



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*REVISIÓN DE ALGUNOS FACTORES COGNITIVOS EN
EL SUICIDIO ADOLESCENTE*

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
RUBÉN MORENO FIGUEROA

DIRECTORA DE LA TESINA: DRA. GEORGINA MARTÍNEZ



FACULTAD

México, D.F.

Octubre 2005

m348958

Índice

Introducción	p.5
1. Antecedentes y Definiciones	p.9
a. Suicidio	
b. Adolescencia	
2. Estado Actual del Problema: Epidemiología del Suicidio	p.36
a. Suicidio Consumado	
b. Intento Suicida	
c. Ideación Suicida	
3. Teorías del Suicidio	p.48
a. Enfoque Sociológico	
b. Enfoque Psicoanalítico	
c. Enfoque Psicosocial de Erikson	
d. Enfoques Interdisciplinarios	
4. Entendimiento del Suicidio desde el Enfoque Cognitivo-Conductual	p.70
a. El enfoque cognitivo-conductual	
b. El enfoque cognitivo-conductual aplicado a la depresión	
c. El enfoque cognitivo-conductual aplicado al suicidio	
5. Factores Cognitivos que Influyen en la Conducta Suicida Adolescente	p.92
a. Desesperanza	
b. Estrategias de Afrontamiento	
c. Solución de problemas	

d. Perspectiva del tiempo

6. Aportaciones del Enfoque Cognitivo en la Prevención del Suicidio Adolescente	p.129
a. Prevención Primaria	
b. Prevención Secundaria	
c. Prevención Terciaria	
7. Conclusiones	p.146
Referencias Bibliográficas	p.154

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rubén Mafara Figueroa

FECHA: 10 de octubre de 2005

FIRMA: 

Agradecimientos

Estoy especialmente agradecido con mis padres Rolando y Altita, quienes con su ejemplo me inspiraron a ser profesionista y universitario.

También quiero agradecer a mis hijos: Israel, Daniela y Melissa Aimée, quienes han sido la motivación detrás de este esfuerzo, por haber estado dispuestos a renunciar a muchos sábados de asueto para que trabajara en este proyecto.

Agradezco especialmente a Nérida Padilla y Mario Martínez del Programa de Apoyo a la Titulación de la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología, por sus palabras de ánimo y la constante motivación.

A la Dra. Georgina Martínez, directora de la tesina, por sus numerosas sugerencias que me ayudaron a enfocar este tema. A los sinodales: Dra. Emilia Lucio-Gómez Maqueo, Mtro. Sotero Moreno, Lic. Asunción Valenzuela y Lic. Damariz García, quienes leyeron el manuscrito y me dieron su valiosa apreciación.

Fui particularmente bendecido con el apoyo de la Iglesia Cristiana Emmanuel, congregación amorosa que concedió a su Pastor el tiempo para la realización de esta meta personal.

A todos los mencionados anteriormente, GRACIAS.

Soli Deo Gloria

Introducción

En la mayoría de las culturas el suicidio carga con un estigma que no se observa en otros problemas humanos. Muchas de las muertes por suicidio no se reportan como tales precisamente por la etiqueta negativa que recibe el individuo que lo comete y su familia. El encubrimiento puede ser motivado por un deseo bien intencionado de proteger la sensibilidad de los implicados. ¿Por qué una muerte por suicidio causa más vergüenza que otras causas de muerte? La respuesta a esta pregunta puede tener muchas raíces (con frecuencia religiosas) y se remontan a cientos de años atrás. En el siglo V San Agustín señaló al suicidio como homicidio cometido con uno mismo y, por lo tanto, un modo seguro de ir a la condenación eterna. En la Edad media en Inglaterra se establecieron sanciones legales por cometer suicidio, una de ellas implicaba que la familia perdía todo derecho sobre las posesiones de la persona fallecida. Todavía en 1800, los franceses colgaban el cuerpo del suicida en la horca y los ingleses le clavaban una estaca en el corazón y sepultaban el cuerpo en un cruce de caminos. Aunque estos ejemplos horribles de cómo se culpaba a la víctima han quedado en el pasado, el estigma continúa. En muchos países, como Estados Unidos y Pakistán, existen todavía leyes vigentes contra el suicidio.

La estigmatización, sin embargo, sólo ayuda a provocar más culpa en las personas con tendencias suicidas, quienes generalmente son personas deprimidas que de por sí ya se sienten mal respecto a sí mismas. La amenaza de una condenación moral les confirma que son malas personas y les anima a llevar a cabo sus ideaciones suicidas.

Por lo anterior es necesario promover la comprensión del suicidio desde un enfoque más objetivo, despojado de una condenación moral, y con el propósito de realmente ayudar a las personas en riesgo, particularmente, la población juvenil.

De acuerdo a cifras oficiales el suicidio es una causa importante de muerte entre los adolescentes en nuestro país. No se trata solamente de una nota sensacionalista de los medios de comunicación, es realmente un problema de salud pública documentado ampliamente por investigaciones epidemiológicas con seguimiento desde hace por lo menos treinta años.

De acuerdo con los datos censales, la distribución poblacional de México es preponderantemente de niños y jóvenes. En el Censo de Población del INEGI de 1995, el 38.6% de la población era menor de 14 años y 29.6% estaba entre los 15 y los 29 años. Así que, la población de 0 a 29 años representa el 68.2% (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002, p.2). Siendo México un país cuya distribución poblacional es predominantemente joven, investigar sus necesidades en el campo de la salud mental resulta una prioridad impostergable. Es deseable que se siga fomentando el interés y la vigilancia sobre los problemas de salud mental de los adolescentes.

La prevención del suicidio debe ser, dado lo anterior, una alta prioridad para todas las instituciones y los profesionales vinculados con la salud y el desarrollo de la juventud; esto incluye a instituciones educativas, agencias de salud mental, hospitales y clínicas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, orientadores e incluso ministros religiosos. Para lograr estrategias de prevención efectivas, éstas deben basarse en datos provenientes de la investigación científica. De allí la importancia de revisar constantemente lo que se ha publicado a nivel nacional e internacional respecto a este tema.

El objetivo de este trabajo parte del concepto anterior, es decir, pretende revisar ampliamente lo que las investigaciones científicas acerca del suicidio adolescente han descubierto en los últimos cinco años desde el enfoque cognitivo conductual. El interés de este proyecto surge de la necesidad de dar respuesta a varias interrogantes, tales como: ¿Cuál ha sido el comportamiento de las cifras del suicidio adolescente en los últimos años? ¿Cómo se explica el incremento de suicidios en los adolescentes? ¿Qué influencia tienen los factores cognoscitivos en la conducta suicida? ¿Qué técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser efectivas para reducir el riesgo de suicidio en este grupo vulnerable?

Este trabajo se organiza de la siguiente manera: en el primer capítulo se establecerá la terminología más usada para referirse a la conducta suicida, que va desde las ideaciones suicidas hasta el suicidio consumado, pasando por los intentos de cometerlo. También en este capítulo se comentarán algunos conceptos importantes acerca de la adolescencia como etapa del desarrollo que ayudarán a tener presentes las características generales de esta etapa, que por ser una fase de

grandes cambios físicos, sociales y emocionales implica un peligro potencial. La crisis normal de este período de la vida puede resolverse satisfactoriamente, o bien puede encontrarse con grandes obstáculos que lleven a un desarrollo anormal o insuficiente, o incluso, como en el caso del suicidio, a truncar definitivamente la vida del individuo.

