatológicos propuestos y, por supuesto, al proceso terapéutico mismo. También es notable el nivel de sistematización, lo cual se traduce en la exigencia de que cada modelo teórico tenga una obra básica, a manera de manual en el que se concretan teoría y práctica.

Algunos autores (Caro Gabalda, 1997; Feixas y Miró, 1997 y Martorell 1996) al reseñar el resurgimiento y evolución del movimiento psicoterapéutico, enfatizan el papel protagónico que las terapias cognitivas han tenido en los últimos cuarenta años. Feixas y Miró (1997, p.209) precisan:

Las terapias cognitivas no sólo surgieron de pensadores independientes de gran calibre (Beck, Ellis, Kelly), sino que convergieron con una particular orientación de la terapia conductual: el enfoque denominado cognitivo-conductual. De hecho en la actualidad se siguen utilizando ambas denominaciones para algunas terapias.

Acorde con lo anterior, aunque resulte un tanto paradójico, "...las terapias cognitivas no se pueden considerar como un desarrollo tecnológico de la psicología cognitiva, sino que sólo podemos hablar de una influencia convergente en la formación de un nuevo 'Zeitgeist' que otorga un papel central a la cognición" (Feixas y Miró, 1997, p.211)

Caro Gabalda (1997) establece algunas justas diferencias conceptuales en torno a las dimensiones cognitiva y comportamental en las terapias, cuando compara algunas revisiones que sobre este tema hacen varios autores: Meichenbaum (1997) por ej. engloba bajo el rubro cognitivo- comportamental a todos los modelos: la terapia racional-emotiva-comportamental, la solución de problemas, las habilidades de afrontamiento, la terapia de Beck y el constructivismo.

Caro Gabalda (1997) apunta, después de contrastar diversas clasificaciones de la terapias, que aunque ambas etiquetas, la cognitiva y cognitivo-comportamental, surgen de

historias diferentes y de modelos epistemológicos distintos, en la práctica se toman intercambiables. Propone, finalmente:

“Creemos que tiene más sentido (y esperamos poder demostrarlo) que cuando hablamos de terapias cognitivas debemos empezar asumiendo tres modelos básicos: a) los modelos de reestructuración cognitiva, claramente identificados con las primeras terapias cognitivas, b) modelos cognitivo-comportamentales, con un origen más claro en la terapia de conducta y c) modelos construccionistas con orígenes diversos.” (p.38).

Virtualmente todas las reconstrucciones históricas de la perspectiva objeto de este trabajo, remontan su origen a los pensadores de la tradición clásica grecolatina y, más concretamente, a los filósofos adherentes del estoicismo (Beck, 1983; Ellis, 1997; Mahoney, 1997).

Ellis (citado en Caro Gabalda, 1997), creador de la terapia racional-emotiva-conductual, se sorprende de no haber inferido su propia teoría de psicoterapeutas cognitivos como Janet o Adler, sino de filósofos asiáticos como Gautama Buda y de los griegos y romanos como Epicuro, Epicteto y Marco Aurelio. A estos filósofos se sumarían en los siglos XVIII, XIX y XX pensadores como Kant, Thoreau, Russell, Brentano, Heidegger y otros, quienes, aunque aceptaban que los acontecimientos externos activadores desencadenan nuestros afectos y conductas, también reconocían que son nuestras creencias en tales eventos externos o activadores, los que producen nuestras perturbaciones emocionales.

El valor explicativo para la terapia cognitiva, común a los filósofos aludidos, radica en que destacaban el ángulo subjetivo de la realidad y el rol desempeñado por las ideas en la génesis de las emociones.

La cita que aparece con mayor frecuencia, cuando se pretende ilustrar el origen de esta perspectiva, corresponde a Epicteto (50-138 d.C.) “No son las cosas las que atormentan a los hombres, sino las opiniones que se tienen de ellas” (s.f./1975, p.4). Ciertamente, tanto las páginas del “Manual” como las “Máximas”, obras ambas de Epicteto, así como los “Soliloquios” de Marco Aurelio (121-180 d.C.), contienen numerosas ideas afines a la cita precedente, por ej. “La regla y medida de nuestros actos son nuestras opiniones” (Marco Aurelio, s.f./1975); “Es la mente la que se excita a sí misma, la que se finge tal cual ella quiere, la que hace que todos los acontecimientos le parezcan tales cuales ella los desea” (p.110); “Si te contristas por alguna cosa exterior, no es ella la que te conturba, sino el propio juicio formado acerca de la misma...” (Marco Aurelio, s.f./1975).

Según Feixas y Miró (1997, p.210) “Tanto Hume como Spinoza señalaron la primacía del pensamiento sobre las emociones. Kant sostuvo que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un ‘sentido privado’.”

Ellis (1997), Feixas y Miró (1993) y Mahoney (1998) concuerdan en que el surgimiento de las terapias de carácter cognitivo, como todo fenómeno socio-histórico y cultural, obedeció a factores que dentro del contexto de la psicología, aunque de naturaleza compleja, son identificables. Sólo por vía de ilustración se apuntan tres de dichos factores:

1. Homme, según Feixas y Miró (1993) a través de los postulados de su conductismo covariante o mediacional, propuso que los pensamientos como sucesos privados, deben considerarse como conductas encubiertas que responden a los mismos

principios de aprendizaje propios del comportamiento observable. Asimismo, la conducta anormal surge "...cuando la conducta y el pensamiento no cumplen una misma y única función adaptativa" (p.210).

2. A la insatisfacción con las terapias conductuales de corte rígido, así como a los tratamientos psicoanalíticos. Las primeras eran aplicadas con éxito sólo a los trastornos con claras manifestaciones conductuales, pero no a los trastornos en la esfera de lo subjetivo; en torno a los tratamientos psicoanalíticos, se hizo evidente la imposibilidad de refutación o verificación de sus postulados, así como su prolongada duración.
3. La aparición de la psicología cognitiva como paradigma y, en forma concomitante, el desarrollo de diversos modelos clínicos que se sustentan epistemológicamente en el procesamiento de la información, se constituyeron también en factores influyentes.

Aunque líneas arriba se ha señalado que las psicoterapias cognitivas no surgieron de la psicología cognitiva. "...eso no determina la imposibilidad de establecer una progresiva vinculación entre ciencia y técnicas cognitivas, para que éstas últimas lleguen a ser una tecnología psicoterapéutica coherente con la psicología cognitiva" (Feixas y Miró, 1993, p.214).

Aunque de forma esquemática, son necesarios algunas precisiones sobre la emergencia de las terapias cognitivas: Caro Gabalda (1997), Feixas y Miró (1997) y Mahoney (1997) manifiestan que son identificables tres orígenes principales:

1. George A. Kelly es considerado como el primero de los teóricos que elaboró una teoría de la personalidad, un enfoque clínico y terapéutico que puedan conceptualizarse como cognitivos. Publicada en la década de 1950, la "Psicología de

los Constructos Personales”, su obra fundamental, suele ser calificada como obra maestra. Uno de sus postulados centrales señala que la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Pone de relieve las estructuras de significado como teoría básica, y la práctica clínica se sustenta en la comprensión de dichas estructuras desde la perspectiva del sujeto. Según Mahoney (citado en Feixas y Miró, 1997, p.211) “...en la última década se ha considerado a la terapia de los constructos personales como uno de los enfoques más originales y característicos de la corriente cognitivo-constructivista”.

1. La segunda vertiente originaria la conforman Albert Ellis y Aaron T. Beck. Ambos estructuraron sus modelos teóricos y estrategias terapéuticas rechazando tanto los conceptos como la terapia psicoanalítica, tradición en la cual se habían formado. Para tal rechazo adujeron ineficacia, duración prolongada del tratamiento y falta de evidencia empírica, entre otras razones. Su postura teórica se articula en torno a la creencia de que los individuos, al reconocer que sus pensamientos irracionales o distorsionados son la fuente de conflictos emocionales, pueden, asimismo, substituirlos por otros pensamientos más razonables y adaptativos. De aquí procede la denominación de terapias de reconstrucción cognitiva o racionalistas.

Ambos pioneros, Ellis y Beck, han ido enriqueciendo sus modelos en forma paralela, pero con mutuas influencias en lo técnico y en lo empírico. (Goldfried, 1996; Feixas y Miró, 1997; Mahoney 1997).

2. La tercera fuente, según Feixas y Miró (1997) incluye a varios teóricos de la terapia conductual que, al desarrollar sus modelos terapéuticos incorporaron a su discurso teórico y metodológico conceptos y prácticas cognitivas. Ello dió lugar a que se

hable de terapias “cognitivo-conductuales” en las obras previas a 1985. De acuerdo con Mahoney y Arnkoff (citados en Feixas y Miró, 1997, p.213) es Albert Bandura el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. A juicio de estos autores, la influencia de Bandura determina: “la aceptación de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos, y la postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico”.

Donald Meichenbaum, conductista en su origen, a principios de los años setentas, influido por las investigaciones de los soviéticos Luria y Vigotsky sobre el lenguaje infantil, descubrió la importancia del discurso privado de los niños y su relación con los cambios conductuales. Según este autor, “...esas autoverbalizaciones, inicialmente externas, a medida que los niños crecían llegaban paulatinamente a encubrirse formando un diálogo interno”. (cit. en Dowd, 1997, p.28). Partiendo de estas ideas, Meichenbaum pudo estructurar un programa para tratar a niños impulsivos cuyo problema radicaba en un déficit para controlar su comportamiento a través de su diálogo interno. Asimismo, desarrolló un sigestivo modelo llamado “inoculación de estrés” en tres etapas. Según Dowd (1997, p.29) los programas aludidos constituyeron el sustento empírico de su teoría de la modificación cognitivo-conductual. Esta es básicamente una teoría de la conducta. “Asume que la gente actúa primero y luego piensa y (re) conceptualiza esa conducta. El trabajo del terapeuta consiste en entrenar al cliente a darse cuenta de la conducta, a pensar sobre ésta y cambiarla, y luego reconstruir el diálogo interno sobre esta conducta”.