En el capítulo dos se describirá la magnitud del problema revisando la literatura disponible desde el punto de vista epidemiológico. Se revisará la evolución del fenómeno en nuestro país y en el mundo para dar cuenta de la verdadera magnitud del problema.

En el capítulo tres se describirán brevemente algunas teorías acerca del suicidio. Los enfoques que se revisarán son: el psicoanalítico, el sociológico, y el psicosocial. Las pretensiones de este trabajo no permiten hacer una revisión exhaustiva de todas las teorías existentes, por ello se han seleccionado estas aproximaciones como representativas de tres formas de explicar la conducta humana. La primera forma es la que considera los factores individuales como causa de la conducta, allí se ubica el enfoque psicoanalítico y teorías biologicistas de la conducta. La segunda forma es la que considera el contexto social del individuo como determinante de su comportamiento. Y, finalmente, la combinación de factores individuales y sociales, lo que se ha denominado como enfoques interdisciplinarios que tratan de integrar en un mismo cuerpo teórico las aportaciones de las teorías del individuo y las sociales.

El enfoque teórico en el que se centra este trabajo es el cognitivo conductual, por ello en el capítulo cuatro se revisará el entendimiento del suicidio desde esta concepción teórica. El enfoque teórico cognitivo-conductual ha tenido importantes contribuciones para la comprensión del suicidio adolescente. El suicidio es, en última instancia, el resultado de un proceso de toma de decisiones en el cual influyen muchos factores cognitivos. Como proponen diversas teorías cognitivas, las concepciones irracionales son el sustrato de estados emocionales perturbados.

En patologías como la depresión, la mayoría de los autores coincide en señalar como parte de la sintomatología distorsiones cognitivas tales como un pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. La teoría

cognitiva considera estas distorsiones como factores que agravan y mantienen los desórdenes depresivos.

Siendo la depresión un factor de riesgo importante en el suicidio resulta natural deducir que también en el suicidio existen componentes cognitivos como factores claves en la comprensión de este comportamiento.

En el capítulo cinco se expondrá la relevancia de algunos constructos teóricos cognitivos al entendimiento del suicidio adolescente. Asimismo se revisarán las investigaciones más recientes alrededor de cuatro factores cognitivos importantes: la desesperanza, las estrategias de afrontamiento, la resolución de problemas y la perspectiva del tiempo.

En el capítulo seis se hará una reflexión acerca de la relevancia de estos descubrimientos en el área de prevención. Si estos componentes cognitivos son identificados a tiempo y tratados mediante terapia, entonces se estará haciendo una labor importante para evitar que siga creciendo el número de suicidios de adolescentes.

Investigaciones de este tipo son importantes en México dado que hay relativamente poca literatura sobre el suicidio adolescente desde un punto de vista clínico. El riesgo en el que está esta población no puede soslayarse, hay cifras que indican que la mayor parte de los suicidios consumados son llevados a cabo por la población joven y que esta fracción poblacional ha presentado el mayor riesgo suicida en algunos años (González-Forteza, et al., 2002, p.4).

Es preciso reconocer los méritos de los pioneros en México en la investigación sobre el suicidio: Terroba y Saltijeral, 1983, Heman, 1986, Borges, Rosovsky y López, 1993, Medina-Mora, López, Villatoro y Juárez, 1994, en Gómez y Borges, 1996, p.46-47; Lucio-Gómez y colaboradores, 1998, 2000; Jiménez y González-Forteza, 2003. La gran mayoría de los estudios realizados en México investigaron la epidemiología de este problema. Al revisar la literatura en nuestro país sobresalen los trabajos realizados a nivel poblacional, pero escasean los trabajos de tipo clínico o comunitario. Por lo tanto, hay muchas interrogantes todavía sin responder y es por ello que revisiones como esta son y seguirán siendo relevantes.

Capítulo 1: Antecedentes y Definiciones

Suicidio

En el año 2003, 3 327 personas murieron a causa del suicidio en México (INEGI, 2004). De acuerdo a la OMS, en 1997 murieron en México 3 369 personas por suicidio, esto representa una tasa global de 5.1 por cada 100, 000 habitantes (OPS, 2003, p. 202). Aunque es una tasa baja al compararla con otros países, ha ido incrementándose en los últimos años y representa un problema importante de salud pública. En las personas de 15 a 19 años, en el año 2000, la principal causa de muerte fue por causas externas, lesiones y accidentes, lo cual incluye los suicidios (Fonseca, 2004a).

Las muertes por suicidio son sólo una parte de este problema. Además de los que mueren, en 2003, 222 personas intentaron quitarse la vida (INEGI, 2004), a menudo requiriendo atención médica. Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras personas afectadas emocional, social y económicamente.

Aunque menos investigada, la ideación suicida también afecta a una parte importante de la población juvenil. A lo anterior debemos añadir que las cifras registradas oficialmente deben tomarse con reserva ya que, por prejuicios todavía existentes hacia el suicidio, muchas veces se oculta la verdadera causa de muerte y se reporta de otra manera.

Definiciones De La Conducta Suicida

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde sólo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar matarse y, finalmente, llevar al cabo el acto ("suicidio consumado"). El diccionario de la Lengua de la Real Academia Española lo define de la siguiente manera: "Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente." (Clemente y González, 1996, p.19).

El término *suicidio* en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, Sir Thomas Browne en 1642 fue quien acuñó la palabra *suicidio* en su obra *Religio medici*. Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (de sí mismo) y *caedere* (matar). El nuevo término reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (Minois, 1999, en De Leo, Bertolote y Lester, 2003, p.201)

Durkheim, en su clásica obra *El suicidio*, fue quien propuso una de las primeras definiciones de la época moderna. Para este autor el suicidio es un efecto de la estructura social: "Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que había de producir este resultado." (Durkheim, 1897/1987, p.14) Como comentan González-Forteza y colaboradores, esta definición de Durkheim afirma que la conducta suicida es un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida (González-Forteza, et al. 2002, p.3), sin embargo no siempre es éste el propósito que subyace y motiva un intento suicida. Alguien puede hacerse daño a sí mismo no para morir, sino para "llamar la atención", a modo de "grito de ayuda", para "manipular", o como una forma de "castigar" a otras personas como a los padres, amigos o a la pareja. Pero finalmente, aunque no sea esa siempre la intención, la persona se pone en riesgo. Por ello son necesarias varias categorías para precisar la conducta suicida.

Freud propuso un concepto totalmente diferente al de Durkheim en relación al suicidio. Freud postuló la existencia de un impulso natural de muerte, *Thanatos*, que se impone al de vida *Eros*, como producto de la frustración y la melancolía. El sujeto proyecta hacia sí mismo la agresividad por un complejo de culpabilidad, surgido por la identificación con un objeto introyectado y ambivalentemente amado. Desde el entendimiento psicoanalítico el suicidio parece ser el resultado de un conflicto intrapsíquico desencadenado frecuentemente por factores ambientales del tipo de pérdida del objeto amado. En la melancolía un superyo excesivamente severo y sádico se vuelve contra el yo y consigue llevar a la persona a la muerte (Clemente y González, op. cit. p. 22).

Menninger (Ellis, 2000, p.131) trata posteriormente el suicidio desde los supuestos de Freud y lo considera como un homicidio a sí mismo, surgido al dirigir hacia el propio sujeto el deseo de matar a otro y sentir él mismo el deseo de ser matado y de morir.

A partir de los conceptos de estos autores se ha extendido la concepción del suicidio a conductas que indirectamente pueden provocar la muerte, mediante una no directa preservación de la vida. Ejemplos de estas conductas serían la drogadicción, la bulimia y la anorexia, hacer deportes que impliquen riesgos, etc.

La Organización Mundial de la Salud se inclinó hacia esta concepción más amplia al definir al suicidio como: "aquel acto por el que un sujeto se provoca intencionadamente daños, sea cual sea el grado de intención letal y de conocimiento de móvil" (Clemente y González, op.cit., p.24).

Clemente y González aportan una definición de suicidio que se coloca en la línea sociológica de Durkheim:

El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de un refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como un refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento. (Clemente y González, op.cit., p.25)

Clasificación De La Conducta Suicida

Para unificar la terminología referente a las conductas suicidas, en 1969, la Organización Mundial de la Salud propuso una serie de términos definitorios de la conducta suicida (Sarró y De la Cruz, 1991, p.31):

- Acto suicida: aquel acto por el que un sujeto se provoca intencionadamente la muerte, sea cual sea el grado de intención letal y de conocimiento de móvil.
- Suicida: sujeto cuya muerte resultó de un acto suicida.

- **Intento suicida:** acto auto infligido cuyo objetivo es alcanzar la muerte, aunque esa intención sea vaga o ambigua.

Por otra parte, Pérez Barrero (s.f.) precisa el comportamiento suicida abarcando diversas manifestaciones:

- **El deseo de morir.** Representa la inconformidad del sujeto con su modo de vivir y se puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "quisiera morirme" y expresiones parecidas.
- **Representaciones suicidas.** Lo constituyen imágenes mentales del suicidio.
- **Las ideas suicidas.** Éstas se pueden presentar en diversas formas, como el pensamiento de morir, pero sin un método en particular, o sin un método determinado. En estos casos no sabe cómo hacerlo o no ha determinado un método. También puede tener ideas suicidas en que ha escogido un método (ahorcamiento, precipitación, arma, sobredosis) específico, pero no hay un plan detallado todavía. La forma más elaborada en que las ideaciones pueden presentarse es el plan suicida específico, con un método, el lugar donde lo realizará y el momento oportuno para no ser descubierto.
- **La amenaza suicida.** Consiste en la afirmación verbal de las intenciones suicidas generalmente expresado a las personas cercanas o significativas.
- **El gesto suicida.** Es el ademán de realizar un acto suicida, va más allá de lo verbal a una acción que si bien no es potencialmente mortal, si hay que considerar muy seriamente.
- **El intento suicida.** También se le denomina "parasuicidio", tentativa de suicidio o autolesión intencionada. Es un acto en que el individuo se hace daño a sí mismo aunque el resultado final no es la muerte.
- **El suicidio frustrado.** Cuando por situaciones no esperadas el suicidio no se consuma.
- **Suicidio accidental.** Consiste en el uso de un método del cual se desconocía su verdadero efecto, o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, es decir, la muerte no era deseada por el sujeto. También incluye una autolesión que termina en muerte aunque éste no era el propósito original del sujeto.

- Suicidio intencional. Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

En cualquier definición del suicidio la intención de morir es un elemento clave. González-Forteza (2002, p.3) señala que existen dos grandes categorías de análisis de la problemática suicida: cuando el desenlace es mortal se denomina suicidio consumado, y cuando deviene en la muerte, parasuicidio, que implica diversas instancias como el intento suicida, la ideación, etc.

Un aspecto que distingue al intento suicida de otras conductas que ponen en riesgo la vida, como la fármaco dependencia, el sexo sin protección, la violencia, etc., es que el intento suicida es un acto cuyo propósito se pretende alcanzar en el corto plazo; es decir, que sus resultados sean en alguna medida inmediatos. En el intento suicida el acto de auto perjuicio generalmente no es fatal aunque es llevado a cabo con un conciente intento auto destructivo, no obstante ser vago y ambiguo.

Farberow (1980, En Sarró y De la Cruz, 1991, p.32) divide las conductas autodestructivas en dos categorías. Las conductas autodestructivas directas (CAD) o conscientes, que corresponden al intento de suicidio y el suicidio consumado, y las indirectas o inconscientes (CAI), que tienen un carácter insidioso y prolongado, y no son reconocidas como actos suicidas. Las primeras (CAD) son todas aquellas que suponen una conducta auto lesiva consciente o intencionada, se busque o no la muerte. Las CAI serían todas las muertes en que los sujetos inconscientemente influyen para acelerar su muerte. La anorexia es un ejemplo de ello (Clemente y González, p.28). Otras conductas que se interpretan como auto destructivas indirectas son la interrupción de la medicación prescrita en una enfermedad, la drogadicción, etc. En la línea psicodinámica estas conductas se atribuyen a motivaciones inconscientes, es decir, estos autores defienden la existencia de un suicidio no premeditado, no volitivo a nivel consciente.

Basándose en la experiencia clínica, Ellis y Newman afirman que la gente suicida cae generalmente en dos categorías. La primera categoría es el tipo Depresivo-Desesperanzado, que es el grupo al que más frecuentemente se refiere la literatura acerca del suicidio y que es el tipo de persona que generalmente se asocia con la palabra *suicidio*. La segunda categoría es el tipo Comunicación-

Control, externamente puede parecerse mucho al primero, pero al escarbar bajo la superficie es muy diferente. La gente de este tipo expresa deseos de morir y algunas veces actúan de acuerdo a estos deseos haciéndose daño. Estas dos categorías corresponden con las definiciones de suicidio consumado e intento suicida, como veremos en la Tabla 1 donde podemos observar algunos factores en los cuales difieren ambos tipos de suicida (Ellis y Newman, 1996, p.18):

Tabla 1: Dos tipos de Suicidas

Depresivo-Desesperanzado	Comunicación-Control
El típico individuo es hombre de mediana edad o anciano	El individuo típico es mujer y joven.
El episodio suicida se dispara por una pérdida	El episodio suicida con frecuencia se dispara por un conflicto
El principal estado emocional es la desesperanza.	El principal estado emocional es la desesperación.
La principal motivación tras la conducta suicida es terminar con la vida	Principal motivación tras la conducta suicida es comunicar el dolor, con la esperanza de mejorar su vida.
Los intentos son típicamente secretos y planeados con anticipación	Los intentos son con frecuencia comunicados y pueden ser muy impulsivos.
Los intentos tienden a ser violentos y altamente letales (con frecuencia dispararse o colgarse)	Los intentos tienden a ser menos letales (generalmente sobredosis de drogas o cortarse)
Generalmente lamenta haber sobrevivido al intento suicida	Generalmente siente alivio de haber sobrevivido al intento suicida
La meta principal en la terapia es la restauración de la esperanza y la reducción de errores en el pensamiento negativo	La meta principal en la terapia es reducir el conflicto y mejorar la resolución de problemas

Resumiendo, puede afirmarse que son tres las principales categorías en que puede definirse la conducta suicida:

- *Suicidio*. Incluye todas las muertes resultantes de la acción directa o indirecta de la propia víctima, consciente del objetivo que quiere alcanzar. La muerte por un acto infligido sobre uno mismo.
- *Intento suicida*. Se define como un acto no mortal en el que la persona se autolesiona de manera deliberada, con la intención de matarse. Es cualquier acto de auto perjuicio infligido con una intención autodestructiva, aún si ésta es

ambigua. Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida.