De los conceptos precedentes, se infiere que un sistema terapéutico es “verdadero” en tanto sea útil para el sujeto. Por tal razón, Meichenbaum, de acuerdo a Dowd (1997, p.29) “...fue un precursor de lo que se ha denominado el constructivismo”.

Como ha sido expuesto, en forma sinóptica, durante las décadas de 1960 y 1970, fue observable una especie de “boom” en las terapias de corte cognitivo, en el que confluyeron la gran fertilidad teórica y empírica de figuras como Kelly, Ellis y Beck con las innovadoras aportaciones del enfoque cognitivo conductual. (Feixas y Miró, 1997)

Las décadas siguientes han conocido notables giros conceptuales y virtuales “rupturas epistemológicas” en el panorama de la investigación y práctica de las psicoterapias. Autores como Mahoney, Guidano, Liotti, Neimeyer, Miró, etc., cuyos trabajos han contribuido de manera muy relevante a reestructurar este complejo campo, conforman un frente en el auge actual del constructivismo y las terapias cognitivas posracionalistas. (Dowd, 1997; Guidano, 1997; Mahoney, 1997).

CAPITULO V

MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN

Dada la naturaleza breve de este trabajo, se prescindirá de hacer un análisis, así sea superficial, acerca de las diversas perspectivas que existen en la compleja taxonomía sobre la depresión. Esta misma advertencia se hizo en el primer capítulo al tratar sobre el suicidio, donde sólo se abordaron las perspectivas sociológica y psicoanalítica, y en las que, aunque de forma implícita, también se hizo referencia a la depresión. La revisión se hará, como está previsto, en torno a la depresión y su relación con el suicidio desde el enfoque cognitivo-conductual y, más concretamente desde el modelo de Beck.

A) Antecedentes.

En el capítulo anterior se hizo una revisión esquemática de la psicología cognitiva, de las terapias cognitivo-conductuales y del cognitivismo como movimiento intelectual en el cual aquéllas se insertan. En este contexto, cabe señalar que, aunque todas las terapias psicológicas, independientemente de su ubicación en el espectro cognitivo-conductual,

tienden a “tratar” el mayor número de trastornos, sin embargo, también es cierto que algunas de dichas terapias psicológicas han alcanzado el rango de “clásicas” por su sólida fundamentación teórica y experimental, pero sobre todo, por su aplicación práctica a trastornos concretos.

En este trabajo, que tiene como eje central las relaciones entre la depresión y el suicidio desde la perspectiva cognitivo-conductual, se ha encontrado que el modelo conceptual de la depresión estructurado por Aaron T. Beck, y publicado en 1967, ha soportado la prueba del tiempo. Las ideas centrales del enfoque de este autor, según él mismo refiere, surgieron desde 1956, como resultado de sus investigaciones para validar algunos postulados psicoanalíticos acerca de la depresión. (Beck, 1983). Posteriormente, en 1979, con tres de sus colaboradores publicó su ya clásica “Terapia cognitiva de la depresión” que, virtualmente, se ha convertido en manual. Las aportaciones de este autor y sus discípulos sobre el suicidio, la depresión y su tratamiento desde el enfoque cognitivo-conductual, son impresionantes por su abundancia y rigor intelectual.

B) Conceptos básicos.

El descubrimiento de la relación entre la depresión unipolar, no psicótica y las cogniciones, según Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), fue el resultado de observaciones clínicas sistemáticas y experimentales. A partir de estrategias de investigación surgió el modelo cognitivo de la depresión. Este modelo postula tres estructuras teóricas interactuantes como sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los errores cognitivos en el procesamiento de la información y los esquemas.

1. Triada cognitiva. Está integrada por tres patrones de pensamiento que propician en el individuo una muy peculiar (idiosincrática) manera de juzgarse a si mismo, su mundo y el futuro.
 - a) El primer componente de la triada consiste en una autoevaluación negativa del sujeto depresivo y potencialmente suicida. Éste se considera feo, enfermo, y de poco valor. Sus experiencias las atribuye a rasgos constitucionales inherentes a su persona. Su baja autoestima autoatribuida, está ligada funcionalmente a esos pretendidos “defectos”. Piensa que la supuesta ausencia de atributos le impide ser feliz.
 - b) Al segundo componente de la triada lo caracteriza la tendencia del sujeto depresivo a dar un significado negativo a sus experiencias. Ve al mundo amenazante, hostil, demandante y con múltiples obstáculos. Interpreta sus relaciones con el medio físico y social en términos pesimistas y de frustración. El suyo es un mundo carente de gratificaciones. Estas creencias, sin embargo, no carecen totalmente de fundamento “...la conducta de los individuos suicidas con el tiempo, llega a ser desgastadora y precipita el rechazo y pérdida del apoyo de los demás” (Freeman y Reinecke, 1995, p.36). Esta idea es congruente con la hipótesis de “interacción recíproca” de Bandura, quien postula “...la conducta de una persona influye sobre otros individuos. cuyas acciones a su vez, influyen sobre la persona” (Beck y cols., 1983, p.24)
 - c) Al tercer patrón cognitivo lo distingue su visión pesimista acerca del futuro. El sujeto depresivo no hace proyectos de largo alcance o, si los hace, anticipa

obstáculos insuperables. Supone que sus penas actuales las sufrirá en el futuro. Sus expectativas de fracaso permean todos sus proyectos.

En torno a la génesis de los signos y síntomas en los trastornos neuróticos, tanto el modelo conceptual en que se apoya la terapia racional-emotiva-conductual de Ellis, el modelo cognitivo de Beck y la teoría de los constructos personales de Kelly, comparten, aunque con terminología diferente, los mismos principios básicos.

Para Ellis, p.ej., las creencias irracionales, constituyen el sustrato subyacente a las perturbaciones de las personas. Según este autor, dichas creencias son la expresión de una tendencia biológica inherente a los seres humanos y sólo parcialmente, a través de esfuerzos técnicamente guiados, es posible modificarlos.

Para Beck, los signos y síntomas de los trastornos psicológicos y en particular de la depresión, son los patrones cognitivos negativos (pensamientos automáticos, en su terminología) los responsables de su emergencia.

Por lo que respecta a Kelly, en su postulado fundamental, sintetiza su visión acerca del origen de los trastornos psicológicos. “Los procesos de una persona se canalizan psicológicamente conforme a la dirección según la cual anticipan los acontecimientos”. (Martorell, 1996, p.92). Los constructos personales de Kelly son homologables con las “cogniciones disfuncionales” de Beck y a las “ideas irracionales” de Ellis.

Según Beck y cols.(1983), existe una clara correlación entre la naturaleza de las cogniciones y el tipo de síntomas concomitantes en la depresión. De manera global, los síntomas se clasifican como: afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos o vegetativos.

2. Teoría de las distorsiones cognitivas. Distorsión, en su esencia conceptual, equivale a alteración, a cambio. Las distorsiones cognitivas o “errores” en el procesamiento de la información, tienden a ser sistemáticas (automáticas) en el pensamiento del depresivo. Estas cogniciones erróneas pueden ser positivas o negativas (Freeman y Reinecke, 1995).

Existen varias “listas” de errores del pensamiento o distorsiones cognitivas elaboradas por teóricos seguidores de Beck; sin embargo, aquí se enumeran algunas de las distorsiones más mencionadas por diversos autores:

- a) Inferencia arbitraria. Consiste en adelantar conclusiones sin darles sustento en evidencias, o contra las evidencias mismas. Esta distorsión cognitiva puede adoptar dos formas: “la lectura de la mente” y “la predicción negativa”. La primera implica que, según el sujeto depresivo, los otros deben ser capaces de “adivinar” sus pensamientos o sus deseos. No trata de verificar si sus opiniones o creencias se apoyan en la realidad. El riesgo de este tipo de distorsiones radica en que se convierten en predicciones que con frecuencia se autocumplen. El sujeto depresivo suele conseguir lo que teme.

- b) Abstracción selectiva. Se refiere a la atención que se concede a un dato tomado fuera de su contexto. Se ignoran otros datos o características valiosas de dicho contexto o situación. Se juzga el todo por la parte; lo que equivale a conceptualizar una experiencia compleja con información insuficiente. El paciente depresivo con potencial suicida que abstrae en forma selectiva, tiende de forma obsesiva a pensar que será rechazado, pese a las evidencias en contra.

- c) Generalización excesiva. Se trata de un patrón cognitivo en el que se elaboran reglas o conclusiones extraídas de hechos o situaciones aisladas y que se aplican indiscriminadamente a otras situaciones relacionadas o no relacionadas. El depresivo tiende a anticipar la repetición de un acontecimiento o experiencia. Una de las eventuales consecuencias puede ser la conducta suicida.
- d) Maximización y minimización. Constituyen formas de distorsión en las que se evalúa erróneamente la magnitud o el significado real de un evento o situación. Se da una importancia mayúscula a hechos que, en su contexto, son triviales o se resta valor y significación a otros que sí la tienen. En los sujetos depresivos se observa la tendencia a sobreestimar los eventos negativos y subestimar los positivos.
- e) Personalización. Consiste en la tendencia a autoatribuirse acontecimientos externos y darles significación personal. Esta distorsión cognitiva, en su forma extrema, se observa en sujetos paranoicos.
- f) Pensamiento absolutista o dicotómico. Responde a la tendencia a clasificar los eventos o experiencias en categorías mutuamente excluyentes: todo o nada, bueno o malo, santo o pecador. El sujeto depresivo sistemáticamente elige categorías negativas.
- g) Deberes e imperativos. Este género de distorsiones cognitivas o ideas irracionales, en el lenguaje de Ellis, consisten en la tendencia a autoasignarse responsabilidades, papeles u obligaciones en forma idiosincrática, no realista. El sujeto se impone exigencias más allá de lo posible. Si los “debes” no se cumplen

surgen los sentimientos de culpa y de minusvalía. (Beck y cols., 1983; Feixas y Miró, 1997; Freeman y Reinecke, 1995)

3. Teoría de los esquemas. La tercera estructura del modelo cognitivo está formada por los esquemas. El concepto de esquema es comparativamente más complejo y abstracto que los otros componentes del modelo cognitivo. Constituyen el núcleo cognitivo de la depresión. Se les caracteriza como patrones cognitivos estables, de naturaleza inconsciente.

Desde el punto de vista funcional, explican porqué el sujeto depresivo mantiene reiterativamente actitudes autoagresivas y contraproducentes, incluso contra las evidencias.

Según la teoría cognitiva, cuando un individuo se enfrenta a una determinada situación, el esquema es el medio utilizado para convertir los datos en cogniciones (entendidas como representaciones verbales o gráficas). De acuerdo con esta función del esquema, es éste el responsable de localizar, diferenciar y codificar los estímulos que enfrenta el individuo. Éste evalúa, categoriza y da significado a sus experiencias a través de una matriz o conjunto de esquemas. Siguiendo esta lógica, existe una correlación entre el tipo de esquemas involucrados y la forma de estructurar la realidad.

Desde el punto de vista genético y evolutivo, los esquemas, según la hipótesis del modelo cognitivo, surgen como respuesta a ciertas experiencias negativas tempranas. Dichas experiencias subjetivamente vividas como negativas o traumáticas, constituyen la base para formar conceptos también negativos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro, los cuales conforman la "triada cognitiva". Esta hipótesis genética del concepto de

esquema, como respuesta a experiencias traumáticas en etapas tempranas del desarrollo, es consistente con el concepto de “trauma infantil”, común a la tradición psicoanalítica en sus diversas versiones. Es también concordante en forma notable con las reiteradas ideas de Bowlby (1988) expuestas en sus vastas monografías sobre el desarrollo infantil.

Un esquema, concebido como patrón o estructura dinámica puede, sin embargo, mantenerse inactivo por mucho tiempo y ser activado por estímulos específicos. En los trastornos psicopatológicos como la depresión, las conceptualizaciones acerca de eventos o circunstancias que enfrenta el individuo, son distorsionadas por la intrusión de esquemas idiosincráticos e inadecuados activos.

De acuerdo con esta concepción de la teoría de los esquemas, cuando éstos se tornan más prepotentes, el individuo depresivo disminuye o pierde el control voluntario sobre sus procesos mentales y se vuelve incompetente para recurrir a esquemas adaptativos.

Beck y cols. (1983) postulan una especie de continuo en la gravedad de las depresiones y su correlación con la naturaleza adaptativa o no adaptativa de los esquemas: cuanto más idiosincráticos y desadaptativos son los esquemas, más graves son las depresiones. En cita textual: “En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos...” (Beck y cols., 1983, p.21)

Ha de enfatizarse que las distorsiones negativas sobre la realidad se perpetúan por medio de los esquemas desadaptativos y de presunciones fijas sobre la propia vida del

individuo. Como ya se apuntó en otra parte (ver supra), los esquemas son estructuras cognitivas inconscientes que mantienen el sistema de valores y los pensamientos automáticos de las personas.

Otro rasgo de los esquemas es que, siendo dinámicos e inconscientes, se organizan jerárquicamente en un equilibrio dinámico de principios abstractos acerca de uno mismo y sus relaciones con el mundo. Neisser (citado en Freeman y Reinecke, 1995, p.44) señala que “Los esquemas sirven como una representación organizada del pensamiento anterior que guía la percepción, la memoria y el procesamiento de la información cotidiana”. Los esquemas pueden ser latentes o activos. Éstos últimos controlan la vida cotidiana. Los esquemas latentes intervienen controlando el comportamiento en situaciones de estrés. Dado el carácter inconsciente de los esquemas y presunciones que se establecen en la primera infancia y se consolidan por las experiencias subsecuentes, normalmente sus contenidos específicos no son susceptibles de ser sometidos al análisis o a la crítica.

Freeman y Reinecke (1995, p.45) precisan: “Los esquemas propios están protegidos de cualquier confrontación por la actividad de las distorsiones cognitivas y por el desarrollo de creencias y presunciones flexibles.” Según ellos, la noción de esquema entraña, por su función protectora, una gran similitud con el constructo “cinturón de seguridad” de Kelly. Rosen, (citado en Freeman y Reinecke, 1995, p.45) manifiesta asimismo, que, “Una forma de conceptualizar los procesos de cambio consiste en aplicar el concepto de adaptación de Piaget con sus dos procesos interrelacionados de asimilación y acomodación”.

Ciertos individuos, según esta teoría, persisten en su apego a los patrones arcaicos sin adaptarse a las nuevas circunstancias. Es de la mayor relevancia señalar aquí que los individuos depresivos con potencial suicida, centran su interés en temas relacionados con diversas formas de vulnerabilidad como la pérdida, el abandono o la baja autoestima. Los esquemas pueden referirse a multitud de aspectos: pensamientos sobre sí mismo, a las relaciones con los otros, a la visión propia del mundo, y el futuro.

De acuerdo con Freeman y Reinecke (1995, p.48) al referirse a la hipótesis de la “especificidad cognitiva”, “...las presentaciones clínicas específicas de los pacientes, están determinadas por la naturaleza de sus esquemas y pensamientos [...] los pensamientos de los individuos depresivos se centran normalmente en temas de incapacidad personal y vulnerabilidad a la pérdida.”

Para concluir este apartado, ha de señalarse que la teoría de los esquemas se ha enriquecido en la década de 1990 por las investigaciones que ha realizado Jeffrey E. Young (cit. en Gluboski y Young, 1997) al tratar casos crónicos con el protocolo cognitivo de Beck. El enfoque de Young, quien lo llama “terapia centrada en esquemas”, es muy complejo para exponerlo aquí, pero sí puede decirse en cambio, que ofrece un promisorio futuro en el tratamiento de la psicopatología y, consecuentemente, de la depresión con potencialidad suicida.

CAPITULO VI

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

A) Enlace de la depresión con el suicidio, según el enfoque cognitivo-conductual.

Aceptando, en principio, la afirmación de que no todas las depresiones conducen al suicidio, ni todos los suicidios son resultado de la depresión, (Mendels, 1972; Menninger, 1938/1972) es necesario, sin embargo, destacar el hecho de que, según la abundante literatura procedente de diversas fuentes teóricas, existe una estrecha relación entre ambos fenómenos; p. ej. Polaino-Lorente, (1985, p.11) al referirse a la epidemiología del suicidio a nivel mundial señala que “De los mil suicidas diarios, ochocientos padecen una enfermedad depresiva”.

Asimismo, Beck y cols. (1983, p.11) al comentar la importancia terapéutica de los modernos fármacos antidepresivos, afirma: “...la tasa de suicidios que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión no ha disminuído, sino que, de hecho, ha mostrado un incremento...”. Esta correlación ha sido confirmada psicométricamente con la aplicación de escalas específicas para identificar y medir la depresión y el potencial suicida; v.gr.: el Inventario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI).

Los reactivos que constituyen estas escalas exploran ideas y sentimientos de minusvalía personal; ideas y sentimientos pesimistas acerca de las relaciones con los demás; sentimientos de desesperanza e ideas e impulsos suicidas. Exploran también la variada gama de signos y síntomas asociados con la depresión, ya mencionados en el capítulo anterior.

Freeman y Reinecke (1995, p.44), al referirse a la naturaleza de los procesos cognitivos en el suicidio, señalan que "...los individuos suicidas muestran deficiencias en su capacidad para generar y evaluar soluciones o perspectivas alternativas. Esta rigidez cognitiva se refleja en su ejecución pobre en las medidas de resolución de problemas sociales...".

La intencionalidad suicida es susceptible de inferirse de algunas conductas observables, como ciertas expresiones verbales alusivas a la muerte, de la actitud de sigilo, del súbito cumplimiento de un deseo, etc. La rumiación y el deseo de un paciente depresivo de huir de la vida puede ser tan abrumadora, que la idea del suicidio significa un alivio a su situación actual. En concordancia con esta idea, Beck y cols. (1983, p.196) puntualizan: "Es esencial que el terapeuta considere las razones que tiene el paciente para suicidarse y no descarte desdeñosamente lo que a él podrían parecerle razones triviales o irracionales". En contraposición con esta actitud, el terapeuta debe penetrar en el mundo privado del paciente y observar la realidad desde la perspectiva de éste.

El modelo cognitivo de la depresión, al postular que este síndrome entraña variadas formas de desorden del pensamiento, clasifica a éste en términos de cómo estructura la realidad: pensamiento "primitivo" y pensamiento "maduro".