- *Ideación suicida*: Es el conjunto de pensamientos recurrentes e intrusivos sobre el quitarse la vida. La ideación suicida es común entre niños y adolescentes que no necesariamente padecen algún otro desajuste psicopatológico. Los investigadores han explorado diversos procesos mentales y afectivos abarcan la desesperanza, la elaboración de planes para quitarse la vida y la presencia de preocupaciones recurrentes relacionadas a la autodestrucción.

Cabe observar que para algunos autores las conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, pero sin morir se denominan *parasuicidio*. Bajo este rubro se incluyen el intento suicida, la planeación suicida, la ideación suicida, etc. (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001, p.17). El parasuicidio se ha identificado como un importante factor de riesgo para el suicidio consumado

Algunos académicos han criticado el uso de definiciones estrechas de la conducta suicida basadas únicamente en ideación suicida o intentos suicidas (Davidson y Linnolia, Eggert, Lewinsohn, Garrison, Langrinrichsen y Marsteller, y Chaffer, en Thompson, Mazza, Herting, Randell y Eggert, 2005, p.18). La literatura sugiere que se defina la conducta suicida como "una constelación de procesos de pensamiento y conductas auto destructivas, que incluyen actitudes positivas hacia el suicidio, ideación suicida, comunicación de amenazas de suicidio – directas o indirectas – e intentos suicidas previos." Thompson et al, op.cit., p.18).

De las anteriores definiciones podemos acotar que las personas suicidas vienen en muchas formas diferentes. No toda la gente suicida tiene un trastorno psiquiátrico, o son viejos o jóvenes, o son divorciados o alcohólicos, ni siquiera todas las personas suicidas están deprimidas. Si bien el suicidio consumado y el intento suicida muchas veces se muestran como conductas diferentes no podemos olvidar que el riesgo persiste. Citando a Sarró (1985, En Clemente y González, op.cit. p.34): "Creemos que los actos de suicidio pueden ser un lenguaje, o una ausencia de lenguaje, o una manifestación de "acting out", o ser sintomáticos de un trastorno mental, pero cualquier tentativa de suicidio debe valorarse como una forma de comunicación grave, sea cual sea el método o forma que se haya utilizado."

Adolescencia

En la actualidad existe un renovado interés en investigar esta etapa del desarrollo, no sólo por parte de los psicólogos sino también en las ciencias sociales. Heaven (2001, p.1) atribuye este interés a tres razones: 1) Los rápidos cambios en la economía que inciden en la disponibilidad de fuentes de trabajo para los jóvenes y en las políticas educativas; 2) El aumento de enfermedades de transmisión sexual; y 3) Las elevadas tasas de suicidio en muchos países. Todos estos factores han animado a los científicos a investigar con mayor amplitud este período de la vida conocido como adolescencia.

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, un período de transición cuyo elemento característico es la aparición de cambios notables tanto morfológicos como funcionales. Los cambios morfológicos abarcan las dimensiones corporal, sexual y emocional. El vocablo adolescencia procede del verbo latino *adolescere* que significa "crecer", "desarrollarse".

Cronológicamente el término adolescente se refiere a una persona que está entre los 13 y los 19 años de edad, el período entre la niñez y la adultez. Da inicio con los cambios físicos de la pubertad y termina al llegar al pleno status social del adulto. Sin embargo estos límites no están muy bien definidos. Por ejemplo, en nuestro país una persona es considerada mayor de edad a los 18 años, pero la mayoría de los jóvenes a esa edad no han completado las tareas de desarrollo necesarias para considerarlos adultos.

Por cuanto la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la etapa adulta, la comprensión del concepto de adolescencia se apoya en la definición de estos periodos que la limitan. Esta falta de una definición exacta refleja una de las principales características de la adolescencia: la falta de claridad con respecto al puesto que ocupa el adolescente en la sociedad.

Explicaciones Teóricas de la Adolescencia

En 1904 el psicólogo norteamericano Stanley Hall describió el desarrollo sexual, social, intelectual y emocional de los adolescentes en una obra de dos volúmenes. Fue pionero en alertar a la comunidad científica acerca de la importancia de tomar

a la adolescencia como una etapa del desarrollo que requería un estudio formal y serio. Sin embargo equiparó la adolescencia con el "*Sturm und Drang*" (tormenta y tensión) de la literatura alemana del S.XVIII. Él consideraba que la característica principal de esta etapa era la tensión y la aflicción (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982, p.10). También la opinión popular y de los medios de comunicación tienden a ver esta etapa como un período tormentoso, caracterizado por el conflicto. No obstante, algunos investigadores cuestionan la noción de la "etapa turbulenta". Un estudio reporta que entrevistó a un gran número de adolescentes parece indicar que la conformidad es algo más característico de la etapa adolescente que la rebelión (Douvan y Adelson, 1966, en McKinney, Fitzgerald y Strommen, op.cit.). Otro estudio transcultural realizado en 10 países halló que la mayoría de los adolescentes encuestados tenían una buena relación con su familia y tenían actitudes favorables hacia sí mismos (Gecas y Seff, 1990, en Heaven, op.cit.).

En otras palabras, aunque se reconoce que la edad adolescente puede ser un período estresante en la vida, y que para algunos individuos puede ser una fase caracterizada por la tensión y la aflicción, la mayoría supera los retos que implica esta etapa.

En la adolescencia surge una nueva meta, la de buscar el papel que habrá de desempeñarse en la sociedad, para alcanzar esa meta deben lograrse antes algunos requisitos: alcanzar la madurez emocional, adaptarse socialmente, independizarse emocional y económicamente de la familia, adquirir una identidad, por citar sólo algunos. No es sorprendente que, ante tales retos, muchos adolescentes vivan esta etapa de forma tormentosa. Aunque los cambios son profundos y generan crisis, conflictos y contradicciones, esencialmente son cambios positivos (Pérez Barrero, s.f.).

Arnett (1999, en Heaven, op.cit.) observa que, cuando los adolescentes experimentan tensión y aflicción es más probable que se manifieste en las siguientes áreas:

- Conflictos con sus padres. Los adolescentes tienden a ser rebeldes y a cuestionar a la autoridad.

- Altibajos emocionales. Los adolescentes pueden tener cambios emocionales rápidos e inesperados. Pueden sufrir cambios emocionales extremos y frecuentemente se deprimen.
- Conductas riesgosas. Los adolescentes se involucran con más probabilidad en conductas que pueden lastimar a ellos mismos y a otros.

La Adolescencia desde la Teoría Psicoanalítica

Esta perspectiva, formulada originalmente por Freud, ha sido reformulada por otros como Ana Freud, Erikson y Blos. Hay tres temas que dominan en la literatura psicoanalítica. En primer lugar, los impulsos, instintos y motivos juegan un papel muy importante en el desarrollo de la personalidad. Estos impulsos son particularmente problemáticos como resultado de la pubertad. Como afirma Coleman (1985, p.19): "El despertar de la sexualidad del individuo le lleva a buscar 'objetos amorosos' adecuados, fuera del medio familiar, rompiendo así los lazos emocionales que le unían a los padres desde la infancia." Este impulso básico sexual se ve exacerbado por los convencionalismos sociales, morales y religiosos generando un conflicto interno entre el *ello* y el *superyo*. De acuerdo a esta concepción teórica el *superyo* considera inaceptables los impulsos del *ello*, mientras el *yo* parece tener poco control sobre esas pulsiones. Como consecuencia el adolescente experimenta conflicto. Cuando esa agitación interna se externaliza, se puede manifestar en muchas formas.