Esta clasificación dual implica polarización en un continuo hipotético; en términos de normal-anormal o bien de adaptativo-no adaptativo. Según esta clasificación los individuos depresivos tienden a estructurar sus experiencias en forma muy primitiva: emiten juicios globales, extremos, categóricos y absolutistas. El depresivo reduce la realidad a unas pocas categorías. Asociada a estas cogniciones negativas, surge la respuesta emocional depresiva que, en su forma extrema, entraña el suicidio.

En contraste, el pensamiento “maduro” estructura la realidad en varias dimensiones y con criterios más relativistas. El concepto de “pensamiento primitivo”, como forma de construir la realidad en la depresión, explica por qué el depresivo se ve a sí mismo como un “perdedor”, constitucionalmente inútil y predestinado al fracaso. Estas formas extremas de autoderrota configuran lo que Beck y cols. (1983, p.27) denominan “paradojas de la depresión”. Según este autor, en la depresión se invierten muchos de los principios inherentes a la naturaleza humana: “el ‘instinto’ de supervivencia”, los impulsos sexuales, la necesidad de sueño y alimento, el principio del placer e incluso el instinto maternal”. Precisamente, la terapia cognitiva de la depresión fue concebida para resolver estas paradojas.

B) Concepto y factores de la vulnerabilidad suicida

La comprensión del concepto de vulnerabilidad al suicidio está estrechamente vinculada al concepto de “umbral de control” de los pensamientos y acciones. La premisa básica en que se apoya dicho concepto de control, sostiene que la mayoría de las personas en la mayoría de las ocasiones, tienen un gran control sobre sus pensamientos y conducta. Existe, asimismo, una relación inversamente proporcional entre vulnerabilidad

y umbral de control, es decir, cuando una persona tiene un bajo umbral de respuesta ante factores estresores, la vulnerabilidad a éstos es más elevada. Según esta teoría, (Freeman y Reinecke, 1995) cada persona posee un umbral de control y, cuando se supera dicho umbral, el sujeto pierde el control consciente voluntario y lo substituye el sistema autonómico para restablecer el equilibrio.

De acuerdo con esta línea de pensamiento, si se enfrentan condiciones que aumenten la vulnerabilidad (o que se reduzca el umbral) el individuo puede percibir como aplastantes o abrumadores estresores que en otras ocasiones le resultarían irrelevantes. Surgen entonces los pensamientos automáticos como: “valdría más estar muerto” o “la vida no tiene sentido”, etc.

Beck y cols. (1983) y Freeman y Reinecke (1995), identificaron un complejo conjunto de factores de vulnerabilidad al pensamiento suicida. Algunos de estos factores se exponen a continuación:

1. Enfermedad aguda. Potencialmente, cualquier enfermedad puede inducir vulnerabilidad al reducir el umbral de control. El esquema latente vinculado a los conceptos de dependencia, desesperanza o incapacidad personal puede ser activado por cualquier enfermedad. El efecto sobre el individuo se hace más patente en la convalecencia y consiste en aumentar las ideas suicidas.
2. Enfermedad crónica. Produce en esencia los mismos efectos que la enfermedad aguda, pero en forma más intensa.
3. Envejecimiento. Considerado como un proceso, el envejecimiento entraña deterioro en diversas dimensiones del individuo y, consecuentemente, mayor vulnerabilidad a la ideación suicida.

4. Pérdida personal. La muerte de cualquier persona con la que se hayan tenido vínculos afectivos profundos (amigo, pariente, vecino o un animal), puede funcionar como evento estresor. Otro tipo de pérdidas, como la quiebra económica o el empleo, son potenciales factores de vulnerabilidad suicida.
5. Soledad. La importancia de este factor de vulnerabilidad radica en la forma en que el sujeto vivencia o se percibe a si mismo. La soledad es una dimensión esencialmente subjetiva: soledad en el desierto o soledad en el centro de una multitud.
6. Fatiga. Con independencia de la fuente, la fatiga reduce la habilidad de las personas para manejar los estresores vitales y, consecuentemente, la depresión y los pensamientos suicidógenos.
7. Dolor crónico. De la misma forma que las enfermedades crónicas, el dolor crónico empobrece la capacidad de sobrellevar con efectividad las tensiones vitales.
8. Abuso de sustancias. Trátese de alcohol, medicinas, drogas o la nicotina, son todas sustancias potencialmente autodestructivas. El efecto desinhibitorio de la conducta y la pérdida del sentido común, asociadas al abuso de sustancias, puede favorecer la aparición de ideas e impulsos suicidas.
9. Agresividad. La conducta agresiva responde a imágenes o cogniciones asociadas con situaciones o hechos reales o imaginarios; cuando esto ocurre, el individuo pierde el control de impulsos y aumenta el riesgo de autoagresión y de agresión a los demás.

CAPITULO VII

LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN COMO RECURSO PREVENTIVO DEL SUICIDIO

A) Origen y evolución.

Hasta ahora, en este trabajo, se han revisado diversas conceptualizaciones o modelos teóricos en torno a la naturaleza, etiología y manifestaciones sintomáticas de la depresión y la conducta suicida. Con respecto a la terapia o estrategias específicas de afrontamiento, sólo se han hecho referencias tangenciales. En este capítulo se aborda la terapia aplicada a la depresión y al suicidio en la versión, básicamente cognitiva, de Beck (1983) y en el enfoque cognitivo-conductual de Freeman y Reinecke (1995).

La reformulación de la teoría etiológica de la depresión iniciada en la década de 1950 por Beck (1983), implicó una suerte de “ruptura epistemológica”, por cuanto invertía el orden de los procesos mentales tradicionalmente aceptado por los modelos psicodinámicos (Mendels, 1972); según éstos, los trastornos en el pensamiento eran un epifenómeno, una secuela asociada con el trastorno depresivo, mientras que Beck postuló los procesos cognitivos y perceptuales como antecedentes y, consecuentemente, determinantes en la génesis de la depresión. Beck ubicó en el centro de su teoría de la

depresión las distorsiones cognitivas, conocidas también como errores en el procesamiento de la información.

Partiendo de esta nueva conceptualización, este autor elaboró varias técnicas “para corregir las distorsiones cognitivas y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información de los pacientes, técnicas basadas en la aplicación de la lógica y de reglas de evidencia”. (Beck y cols.,1983, p.9).

Las técnicas aisladas, por si mismas, no constituían la terapia, sin embargo formaron el núcleo alrededor del cual se fue formando el cuerpo integrado por lo teórico y lo empírico. Como ya fue apuntado en otro apartado, la terapia de la conducta favoreció significativamente al desarrollo de la terapia cognitiva. De la misma manera, el conductismo metodológico, que da primacía a los objetivos específicos y a los procedimientos bien articulados, contribuyó de manera notable a consolidar la terapia cognitiva. Esta convergencia de ambas orientaciones se tradujo en enriquecimiento de todos los modelos cognitivos, lográndose lo que Feixas y Miró (1997, p.229) llaman “patrimonio técnico intercambiable”.

Freeman y Reinecke (1995, p.33) caracterizan a la terapia cognitiva como “un modelo psicoterapéutico a corto plazo, activo, directivo, estructurado, colaborador, psicoeducacional y dinámico [...] es uno de los muchos modelos terapéuticos cognitivo conductuales”. Esta terapia, teóricamente válida para tratar las tendencias suicidas, fue elaborada para el tratamiento de la depresión, a la que comunmente se asocian. De manera muy resumida, se expone a continuación:

B) Estructura básica.

1. Preparación del paciente para la terapia. Al iniciarse el tratamiento se enseñan al paciente las características y la base teórica de la terapia y el plan general del tratamiento. El terapeuta ha de enfatizar ante el paciente las relaciones funcionales entre pensamientos, sentimientos y comportamiento. Después de explicar el fundamento teórico de la terapia y el proceso del tratamiento, se entrega al paciente el manual “Cómo enfrentar la depresión”, que contiene en forma ampliada la información transmitida verbalmente. La función didáctica del terapeuta es un rasgo central de este modelo. El objetivo es lograr en el paciente la participación activa en el tratamiento, a través de la comprensión y aceptación de sus fundamentos. A esta mutua relación en el trabajo terapéutico Beck y cols. (1983, p.15) le llaman “empirismo colaborativo”.
2. Fluctuaciones en la intensidad de la depresión. Transmitir al paciente ideas realistas acerca del proceso terapéutico, puesto que algunos pacientes abrigan expectativas de mejoría milagrosas. Las expectativas de mejoría son esenciales para la evolución positiva del síndrome, siempre que se correspondan con los datos de la realidad.
3. Formulación del plan de trabajo para cada sesión. Dos objetivos centrales de la terapia cognitiva son: eliminar los síntomas de la depresión y prevenir las recaídas. Para alcanzar estos objetivos, se entrena al paciente a: 1º identificar y modificar sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada, y 2º reconocer y cambiar los patrones cognitivos que generan dichas ideas y conductas desadaptativas.

4. Elaborar la agenda al inicio de la sesión. El terapeuta actúa como guía experto. En mutua colaboración se propondrán y discutirán los temas a tratar, incluyendo un resumen de las experiencias del paciente. Los temas específicos deben formularse en forma concreta y clara. Se debe atender a los problemas que perturban al paciente en el “aquí y ahora”. Emplear técnicas conductuales con los pacientes más deprimidos. Conforme disminuye el cuadro sintomático se emplean técnicas más cognitivas que implican mayor atención y razonamiento abstracto. Debe examinarse el Registro diario de pensamientos distorsionados (“tarea de casa”, esencial en esta terapia) para identificar posibles pensamientos recurrentes de suicidio o desesperanza.
5. Formular y verificar hipótesis. Se formulan hipótesis que tienen como base las respuestas del paciente a preguntas específicas del terapeuta. Los datos de las hipótesis fluyen como resultado de una secuencia lógica de preguntas. Cuando la hipótesis se juzga razonable debe “probarla” en el paciente. Esta práctica en la sesión se hará extensiva a la vida cotidiana, donde el paciente hará “experimentos”
6. Elicitación de “feedback” del paciente. La alianza terapéutica entre clínico y paciente involucra un esfuerzo conjunto para identificar y evaluar cogniciones disfuncionales, para formular hipótesis y exponerlas a la prueba de la realidad. El “feedback” (retroalimentación) juega un papel central cuando los pacientes interpretan en forma distorsionada las afirmaciones y preguntas del terapeuta.
7. Resúmenes intercalados. Realizar síntesis en ciertos momentos de la sesión es una forma de provocar “feedback” en el paciente. También se pide a éste un

resumen sobre lo que cree que se le comunicó por el clínico. Este procedimiento es útil para saber si ambos están “sintonizados en la misma frecuencia”.

8. Participación de personas significativas. La presencia participativa de un paciente o amigo puede favorecer el efecto terapéutico de una sesión. Las entrevistas con las personas significativas pueden proporcionar información sobre posibles conflictos o tensiones entre dichas personas y el paciente. (Beck y cols., 1983)

C) Evaluación multimodal de la depresión y el riesgo suicida.

Virtualmente todos los autores que abordan el tema de la depresión y la conducta suicida, destacan el valor de la evaluación de las personas, previa a cualquier intervención formal de tratamiento. (Beck y cols, 1983; Mendels, 1972).

Freeman y Reincecke (1995) sugieren cuatro formas par evaluar la depresion y el riesgo suicida: el autoinforme del paciente, el informe de los “otros significativos”, las entrevistas y observaciones del terapeuta y los datos de pruebas objetivas.

Una evaluación desde diversos ángulos proporciona, según los autores señalados, “una idea más clara de las preocupaciones del paciente y permite una evaluación más precisa del riesgo suicida” (p.57)

1. Autoinforme. Puede adoptar varias formas:

- a) Ciertos pacientes manifiestan depresión severa pero no hacen referencia a la desolación que la acompaña.
- b) Otros pacientes expresan la depresión a través de términos equivalentes como desinflado, triste, apachurrado. Estas formas coloquiales deben ser redefinidas porque pueden ser maneras de evitar alusiones a la desesperanza.

- c) Otro grupo de pacientes manifiesta ánimo depresivo pero niega explícitamente ideación suicida.
- d) Un cuarto grupo identificará y reconocerá abiertamente la desesperación y los pensamientos suicidas con o sin afecto depresivo.
- e) Finalmente, otro grupo solicita ayuda contra el flujo de pensamientos autodestructivos.

Las expresiones de cualquiera de estos pacientes deben ser modificadas en forma inmediata; las descripciones vagas y generales transformadas en afirmaciones específicas. Los pensamientos difusos e imprecisos se deben operativizar en expresiones concretas y comprensibles.

A esta forma relativamente inestructurada pero muy valiosa para describir los conflictos y preocupaciones, se suman procedimientos más técnicos y estructurados como las escalas de autoinforme de síntomas de depresión y desesperación suicida. Dichas escalas miden la intensidad de la disforia, la desesperanza, la ideación e intenciones suicidas del paciente.

Aunque en los últimos años se han elaborado y usado múltiples escalas de autoinforme para identificar y medir la depresión y las tendencias al suicidio, aquí se describirán en forma resumida dos de ellas: El Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961 y la Escala de Desesperanza (HS) elaborada por Beck, Weissman, Lester y Trexler en 1975.

El Inventario de Depresión de Beck es el más aplicado e investigado. Consiste en una escala de 21 reactivos, surgida de la observación clínica sobre los sentimientos, conductas y síntomas en los pacientes clínicamente deprimidos. Los reactivos se puntúan

de 0 a 3, según la intensidad de la depresión. Los contenidos evaluados son: Estado de ánimo, síntomas somáticos, pensamiento depresivo e ideación suicida.

La Escala de Desesperanza (HS) permite evaluar los pensamientos de pesimismo e indefensión. Según Freeman y Reinecke (1995, p.59) “Una evaluación del pesimismo puede ser útil desde el punto de vista clínico porque está muy asociado al riesgo de suicidio”. Es una escala de 20 reactivos, a los cuales el paciente elige como verdaderos o falsos. Estos reactivos fueron escogidos de un test de actitudes hacia el futuro y de una lista de afirmaciones pesimistas realizado por pacientes psiquiátricos. Freeman y Reinecke (1995) manifiestan que aunque esta escala es un predictor muy efectivo, los positivos falsos producen un descenso en la media de la conducta suicida; de cualquier forma, esta escala continúa siendo un instrumento de evaluación muy valiosa para predecir las ideaciones y conductas suicidas, estrechamente ligadas al nivel de desesperación.

Beck, Kovacs y Weissman (citados en Freeman y Reinecke, 1995, p.61) afirman que en un estudio realizado entre 384 pacientes hospitalizados, “la desesperación implicaba el 76% de la asociación entre la depresión y el intento de suicidio” entre dichos pacientes. Beck y cols. (1983) afirman que la desesperanza considerada desde la perspectiva cognitiva, constituye un rasgo central de la depresión y es el enlace entre ésta y el suicidio. “Cuando las personas depresivas son incapaces de ver soluciones alternativas a los problemas serios y sienten que el apuro cotidiano requiere una solución inmediata, llegan a considerar el suicidio como una solución viable” (Freeman y Reinecke, 1995,p.61). Dada la importancia de la desesperanza como factor suicidógeno, su evaluación correcta es imprescindible.

2. Información de los “otros significativos”. La información biográfica referente a la cronicidad del pensamiento y conducta suicida, puede ser proporcionada por los “otros significativos” (familiares, amigos, compañeros, etc.). Las entrevistas con los miembros familiares proporcionan información acerca de la naturaleza de las relaciones intrafamiliares; acerca de los probables estresores y del apoyo social que percibe el paciente. Las crisis suicidas suelen precipitarse o empeoran cuando surgen conflictos con los miembros de la familia. Es muy revelador cuando en las entrevistas los miembros adoptan actitudes de indiferencia o incluso desdén. En estos casos, no sorprende que aumente el riesgo suicida en el paciente. El riesgo se acentúa cuando la familia minimiza o niega la seriedad de un intento suicida. “No es extraño, p. ej., a los miembros de la familia comentar que el paciente trataba ‘sólo de ganar nuestra atención’. Esta tendencia a minimizar la gravedad de la situación puede indicar dificultades interpersonales severas dentro del seno familiar o simplemente esfuerzos para manejar la crisis”. (Freeman y Reinecke, 1995, p.65).

La entrevista familiar permite también detectar otros factores de riesgo: p. ej., los antecedentes psicopatológicos, suicidios consumados o intentos de suicidio en otros miembros de la familia. La familia puede ser un extraordinario soporte psicosocial para el paciente, pero también si el paciente regresa a un clima psicológicamente aversivo, donde se precipitó la crisis, el riesgo permanece activo o se incrementa. (Beck y cols., 1983 y Freeman y Reinecke, 1995).

3. Entrevista clínica. Dentro de la tradición clínica, la entrevista constituye el recurso

técnico más utilizado. Es esencial para lograr la conceptualización del cuadro clínico del paciente y en la planificación del tratamiento. A través de la entrevista se exploran e identifican diversos componentes de la depresión y las tendencias suicidas, así como los acostumbrados estilos conductuales del paciente. Una secuencia lógica de la entrevista involucra los siguientes puntos a explorar:

- a) Las razones del paciente para la ideación o el intento suicida
- b) Reconocer un probable trastorno psiquiátrico
- c) Si se percibe a si mismo como clínicamente ansioso, depresivo, agitado u hostil.
- d) Identificar factores personales o situacionales precipitantes de la crisis
- e) Explorar e identificar recursos personales o soportes sociales que el paciente tiene a su disposición: familia, amigos, compañeros de trabajo o profesionales.
- f) Posibilidades personales adaptativas ante situaciones de estrés
- g) Actitud acostumbrada ante la vida y la muerte
- h) Si puede generar y analizar soluciones alternativas. Explorar si su estilo cognitivo es flexible y adaptativo o rígido y absolutista.

De acuerdo con el contenido de la información obtenida durante la entrevista con el paciente, podemos identificar y evaluar los problemas que lo abruman, los sucesos estresores precipitantes y la psicodinamia de su vida familiar (Freeman y Reinecke, 1995).

4. Pruebas objetivas. Las pruebas estructuradas y estandarizadas tienen una larga tradición como instrumentos para identificar y medir la depresión, así como estimar el riesgo suicida. Sin embargo Freeman y Reinecke (1995, p.69) después de revisar la literatura sobre la evaluación del riesgo de suicidio, señalan que "...los tests psicológicos

tradicionales como el Rorschach, Bender Gestalt, Test de frustración de Rosensweig [...] pueden ser menos exactos como predictores del riesgo de suicidio que las medidas específicamente diseñadas para evaluar las ideaciones suicidas”.