Un segundo tema tiene que ver con los mecanismos de defensa. La vulnerabilidad de la personalidad da lugar al empleo de defensas psicológicas, que son estrategias que el individuo desarrolla y aprende para resolver el conflicto entre las pulsiones y las normas sociales. Tales defensas son, en mayor o menor grado, obstaculizadoras de la adaptación.

Según el enfoque psicoanalítico en esta etapa el mundo afectivo del joven está dominado por la impulsividad. Las emociones actúan sobre la vida cognitiva y viceversa. Cuando existe una ansiedad excesiva, esta puede ser un factor bloqueador de las aptitudes intelectuales. El aparato psíquico es frágil para contener la gran carga sexual y agresiva que experimenta y para ajustar los impulsos a las condiciones de la realidad. Para defenderse de esos impulsos,

experimentados como peligrosos, parte de la energía psíquica es destinada a otros intereses, lo cual es la labor de los mecanismos de defensa.

Cuando los mecanismos de defensa no funcionan de manera eficiente, el joven tiende a reaccionar de manera impulsiva, disminuyendo su capacidad de pensar en forma constructiva, como, por ejemplo, para solucionar algún problema o darle una nueva dimensión a sus conflictos. El pensamiento se caracteriza por ser subjetivo e imaginativo.

Un tercer tema dominante es la desvinculación. Para el psicoanálisis una de las claves del proceso adolescente es la desvinculación. Cuando el adolescente resuelve adecuadamente el *complejo de Edipo* o de *Electra*, empieza a formar relaciones con miembros del sexo opuesto y se independiza de los padres. Anna Freud subrayó la importancia de los sentimientos edípicos en el adolescente, y sugirió que muchos adolescentes se sienten ansiosos en la presencia de sus padres. Esto explica la conducta de aislamiento, o la huida del hogar. De acuerdo a Anna Freud, muchos adolescentes adoptan mecanismos de defensa ante una variedad de sentimientos e impulsos (Heaven, op.cit. p.13). Dos de ellos son: el ascetismo, es decir, la negación del placer (por ejemplo al seguir dietas estrictas) y la intelectualización (es decir, la elaboración de intrincadas teorías acerca de asuntos sociales y morales como la guerra y el amor).

Blos (1962, 1967, en Coleman, op.cit. p.19) describió la adolescencia como un "segundo proceso de individuación", ya que el primero se completa hacia el final del tercer año de vida. Ambos períodos comparten características comunes: la necesidad de cambios psicológicos que ayuden al individuo a adaptarse a la maduración, un aumento de vulnerabilidad en la personalidad y la aparición de psicopatología cuando el sujeto no logra adaptarse.

El proceso de individuación depende de la ruptura de las vinculaciones emocionales infantiles. Sin embargo estas vinculaciones sólo pueden diluirse mediante una regresión a los patrones de comportamiento infantiles. Blos expone ejemplos de comportamiento regresivo (Coleman, op.cit., p.20). Uno de ellos lo constituye la idolatría de personajes famosos por parte de los adolescentes, en especial músicos y deportistas. Esto equivale a la idealización del progenitor realizada por el niño pequeño.

Otra cuestión abordada por el psicoanálisis respecto a la desvinculación es la experiencia de separación y pérdida que tiene lugar como resultado de la ruptura de los vínculos emocionales. Blois acuñó el término "hambre de objeto y de afecto" (Coleman, op.cit., p.22) para describir el vacío interior con el cual debe enfrentarse el adolescente hasta que establece relaciones emocionales adecuadas fuera del círculo hogareño. Blois cree que la búsqueda por parte del adolescente de experiencias emocionales intensas, incluyendo las conductas riesgosas, las drogas, son una forma de superar el vacío interior.

Levisky (1988, p. 60) identifica la adolescencia como una etapa de "duelos" o "pérdidas". Estos duelos son necesarios para llevar a la etapa madura: a) Su cuerpo se transforma, b) la identidad infantil, pérdida de privilegios y adquisición de responsabilidades, c) pérdida de los padres de la infancia, surgen desacuerdos con los padres y se experimenta temor a expresarlo por temor a perderlos, d) bisexualidad infantil que se pierde con la definición de identidad sexual. En este contexto podemos entender la gran angustia que caracteriza a esta etapa y una explicación de por qué algunos adolescentes tienen grandes problemas para pasar por esta fase. Para resolver esta fase el adolescente tiene que desestructurar y reorganizar su vida interna para resolver las pérdidas. Para autoafirmarse el joven arremete y desvaloriza a sus padres, busca nuevos modelos de identificación. Es frecuente que se una a un grupo o a una banda, que por *desplazamiento*, constituye un sustituto de los padres.

En resumen, la postura psicoanalítica está caracterizada por tres ideas claves. Primero, que la adolescencia es un período en el que existe una mayor vulnerabilidad de la personalidad, debida principalmente a la fuerza de las pulsiones sexuales que aparecen en la pubertad. En segundo lugar, se subraya la posibilidad de que aparezca el comportamiento mal adaptado, originado en la inadecuación de las defensas psicológicas para enfrentarse a los conflictos pulsionales internos. Finalmente, se describe la adolescencia como una etapa en la que se da un proceso de desvinculación que es necesario para la adecuada independencia y maduración del individuo.

Teoría Sociológica

Si la teoría psicoanalítica se centra en los factores internos, individuales, la postura sociológica busca en los acontecimientos que se producen en el entorno del individuo la explicación del fenómeno llamado adolescencia. En esta concepción la socialización es un concepto clave. Se define socialización como "el proceso por el cual los individuos incorporan los valores, los estándares y las creencias vigentes en dicha sociedad" (Coleman, op.cit. p.23). Otro concepto clave son los "papeles". Los papeles son los diferentes roles en la sociedad, como los de hijo, padre, ciudadano, joven, etc. Todo aquel que forma parte de una sociedad aprende cuál es el comportamiento adecuado para cada papel. Durante la niñez los papeles del individuo son definidos por los demás, pero en la adolescencia se le presentan mayores oportunidades, pudiendo elegir no sólo los papeles que quiere desempeñar, sino también cómo los va a interpretar. La perspectiva sociológica considera el cambio y la elección de papeles como rasgos distintivos del desarrollo adolescente.

El cambio de papeles puede suponer una fuente de dificultad para el adolescente. Por ejemplo, pocos adolescentes pueden evitar el conflicto de papeles, por ejemplo, ser hijo y novio al mismo tiempo. En este caso la madre del hijo adolescente puede presionarle para que se comporte como un niño obediente, mientras que la novia espera que se muestre independiente con sus padres.

Estas características en el comportamiento de papeles ha dado lugar a que los sociólogos y psicólogos sociales consideren la adolescencia no sólo como un período de transición, sino además como una fase de la vida que tiene gran cantidad de eventos generadores de tensión.

En resumen, el estudio sociológico de la adolescencia está caracterizado por una preocupación y un interés por los papeles y el cambio de estos y por el proceso de socialización. Desde este punto de vista, la adolescencia es una fase cargada de tensión, no tanto debido a inestabilidad emocional interna, sino como resultado de presiones externas.