En este contexto de revisión, sólo se hará un breve resumen de dos de las escalas específicas más utilizadas para evaluar la ideación y el intento de suicidio.

a) Escala de Ideaciones Suicidas (SSI). Esta escala, elaborada por Beck, Schuyler y Herman en 1974 (cit. en Freeman y Reinecke, 1995, p.69), dirige su interés a la identificación de los pensamientos sobre el suicidio. Mide la intensidad de los pensamientos e impulsos suicidas. Se administra como una entrevista semi-estructurada. Es clínicamente muy útil para conocer el desarrollo o esbozo del plan suicida del paciente, la disponibilidad de medios y el ocultamiento de sus sentimientos hacia los demás. En la revisión de la literatura que sobre la predicción del suicidio realizaron Waters, Sendhuehler, Kincl, Boodoing y Marchenko (citados en Freeman y Reinecke, 1995, p.69) encontraron que “...el mejor indicador del riesgo de suicidio sigue siendo la afirmación del paciente del intento de suicidio. La seriedad de este intento se asocia generalmente con el grado de preparación y planificación voluntaria”.

b) Escala de Intento de Suicidio (SIS). También elaborada por Beck, Schuyler y Herman en 1974, (cit. en Freeman y Reinecke, 1995, p.69) a través de este instrumento psicométrico se realiza una evaluación directa del intento suicida. (Freeman y Reinecke, 1995). Es útil para identificar y medir la gravedad de los pensamientos en torno a la mortalidad del plan o intento suicida. Es también un

predictor de riesgos de intentos futuros.

Para concluir este apartado relativo a la evaluación del síndrome depresivo y la conducta suicida, es necesario destacar el valor estratégico de un diagnóstico exacto, ya que de la naturaleza de éste se deriva el plan de manejo terapéutico futuro.

CAPITULO VIII

DE LA CONCEPTUALIZACIÓN A LA INTERVENCIÓN ANTE EL RIESGO SUICIDA

A) Conceptos generales.

La intervención terapéutica ante el riesgo de suicidio entraña una secuencia lógica de procesos o pasos que se inician con la evaluación global. A partir de ésta, y durante el proceso mismo de evaluación, el clínico empieza a conceptualizar los problemas del paciente. La conceptualización equivale a la comprensión, por parte del terapeuta, de los problemas desde la perspectiva del propio paciente, desde su marco de referencia teórico. La conceptualización del riesgo suicida en la terapia cognitivo-conductual va más allá del escueto diagnóstico nosológico tradicional. El terapeuta de esta orientación debe desplegar un gran esfuerzo e ingenio para entrar en el mundo fenomenológico del paciente, en su propio “paradigma personal”. (Beck y cols., 1983)

Aunque ya desde la primera entrevista evaluatoria se puede hablar de “efectos terapéuticos” de la relación clínico-paciente, según autores que han revisado la literatura sobre el proceso terapéutico (Frank, 1988; Ellis, 1997). La intervención terapéutica

formal implica un plan que, aunque flexible, ha de tener una estructura lógica para el paciente y en el que éste haya participado de forma activa.

Beck y cols. (1983) recomiendan que ya desde la primera sesión el terapeuta debe reconocer y abordar explícitamente las tendencias suicidas. Las razones aducidas por el paciente son la piedra angular para la intervención terapéutica. Los motivos que exponen los pacientes son clasificables en categorías. Algunos de ellos, a través de diversas fórmulas verbales manifiestan el deseo de escapar de la vida. La desesperanza es el sello que identifica a este grupo. Otros pacientes afirman, después de un intento fallido, que jugaban con la muerte teniendo como propósito algún cambio en las relaciones interpersonales con algún "otro significativo" (cónyuge, padre, hermano, etc.); resolver algún problema ambiental, o bien, determinar un período de hospitalización como forma de evadir la realidad intolerable para él.

Una combinación de diversas categorías es muy frecuente. Beck y cols., (1983,p.193) observan: "Con frecuencia hemos observado una combinación de varios de estos motivos, por ejemplo, huida del ambiente y manipulación de personas. Cuando el motivo es principalmente manipulativo, el intento de suicidio suele ser menos grave que cuando el objetivo que se persigue es huir de la vida". Tanto Beck y cols. (1983) como Freeman y Reinecke (1995) son muy categóricos, al proponer algunas medidas y recomendaciones acerca del manejo del paciente con intencionalidad suicida manifiesta y el evidente riesgo asociado: una estrategia usada para hacer que el paciente aplace el suicidio consiste en involucrarlo activamente en el proceso terapéutico de manera que le permita "resistir" y mantenerse expectante sobre la evolución del tratamiento. Estrategias de esta índole requieren de una gran destreza y sensibilidad clínica para lograr la alianza

terapéutica. Es improcedente y poco realista que el terapeuta trate de obtener del paciente una promesa o “contrato” de no suicidarse “nunca”; en cambio, es de gran valor una promesa o “contrato” de una o dos semanas, si se atiende a la gravedad del caso. Es igualmente valiosa la estrategia en la cual se ponen en balance las “razones para morir” y las “razones para vivir”. El subsiguiente análisis de las razones expuestas en forma de “disputa racional”, según expresión de Ellis, es determinante. En este proceso de análisis es crucial que el terapeuta, al exponer los aspectos positivos del paciente y su vida, no promueva en éste una actitud negativa al suponer que se trata de “disuadirle” del suicidio.

Esta estrategia terapéutica, en la que se analizan las razones “para vivir” y las “razones para morir”, debe adoptar un claro matiz empírico, al proponerle el clínico que someta a un análisis comparativo y racional las razones en balance.

Es igualmente esencial que el terapeuta evalúe, penetrando en el mundo interno del paciente, las razones que tiene para suicidarse y que no las juzgue frívolas e irrelevantes. También se ha de evitar la fraseología ligera o paradójica como “Muy bien, si quiere suicidarse, adelante, hágalo” (Beck y cols., 1985, p.196).

La conceptualización busca la correspondencia entre las “realidades” percibidas del paciente, sus conflictos internos y la comprensión que de éstos tenga el terapeuta. La conceptualización implica, entonces, elaborar “hipótesis de trabajo” sobre los esquemas subyacentes que operan en el paciente, y que son obtenidos a través de los recursos de evaluación antes mencionados. Las hipótesis son susceptibles de modificación, sobre todo las iniciales. Pueden proponerse en forma de preguntas y ser compartidas con el paciente. Se han de evitar las interpretaciones del pensamiento y de las acciones del paciente como atribuibles a la conducta suicida. “Manifestar las hipótesis a modo de

interpretaciones tiene el riesgo de que el terapeuta ‘lea la mente’, los pensamientos e intenciones de paciente” (Freeman y Reinecke, 1985, p.78)

B) Evaluación del pensamiento disfuncional.

El pensamiento disfuncional, inherente a la ideación, intencionalidad e intentos suicidas (dimensiones comunmente asociadas a la depresión), constituyen el foco de mayor atención del terapeuta cognitivo-conductual (Freeman y Reinecke, 1995).

Algunas pautas generales de exploración del pensamiento y la conducta disfuncional se exponen en seguida.

La autoconsonancia del sistema de creencias del paciente constituye el factor determinante del pensamiento disfuncional. Este concepto (la autoconsonancia del sistema de creencias), se identifica con el “yo mismo”, lo cual implica que, si un paciente es abordado en uno de sus síntomas del sistema, reacciona con ansiedad porque afecta la integridad de su “yo mismo”: su sintomatología es su “yo mismo”.

Cuando el terapeuta le pide que se enfrente a sus creencias disfuncionales, le enfrenta a su mismo ser, y ese enfrentamiento representa una amenaza, por lo cual responde defensivamente. Freeman y Reinecke (1995, p.78) sugieren que “...cualquier desafío a si mismo debe ser el resultado de un descubrimiento guiado y cauteloso basado en la colaboración y no en una postura confrontativa, opositiva directa”.

El pensamiento disfuncional es susceptible de ser identificado si se ponen en juego los diversos recursos combinados de una estrecha alianza terapéutica entre terapeuta y paciente y los recursos técnicos cognitivo-conductuales. Implica, p.ej., enseñar al paciente a identificar los pensamientos automáticos que surgen bajo

condiciones de estrés; lograr que reconozca la relación causal entre estos pensamientos, las emociones y el comportamiento. Un ejemplo ilustrativo de tales pensamientos negativos, son los autorreproches, característicos en el depresivo. A estos autorreproches, que son con frecuencia intrusivos e inexorables, y por tanto son automáticos, el paciente puede responder con efectividad. A través de técnicas de autoobservación el paciente reconoce los pensamientos disfuncionales. Esto se puede iniciar durante las primeras sesiones; una vez aprendido el mecanismo de identificación y respuesta adaptativa a los pensamientos automáticos, se le proporciona un formato específico para que, en forma cotidiana y en cualquier lugar, registre dichos pensamientos. Este formato, denominado Registro de Pensamientos Disfuncionales (DTR) es de fácil y preciso manejo y constituye una “tarea de casa” que ha de revisarse conjuntamente en la próxima sesión (Freeman y Reinecke, 1995).

El propósito central del uso de este registro no es el mero llenado con anotaciones personales, sino el aprendizaje de una forma sistemática para pensar y examinar la realidad. El proceso de enseñanza- aprendizaje efectivo de esta técnica es crucial para la buena marcha del tratamiento. Si se enseña al paciente cómo fragmentar en unidades comprensibles los pensamientos, responderá más adaptativamente. Esta técnica de análisis y discusión de los pensamientos disfuncionales es esencialmente cognitiva.

C) Aplicación de técnicas cognitivas y conductuales.

La evaluación conjunta e interactiva entre terapeuta y paciente, y la consecuente formulación de una estrategia general de trabajo terapéutico, ha de vincularse con la aplicación de diversas técnicas y destrezas. Por otra parte, la terapia cognitiva no es

sinónimo de una aplicación estereotipada de un “set” de técnicas, sino la selección y adaptación flexible de éstas a cada caso, y siempre dictada por la previa conceptualización. (Freeman y Reinecke, 1995).

En consonancia con este concepto de adaptabilidad funcional de los recursos técnicos a las características de los casos concretos, el terapeuta dispone de un amplio repertorio de tales técnicas, producto del trabajo sincrónico entre teoría, investigación empírica y experiencia clínica.

Aunque no existen fórmulas precisas para la elección de las técnicas o para una combinación óptima de las mismas, sí existen pautas básicas o criterios para hacer la elección ajustada a la evolución del tratamiento. Por ej.: Freeman y Reinecke (1995, p.101) sugieren “...con los pacientes más depresivos o vegetativos el enfoque terapéutico deberá ser más cognitivo-conductual, siendo conductuales las intervenciones iniciales, [...] Es discutible el punto exacto de la delimitación entre cognición y conducta, incluso, la cognición puede considerarse como un tipo de conducta.”

En las intervenciones conductuales de inicio se debe hacer una elección de técnicas que involucren actividades sencillas, atractivas y no estresantes; que tengan una meta y un significado o centro de interés definidos.

La aplicación de las técnicas cognitivas permiten entrar en la organización cognitiva del paciente, desde la perspectiva del modelo de la depresión.

Las intervenciones conductuales son recomendables para conseguir un impacto inmediato cuando se trata de pacientes depresivos de alto riesgo suicida y cuyo estado psicológico le impida ejercer en forma adecuada las funciones del pensamiento abstracto. Una vez que estas funciones se restablecen es posible aplicar técnicas cognitivas.

En el siguiente apartado se presenta una selección de algunas de las técnicas más utilizadas en la intervención terapéutica con los pacientes depresivos de alto riesgo suicida. Esta presentación es una forma abreviada y en paráfrasis de las técnicas expuestas. Es asimismo una ilustración acerca de su naturaleza y funciones en la terapia cognitivo-conductual aplicada al suicidio.

1. Técnicas cognitivas.

- a) Comprensión del significado idiosincrático. Básicamente consiste en investigar el significado que para el paciente tienen sus propias verbalizaciones, puesto que las mismas palabras pueden tener diversos significados para diferentes personas. Es necesario, entonces, preguntar en forma directa sobre el significado que atribuye a ciertos términos o expresiones.
- b) Cuestionar las pruebas. Es una confrontación entre el pensamiento disfuncional y las pruebas de que dispone el paciente. Esta técnica se apoya en la teoría de que, si las personas prestan atención selectiva a los hechos que confirman sus creencias, es posible también modificar dichas creencias enseñándolas a cuestionar sus pruebas.
- c) Reatribución. Es útil para distribuir más realísticamente la responsabilidad en los conflictos interpersonales, como en el divorcio o separación. Algunos pacientes tienden a autoinculparse desproporcionadamente ante un suceso mínimamente atribuible a ellos. Otros, en cambio, tienden a atribuir a otros la responsabilidad o la culpa y ellos se excluyen totalmente. Con esta técnica, el terapeuta ayuda al

paciente a reatribuir más equitativamente la responsabilidad y a que no se sienta culpable.

- d) Examen de opciones alternativas. Característicamente los pacientes suicidas creen haber perdido todas las opciones, o que aquellas con las cuales cuentan carecen de valor; por lo cual la opción de la muerte es más fácil. Si el terapeuta confronta al paciente con la posición de que el suicidio es equívoco, reprobable o como una opción errónea, se arriesga al rechazo. Paradójicamente esta actitud “protectora” puede generar conflicto e inclinar más al paciente hacia el suicidio.
- e) Asociación guiada. También llamada “descubrimiento guiado”, esta técnica ayuda al paciente a examinar el significado que atribuye a los hechos. Usada por el terapeuta, esta técnica contrasta con la asociación libre, técnica esencial del psicoanálisis. En la asociación guiada el terapeuta proporciona al paciente las conjunciones o enlaces lógicos a las frases del paciente. Por ej. “¿Y entonces qué?”, “¿Dispones de alguna prueba para confirmarlo?”. Esto implica una colaboración terapeuta-paciente, donde éste puede conectar pensamientos, representaciones e imágenes. Ayuda también a identificar presunciones o esquemas subyacentes.
- f) Graduación. Es de gran utilidad en los pacientes que clasifican las cosas en forma dicotómica. Esta técnica permite al paciente analizar las experiencias en perspectiva porque las ubica en un continuo, y no en forma polarizada y antagónica. Puesto que el paciente suicida mantiene cogniciones y conductas extremas y absolutistas, los cambios dados hacia el centro del continuo son muy útiles.

g) Bloqueo de pensamientos. Por analogía, los pensamientos disfuncionales operan como una bola de nieve sobre las personas depresivas: un problema por insignificante que sea, si se lo deja rodar en la pendiente del pensamiento disfuncional, se convierte en un problema abrumador. Esta técnica ayuda a detener los pensamientos disfuncionales en forma oportuna y enérgica. El paciente la puede utilizar imaginando, cuando irrumpa el pensamiento disfuncional, una figura o símbolo que represente ¡alto!. Tiene valor aversivo y de distracción.

2. Técnicas conductuales.

a) Programación de actividades. La inactividad física, social e intelectual de los pacientes de alta vulnerabilidad suicida, incrementa abrumadoramente los pensamientos pesimistas. Estas cogniciones autoderrotistas refuerzan o “justifican” la inercia y con ello se establece un círculo vicioso. La ruptura de esta influencia circular depresógena y de alta vulnerabilidad suicida, se puede lograr programando en colaboración estrecha con el paciente, ciertas actividades. La técnica de planificar el tiempo de manera que virtualmente no tenga espacios de ocio, le impedirá regresar a la inmovilidad y al aislamiento. El terapeuta expone al paciente el fundamento teórico tanto de las técnicas cognitivas como de las conductuales. La ejecución de tareas conductuales genera cambios en la esfera cognitiva, así como la práctica de técnicas cognitivas provoca cambios en el comportamiento.

b) Asignación de tareas graduales. Esta técnica se basa en el supuesto de que el paciente está convencido de su incapacidad para ejercer control sobre el ambiente, y que esta percepción distorsionada de su potencial aumenta su sentimiento de indefensión y minusvalía. La asignación de tareas graduales se subdivide en etapas secuenciales:

- Definición del problema.
- Observación inmediata y directa por parte del paciente de su avance cuando alcanza un objetivo.
- Eliminación de las dudas del paciente y de la tendencia a minimizar sus éxitos.
- Estimulación al paciente para que evalúe en forma realista.
- Enfatizar que es el propio paciente quien alcanza el objetivo por su esfuerzo y capacidad.
- Asignación de tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente. Se le debe formular la asignación de tareas de tal forma que se elimine la posibilidad de un fracaso.

c) Tareas para casa. Consiste esta técnica en la asignación de actividades para realizar en casa. Pueden iniciarse después de la primera sesión. El paciente produce algo sencillo pero objetivo y medible. Según la experiencia, los pacientes que más tareas de autoayuda realizan, mejoran más pronto su cuadro depresivo y disminuye consecuentemente su desesperanza e ideación suicida. Las tareas en el paciente suicida deberán ser graduadas en su nivel de complejidad. Se revisan y comentan sistemáticamente en la siguiente sesión.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

La terminación de la terapia ha de ser el resultado de un análisis colaborativo terapeuta-paciente de los logros alcanzados. Debe concluir con un programa que implique la reducción de las sesiones y no la suspensión abrupta. Con esta estrategia se pretende que el paciente continúe practicando la “autoterapia” mucho tiempo después de la finalización formal. El terapeuta, por otra parte, ha de transmitirle al paciente su disposición de apoyo técnico, si éste percibe la necesidad.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

Consideraciones acerca del estatus actual de la teoría y la terapia cognitivo-conductual aplicada al suicidio.

Acordes con la complejidad de la conducta suicida, teóricos de diversas perspectivas científicas y filosóficas han desplegado grandes esfuerzos e ingenio para entenderla y prevenirla. Tanto la conducta suicida como la depresión, al asumir múltiples formas, se distribuyen en un amplio rango de riesgos: desde las manifestaciones indirectas y “subclínicas”, hasta los actos intencionados más abruptos y dramáticos.

Esta naturaleza huidiza y multiforme del suicidio explica porqué no se lo considera como un síndrome o enfermedad en el sentido nosológico tradicional del modelo médico, y haya desafiado persistentemente los empeños por conceptualizarlo y prevenirlo.

De acuerdo con esta premisa, no siendo una “enfermedad”, tampoco es aplicable el concepto de “cura”. (Menninger, 1938/1972; Farberow y Shneidman, 1969)

Pero si bien el suicidio no es “curable” en forma directa, si es teóricamente susceptible de ser prevenido, si se incide adecuada y oportunamente en sus variables determinantes, reconocidas como factores de riesgo.

Por analogía con una enfermedad, en lugar de síntomas podemos, entonces, hablar de factores de riesgo para explicar la vulnerabilidad suicida. De esta forma, gran parte del trabajo teórico, de investigación empírica y de práctica clínica que han desplegado científicos de las diversas perspectivas y modelos clínicos analizados, ha tenido como tarea cardinal la identificación de dichos factores.