Teorías Biológicas

Estas aproximaciones tienen en común el concepto de que los procesos internos biológicos y genéticos son los que principalmente dan razón del desarrollo humano. Un pionero en este enfoque fue Gesell. Este autor postuló que gran parte del comportamiento humano es predeterminado biológicamente. Un niño gatea antes de caminar, y camina antes de correr. Así, aunque cada individuo tiene su propio ritmo de desarrollo, todos siguen la misma secuencia progresiva.

Los cambios físicos y biológicos que ocurren durante la adolescencia están bien documentados. El famoso "estirón" sigue un patrón específico: Por ejemplo, el desarrollo de las piernas alcanza su máximo primero, luego los hombros y la cadera y después el tronco y los músculos (Heaven, op.cit. p.22). Lo mismo sucede con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Una parte importante del cambio fisiológico ocurre en el sistema endocrino. Durante este tiempo éste sistema adquiere su forma adulta lo cual lleva a un incremento significativo en los niveles hormonales. Aunque se ha asociado el incremento hormonal con cambios en la conducta, no ha sido aclarada la naturaleza del efecto de las hormonas en la conducta.

No es el objetivo de esta revisión explicar con detalle el funcionamiento de las hormonas y su relación con la conducta. Basten un par de ejemplos para ilustrar este concepto. Se ha demostrado la relación entre ciertas hormonas y la conducta agresiva y el "acting out" en adolescentes varones, pero no en chicas (Susman y Dorn, 1991, en Heaven, op.cit. p.23). Hay también evidencias que sugieren una asociación entre los cambios hormonales y el afecto depresivo, particularmente en mujeres (Paikoff y Brooks-Gunn, 1990, en Heaven, op.cit. p.23).

Otros enfoques teóricos

También son de notar la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, la teoría psicosocial de Erikson, la teoría conductista y la cognitivo-conductual. Más adelante en este capítulo se abordará la teoría de Piaget, la teoría eriksoniana se revisará en el capítulo 4 y las teorías conductista y cognitivo-conductual se describirán en el capítulo 5.

Etapas de la Adolescencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 24 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 15 años, y de 16 a 19 años para la adolescencia tardía (Fonseca, 2004a). Esta clasificación ha sido ampliamente difundida, sin embargo otros autores proponen otras clasificaciones.

Según Blos no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino de evolución, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito para la madurez de la siguiente. Estas etapas son: Preadolescencia (9 a 11 años), Adolescencia temprana (12 a 15 años), Adolescencia como tal (16 a 18 años), Adolescencia tardía (19 a 21 años) y, Postadolescencia (22 a 25 años) (González Núñez, 2001, p.8).

Investigadores como Erikson no le han dado importancia a ninguna división de la adolescencia, considerando a esta época de la vida en forma global, señalando el problema de identidad como el principal proceso a resolver (González Núñez, op. cit., p.8). La importancia de establecer diferentes etapas o períodos es observar que cada uno de ellos se caracteriza por diferentes procesos, que pueden ser abordados teóricamente de manera distinta.

Adolescencia temprana (10-15 años) durante esta etapa el pensamiento tiende a ser todavía concreto, los adolescentes perciben las cosas como buenas o malas. Comienzan a reconocer las consecuencias de sus actos y a anticipar lo que otros están pensando. Comienza la actitud rebelde hacia los padres, se establece un distanciamiento interno real pero con sentimientos ambivalentes acerca de dicha separación. Las amistades son básicamente del mismo sexo y se inicia un tímido acercamiento al sexo opuesto.

Adolescencia tardía (16-19 años) en este período es más marcado el distanciamiento afectivo de los padres. El adolescente explora diferentes roles adultos para expresarse y ser socialmente reconocido. Socializa con pares de diferente sexo e inicia la actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. El riesgo de vincularse a actividades colectivas que suplan su necesidad de

encontrar identidad y reconocimiento social es mayor durante esta etapa. El adolescente piensa de forma más abstracta y juega con ideas filosóficas.

Desarrollo Cognoscitivo Durante La Adolescencia

Dado el énfasis que en este trabajo se otorga a los aspectos cognoscitivos, se hará una breve reseña del desarrollo cognoscitivo en el adolescente. En la adolescencia se presentan cambios a nivel cognitivo. Piaget hace una distinción esencial entre operaciones concretas y operaciones formales. En la etapa escolar, entre los 7 y los 10 años, el pensamiento del niño puede describirse como "relacional". El niño comienza a dominar nociones correspondientes a clases, relaciones y cantidades. Resulta posible la conservación y la seriación. Estas operaciones cognitivas son consideradas por el niño como instrumentos mentales, cuyos productos van a la par con fenómenos perceptivos. En la adolescencia ocurre un cambio importante, el pensamiento del adolescente ya no se centra tanto en lo real, sino en lo posible, la inteligencia evoluciona al nivel formal, caracterizado por el pensamiento hipotético-deductivo. El joven es capaz de razonar estableciendo relaciones combinatorias independientemente de los elementos perceptibles y manipulables (Levisky, 1998, p.57). Por lo anterior al adolescente le gusta preguntar, cuestionar e investigar. Se pregunta por el sentido de la vida.

Según Piaget el sello cognoscitivo distintivo de la adolescencia es la aparición del pensamiento operacional formal, abstracto. Así, el adolescente comienza a poder reflexionar sobre sus propios pensamientos, buscando relaciones entre la realidad y la posibilidad. Según Craig (1977, En Machado, 2004, p.9) el pensamiento adolescente tiene tres características relevantes: la primera es la capacidad de combinar todas las variables y hallar soluciones a los problemas que se le presentan, la segunda es la habilidad para conjeturar el efecto de una variable en otra, y por último, la destreza para combinar y separar variables según el modelo hipotético-deductivo. Un aspecto relevante del pensamiento operacional formal es la capacidad para analizar los propios procesos del pensamiento. La combinación de su visión crítica para consigo mismos y para la gente que los rodea se manifiesta en egocentrismo.

David Elkind (1967, En: McKinney, Fitzgerald y Strommen, op.cit. p.146) hizo algunas observaciones sobre el egocentrismo en la adolescencia. Elkind sostiene que en cada etapa de desarrollo cognoscitivo, el niño pasa primero por una etapa de egocentrismo. La adolescencia es el principio de la nueva etapa de desarrollo cognoscitivo llamado lógica operacional formal (en la terminología de Piaget antes descrita). Elkind cree que el egocentrismo que caracteriza este período tiene dos aspectos: la noción de un público imaginario y la idea de la fábula personal. Por público imaginario, Elkind quiere decir que los adolescentes a esta edad están tímidamente conscientes de que su conducta tiene cierto efecto en otros, y se comportan como si estuvieran siendo vigilados constantemente y como si fueran el centro de atención. Esta preocupación del adolescente por un público imaginario suele conducir tanto a la crítica de sí mismo como a la alabanza de sí mismo. Así, en un momento dado, el joven adolescente puede aparecer altamente narcisista y en otro momento puede aparecer extremadamente apocado.

Por fábula personal Elkind entiende la convicción que tiene el adolescente de que sus sentimientos y experiencias son únicos. Al adolescente le parece imposible que un adulto pueda comprender lo que él está experimentando y el modo como se siente. Lo que parece oposición obstinada o negativismo en un adolescente temprano suele ser con frecuencia el resultado de esta "fábula personal". McKinney, Fitzgerald y Strommen (op. cit. p.158) dan un buen ejemplo de esta fábula personal: rehusarse a obedecer a las autoridades escolares legítimas o el no entregar a tiempo las tareas, puede ser el resultado de sentir que la situación de uno es única. Aunque el adolescente suele reconocer que otros pueden ser castigados por esas infracciones, puede también mantener la creencia de que las leyes no se aplican a su caso, que es único. Ese sentimiento de que se es tan especial puede llegar al extremo de pensar que se está exento de las leyes comunes y que por lo tanto se es invulnerable e inmortal, lo que puede llevarlo a involucrarse en conductas de alto riesgo.

Podemos hacer una reflexión en torno al rápido incremento de las tasas de suicidio entre la etapa de la niñez (de 5-14 años) y la adolescencia (15-24 años) y su relación con el desarrollo cognitivo. Se arguye que los niños pueden estar protegidos del suicidio debido a la falta de la madurez cognitiva que se requiere

para planear un acto suicida exitoso y para desarrollar sentimientos de desesperanza (Shaffer y Fisher, 1981; en Pelkonen y Marttunen, 2003, p.244). Los niños y preadolescentes que han cometido suicidio han sido reportados como física y cognitivamente precoces (Shaffer, 1974; en Pelkonen y Marttunen, op.cit.).

Sin embargo existen estudios que sugieren que con toda probabilidad Piaget era demasiado optimista cuando expresaba la opinión de que se puede esperar que la mayoría de los adolescentes desarrollen pensamiento operacional formal a la edad de 12 o 13 años (Coleman, op.cit., p. 49). Incluso algunos críticos ponen en duda que los mismos adultos funcionen con pensamiento operacional formal. Sugieren que en la vida diaria la mayoría de los adultos y adolescentes emplean el nivel de pensamiento concreto (Heaven, op.cit. p.21).

Psicopatología en la Adolescencia

Aunque los años adolescentes pueden ser divertidos y llenos de desafíos positivos para algunos, para otros son traumáticos. Algunos adolescentes experimentan problemas familiares y escolares, otros tienen problemas de relaciones sociales. Para algunos estos problemas parecen insuperables y la única opción de salida es el suicidio.

González Núñez ofrece un resumen de la problemática normal que caracteriza a los adolescentes. Enumera: 1) El incremento en la tensión de los impulsos, 2) El desequilibrio en el funcionamiento intrapsíquico, 3) Un predominio de defensas como el ascetismo y la intelectualización, el conformismo y la racionalización, que tienden a rigidizarse o desmoronarse, 4) Una relación de objeto en movimiento, 5) La distorsión normal del tiempo, como si el tiempo no existiera. Existe el presente, el aquí y el instante, perdiendo importancia el pasado. Si se alcanza a percibir el futuro, éste está lleno de angustia e incertidumbre. Las urgencias y necesidades del adolescente son inmediatas, no soportan la demora. Este factor de la percepción del tiempo será desarrollado más extensamente en la discusión sobre los factores cognoscitivos en otro capítulo, 6) Un proceso de identidad en movimiento, 7) El choque de los anteriores procesos ante factores sociales, se da el conflicto de autoridad y la rebeldía, 8) El uso de lenguaje no verbal, corporal, simbólico y 9) La hipersensibilidad (González Núñez, op. cit., p.9).

Pero así como hay una crisis "normal" en esta etapa, también surgen patologías del comportamiento que es preciso identificar oportunamente para darles la debida atención.

Neurosis en la Adolescencia

Desde un enfoque psicoanalítico el adolescente sufre un empobrecimiento del yo que se da por el desprendimiento de los objetos primarios y la sustitución de nuevos objetos amorosos que representan los anteriores. Dado lo anterior el psicoanálisis considera normal que aparezcan síntomas neuróticos pasajeros en la adolescencia. Lo anormal sería la presencia de un equilibrio estable durante este proceso. Si un adolescente no muestra descargas emocionales neuróticas, "probablemente se halla reprimido y está fracasando al enfrentarse con problemas propios de esta etapa de su vida" (González Núñez, op.cit., p.21). Sin embargo, debe valorarse el grado de deterioro psicopatológico del adolescente y tomar en cuenta la presencia de actitudes destructivas para él mismo y los demás, así como la duración de éstas.

Una fuente de ansiedad intensa es el rompimiento de los lazos afectivos infantiles con las figuras primarias. El adolescente vuelve a acercarse a sus padres al percibir este debilitamiento de su yo, pero al experimentar afectos desagradables vuelve a alejarse. Se da entonces un proceso de acercamiento-alejamiento como parte del proceso de separación-individuación. De estos procesos surge la identidad del adolescente. Sin embargo:

...el Yo no siempre consigue alcanzar la difícil labor de integración que se ve obligado a realizar, y el surgimiento de las energías psicosexuales bien puede ser a tal punto avasallador que un Yo proveniente de una infancia problemática y con desajustes importantes se vuelve incapaz de dominar los primitivos conflictos infantiles y unificarlos dentro de las funciones de la personalidad adulta. (González Núñez, op.cit., p.22).

Las perturbaciones neuróticas pueden dividirse en dos grandes categorías: crónica y aguda. La primera categoría se refiere al desarrollo de una problemática en que inicialmente hay una situación real que el adolescente no puede enfrentar y

que, pese a sus intentos por resolverla, experimenta el fracaso. A esto sigue el reemplazo de las medidas realistas de adaptación por fantasías o una conducta regresiva. El Yo se esfuerza por resolver el conflicto infantil revivido evadiéndose de la situación actual; las medidas utilizadas para evitar la angustia, la culpa y los sentimientos de inferioridad determinan el tipo de neurosis que se presentará.

Depresión en la Adolescencia

La depresión se clasifica como un trastorno del estado de ánimo (APA, 1995, p.323). La depresión implica cambios afectivos, en su forma más severa, los cambios negativos extremos del estado de ánimo pueden volverse disfuncionales al grado de llevar al individuo a ser incapaz de realizar sus actividades cotidianas.

Estudios de autopsia psicológica han revelado una fuerte posibilidad de la existencia de desórdenes depresivos en víctimas de suicidio adolescente. La depresión constituye un factor predictivo importante de ideación suicida e intentos suicidas previos (Thompson et al., 2005, p.16).

Petersen y colaboradores sugieren el uso de un sistema de clasificación de la depresión al referirse a personas jóvenes (Petersen et al., 1993, en Heaven, 2001, op.cit. p.127):

- Humor depresivo. Los adolescentes dirán que se sienten tristes. Generalmente hay una razón externa como una mala calificación o un problema en una relación. Estos sentimientos pueden durar varios días y se asocian con miedos, enojo, culpa y aislamiento.
- Síndromes depresivos. La depresión puede ser parte de un problema mucho más grande que forma parte de un síndrome conductual. Puede experimentar depresión junto con otros problemas como altos niveles de ansiedad, soledad, temor a no ser amado, y culpa.
- Depresión clínica. La depresión clínica, de acuerdo a Petersen et al. es similar a la depresión mayor en los adultos. Para ser diagnosticada el adolescente debe haber experimentado cinco o más de los siguientes síntomas en un período de dos semanas: humor depresivo o irritabilidad durante casi todo el día, decremento en el interés en actividades placenteras, cambios de peso, problemas de sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de

energía, sentimientos de indignidad o culpa anormal, baja concentración y baja capacidad de tomar decisiones, ideación suicida repetida o planes de suicidio. (Heaven, op.cit. p.127)

La depresión es una enfermedad importante que amenaza la existencia del individuo, por lo cual debe tener atención prioritaria. Si la depresión no es tratada, una de cada seis personas deprimidas cometerá suicidio (Ellis y Newman, 1996, p. 26), esto significa una tasa de mortalidad del 15%. Cualquier enfermedad con un índice tan alto de mortalidad debe ser considerada prioritaria, pero la sociedad en general sigue tratando a la depresión como un asunto de baja prioridad.