La depresión, considerada como una variable decisiva en la jerarquía de factores suicidógenos, ha sido el objetivo común, tanto en la investigación como en la terapia en sus diversas modalidades.

Aunque la historia del suicidio y sus relaciones con la depresión, se remonta al origen mismo de la medicina hipocrática, bajo el concepto humoral de melancolía, es sólo hasta los años 50 de este siglo, con la aparición de los fármacos antidepresivos, que se dispone de un método de efectos terapéuticos dramáticos en los trastornos afectivos.

En la misma década, trabajando en otro frente, pero con el mismo objetivo, surgieron los enfoques psicológicos de carácter cognitivo y cognitivo-conductual, ya reseñados, que no sólo conceptualizaron la depresión y su potencial suicidógeno, sino que estructuraron estrategias y técnicas terapéuticas específicas de efectividad empíricamente demostrables. Para demostrar esta aserción, Hollon y Beck (cit. en Clark y Beck, 1997, p.10) puntualizan: "...se ha investigado, mediante ensayos clínicos controlados, la eficacia del tratamiento cognitivo con varios estudios que desmantelaban el tratamiento intentando delinear los ingredientes activos de la terapia."

Estos mismos autores, pero ahora citados por Meichenbaum (1997, p.149) en una investigación cuyo objetivo era conocer los efectos de la terapia cognitiva en los depresivos, concluyeron que "los pacientes en remisión tratados con la terapia cognitiva

mostraron un índice de recaídas del 26% versus un 64% de recaídas para aquellos que se trataban con farmacoterapia”.

En otro estudio, Thass, Simons, Calahone y Mc Geary (cit. en Meichenbaum, 1997, p.149) reportaron que “los resultados de seguimiento a un año indicaban que en pacientes deprimidos tratados con la terapia cognitiva, la tasa de recaídas se redujo a un 30%, mientras que las recaídas en pacientes deprimidos tratados con farmacoterapia eran de 70%.”

Por lo que respecta a la evolución de las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales, todas, desde su aparición en los años 50, han experimentado notables cambios, tanto en sus bases conceptuales como en sus estrategias de aplicación. Es obvio que las influencias mutuas, inevitables y necesarias las ha enriquecido. Un ejemplo ilustrativo de estos cambios lo expone Ellis (19** , p.94) cuando afirma “...originalmente la TREC siguió la postura del positivismo lógico sosteniendo que se puede comprobar empíricamente la falsedad de las Creencias Irracionales y validarse las Creencias Racionales y sus consecuencias. Abandoné esta postura en los años 70, y en la actualidad soy en algún sentido un construccionista y postmodernista.”

En reciente revisión sobre la terapia cognitiva, Robins y Hayes (1997) concluyen que este modelo al ser un sistema abierto, ha incorporado conceptos y técnicas de otras orientaciones a fin de estar a la altura de las exigencias clínicas y para dar respuesta a los interrogantes teóricos y empíricos. La terapia cognitiva ha expandido progresivamente su aplicación hacia las disfunciones en las relaciones interpersonales y los trastornos de la personalidad. Por otra parte, estos mismos autores, al referirse al proceso de cambio

propio de este modelo, señalan que es necesario investigar para quiénes funciona y porqué no funciona. En palabras textuales señalan:

...la investigación sobre el proceso de la terapia está aún en su más tierna infancia; es necesario continuar con la experimentación a fin de poder identificar los ingredientes de la TC, los mecanismos de cambio en el paciente y la interacción entre los componentes de la terapia y las variables del paciente. (Robins y Hayes, 1997, p.79).

En concordancia con este razonamiento acerca del “estado de la cuestión”, tanto de la teoría como de la terapia cognitivo-conductual aplicadas al suicidio, se puede afirmar que, pese a las numerosas y sólidas aportaciones alcanzadas hasta ahora, los interrogantes, dudas e incertidumbres inherentes al avance del conocimiento, constituyen un reto al esfuerzo, al ingenio y a la creatividad de los psicólogos de esta perspectiva.

En tono de pronóstico, Freeman y Reinecke (1995) señalan que el manejo terapéutico de los pacientes depresivos con potencial suicida será fuente de estrés e irritación para los clínicos, en virtud de las implicaciones radicales de vida o muerte del acto suicida, por lo cual “necesitarán manejar sus propios pensamientos disfuncionales que alimentan su estrés y ansiedad o depresión y desesperanza.” (p.192).

En suma, siendo más numerosos y difíciles los interrogantes acerca de la depresión y el suicidio que las respuestas ofrecidas hasta el momento por la perspectiva cognitivo-conductual, se precisa de mayor investigación, práctica clínica y validación empírica para elaborar técnicas y estrategias terapéuticas más diferenciadas y susceptibles de aplicarse con mayor refinamiento a la gran variedad de las “caras” de la depresión y la conducta suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artasánchez Franco, S.A. (1999). Factores de riesgo para la ideación suicida: Análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza. Tesis inédita. Maestría en Psicología clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983) Terapia cognitiva de la depresión. (3a ed) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., Gutiérrez R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Revista de Salud Pública de México, 38, 3, 197-206.
- Boulby, John. (1998). El papel de la experiencia de la infancia en el trastorno cognitivo. En M.J. Mahoney y A. Freeman. (Comps.) Cognición y Psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Bruner, J. (1992). Actos de significado. Madrid: Alianza Editorial.
- Caro Gabalda, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: Modelos básicos. En I. Caro Gabalda (Comp.). Manual de Psicoterapias cognitivas, (pp. 37-52). Barcelona: Paidós.
- Caro Gabalda, I. (Comp.). (1997) Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.
- Clark, D.A. y Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro Gabalda (Comp.). Manual de psicoterapias cognitivas. (pp.119-129). Barcelona: Paidós.

- Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio: Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Dowd, F.T. (1997). La evolución de la terapias cognitivas. En I. Caro Gabalda. (Comp.). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.
- Durkheim, E. (1985). Las reglas del método sociológico. México: Premiá.
- Durkheim, E. (1990). El suicidio (3a. ed.). México: Premiá. (Trabajo publicado originalmente en 1897).
- Ellis, A. (1997). El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva-conductual. En I. Caro Gabalda (Comp.). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1997). Manual de terapia racional-emotiva. (7a. ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Epicteto. (1975). Manual y Máximas. México: Porrúa. (Obra originalmente publicada en fecha no precisada).
- Everstine, S.D. y Everstine, L. (1992). Personas en crisis: Intervenciones terapéuticas estratégicas. México: Pax-México.
- Estruch, J. y Cardus, S.L. (1982). Los suicidios. Barcelona: Herder.
- Farberow, N.L. y Shneidman, E.S. (1969). ¡Necesito Ayuda! Estudio sobre el suicidio y su prevención. México: Prensa Médica Mexicana
- Feighner, I.P. y Boyer, W.F. (1991). Diagnóstico de la Depresión. Chichester: John Wiley & Sons.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1997). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Firestone, R.W. y Firestone, L. (1998). Voices in suicide: The relationship between self-destructive thought process maladaptative behavior in self-destructive

manifestations. Death Studies, 22, 411-443

- Frank, J. (1988). Elementos terapéuticos compartidos por todas la psicologías. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Comps.). Cognición y psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Freeman, A. y Reinecke, M.A. (1995). Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Freud, S. (1917/1991). Duelo y melancolía. (vol. 2) (Trad. de L. López Ballesteros). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo originalmente publicado en 1927).
- Gardner, H. (1998). La nueva ciencia de la mente: Historia de la revolución cognitiva. Barcelona: Paidós.
- Gluboski, V.L. y Young, J.E. (1997). El estado de la cuestión en la terapia centrada en esquemas. En I. Caro Gabalda. (Comp.). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Piados.
- Golfried, M.R. (1996). De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guidano, V.F. (1997). El estado de la cuestión en la terapia cognitiva posracionalista. En I. Caro Gabalda. (Comp.). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Piados.
- Mahoney, M.J. (Ed.). (1997). Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mahoney, M.J. (1998). Psicoterapia y procesos de cambio humano. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Comps.). Cognición y psicoterapia. (pp. 25-72). Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M.J. y Freeman, A. (Comps.). (1988). Cognición y psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Marco Aurelio. (s.f./1975). Soliloquios. México: Porrúa. (Trabajo originalmente

publicado en fecha no precisada).

- Martorell, J.L. (1996). Psicoterapias: Escuelas y conceptos básicos. Madrid: Pirámide.
- Meichenbaum, D. (1997). Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: Pasado y futuro. En M.J. Mahoney (1997). Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mendels, J. 1972. La Depresión. Barcelona: Herder.
- Menninger, K. (1972). El hombre contra si mismo. Barcelona: Península.
- Moron, P. (1992). El suicidio. México: Publicaciones Cruz O.
- Osornio Castillo, L. (1999). Caracterización de los adolescentes suicidas. Tesis inédita. Maestría en Psicología clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Polaino- Lorente, A. (1985). La depresión. Barcelona: Martínez Roca.
- Reyes Zubirfa, A. (1999). Suicidio. México: Triple A Diseño.
- Robins, C. J. y Hayes, A. M. (1997). Una valoración de la terapia cognitiva. En M.J. Mahoney (Ed.). Psicoterapias cognitivas y constructivistas. (1997). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sarró, B. y Cruz, C. (1991). Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca.
- Tozzini, C.A. (1969). El suicidio. Buenos Aires: Depalma.