¿Qué tan difundida está la depresión entre la población adolescente? Las cifras varían, pero estudios hechos con la Escala de Depresión de Beck sugieren que alrededor de 5% de los jóvenes reportan sentirse "tristes", mientras que 10% dicen que lloran. Respecto a formas más severas de depresión se estima que aproximadamente 4.7% de los adolescentes se ven afectados (Heaven, op.cit., p.128).

El trastorno distímico representa un factor de riesgo común para los intentos suicidas, con tasas que varían entre 9.5% y 19% en la población adolescente (Nobile, Cataldo, Marino y Molteni, 2003, p.931). Este riesgo se incrementa con la presencia otros factores generales de riesgo suicida, en el contexto de un trastorno distímico

González-Forteza y colaboradores realizaron un estudio donde estimaron una frecuencia del malestar depresivo y de ideación suicida de 14% y 15% en varones respectivamente. En las mujeres fue de 18% en ambos rubros. La muestra la constituyeron 936 adolescentes de la ciudad de México cuya edad promedio fue 13.7 años. Para evaluar el malestar depresivo usaron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001, p.22).

La depresión clínica, como también la fase depresiva del trastorno maniaco-depresivo, implica un grupo de síntomas severos por lo menos durante dos semanas (generalmente es mucho más). Este estado resulta de la angustia que resulta vivir y se caracteriza por sensaciones subjetivas de tristeza, desaliento, soledad y aislamiento. Es un estado más intenso que la tristeza; en principio se

experimenta como un sentimiento displacentero que no se puede aliviar ignorándolo y que puede obstaculizar el funcionamiento normal del adolescente. A veces la depresión puede ser parte de un esfuerzo para enfrentar un trauma que se vive como una "catástrofe narcisista" de la cual el adolescente no se puede recuperar, puesto que sus funciones sintético-integrativas han sido vulneradas a tal grado que se imposibilita el acceso a su mundo interno debido a un estado disociado en el Yo. Las sensaciones atemorizantes de vacío y desintegración son enfrentadas mediante auto reproches y anhelos nostálgicos. De esa forma la depresión enfrenta la herida traumática y la vulnerabilidad resultante como ganancia secundaria y trata, por otra parte, de contener el impacto insoportable para el Yo de un hecho traumático; también las pérdidas pueden desencadenar neurosis depresivas (González Núñez, op.cit., p.29).

Algunos de los criterios actuales para considerar como patológicas las reacciones depresivas es que no ceden con el paso del tiempo, no corresponden con el factor de pérdida (real o fantaseada) que la desencadena y tampoco pueden ser entendidas como una depresión endógena del tipo que surge espontáneamente, la cual está determinada por factores constitucionales y genéticos. Los adolescentes con trastorno depresivo de tipo neurótico tienen intactas sus facultades de comprender y evaluar la realidad. Sin embargo, se muestran poco comunicativos, apáticos, distraídos, pesimistas, con sentimientos de soledad, desvalorización y auto crítica negativa; tiene una visión negativa del mundo, de sí mismo y del futuro (Bemporad, 1990).

Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad y las sobrepasan en auto destructividad. El adolescente parece no poder pensar en otra cosa que el futuro. La idea del futuro sobresale en el pensamiento y la depresión del adolescente. Para él todas las acciones o experiencias son irrevocables y externas, al igual que la vergüenza y la desesperación que le provocan. Este exagerado vínculo entre hoy y mañana escapa a las capacidades del niño y por lo general en el adulto es mitigado por la mayor experiencia. Erikson enfocó estas distorsiones del sentido del tiempo al estudiar los trastornos de un grupo de adolescentes. Observó lo siguiente:

"Las protestas de grandeza malograda y de capacidades potenciales perdidas de manera irrevocable y prematura son tan comunes entre nuestros pacientes como en los adolescentes pertenecientes a culturas que revisten de romanticismo tales manifestaciones. Pero en el caso de los primeros la malignidad consiste en el decidido escepticismo en cuanto a la posibilidad de que el tiempo produzca cambios, y al mismo tiempo en el temor de que ello ocurra" (Erikson, 1959, p.26 citado por Bemporad, 1990, p.212)

Para Bemporad (op. cit., p.212) este temor al tiempo y la incapacidad de manejar la dimensión temporal son quizá lo que determina el carácter urgente y arrollador de la depresión del adolescente.

Otro factor que influye en las manifestaciones depresivas de la adolescencia es la falta de moderación del pensamiento. El adolescente parece vivir en un mundo de todo o nada; da a hechos triviales una trascendencia desmedida y reacciona de manera dramática y determinante. También en este aspecto el adolescente da muestras de carecer de la madurez necesaria para ubicar los acontecimientos cotidianos en la perspectiva adecuada; todo tiene para él un matiz de irrevocabilidad, y a veces de desesperación.

Para Bemporad (op.cit., p.212) las presiones que a sociedad ejerce sobre los adolescentes contribuyen a agravar este cuadro. Se espera que los adolescentes lleguen a ser adultos independientes y responsables, sin embargo los adolescentes sienten a menudo que no están preparados para asumir este papel, dudan de sí mismos. Otros adolescentes se esfuerzan por satisfacer el ideal trazado para ellos por sus padres, pero con frecuencia se niegan a sí mismos, al crecimiento de su propia identidad y autonomía. Muchos adolescentes terminan por caer en depresión, hayan o no alcanzado la meta que se les planteó.

Aunque será tratado con más detenimiento en el capítulo 4, es oportuno mencionar que la depresión clínica se refleja también en los procesos del pensamiento. El Dr. Aaron Beck describió la "tríada cognitiva," que describe los pensamientos de alguien sobre (1) sí mismo, (2) la vida misma, incluyendo los eventos y la gente que lo rodea, y (3) el futuro. La gente deprimida tiende a manifestar patrones negativos de pensamiento. Como resultado, el adolescente pierde interés en los demás, ve la vida en manera negativa y tiene poca esperanza

de que las cosas mejoren en su vida. El proceso lleva al sujeto a aislarse de las personas a quienes les interesa, dejar actividades importantes, evitar nuevas oportunidades y descuidar su salud. Este proceso puede ser tan grave que la muerte empieza a mirarse como la única opción viable (Ellis y Newman, op. cit., p.27).

Diferencias de género en la depresión adolescente

La literatura reporta que más mujeres que hombres reportan episodios depresivos. Las mayores diferencias se encuentran en el humor depresivo y en la depresión ansiosa, más que en otros síntomas como los problemas de sueño o la pérdida de apetito. Las mujeres adolescentes tienen más probabilidad que los hombres de presentar síntomas depresivos, pero no tienen mayor probabilidad de presentar un síndrome clínico de depresión (Heaven, op.cit. p.131).

Entre las razones con las que se ha tratado de explicar esta diferencia se mencionan: la más pronta maduración corporal de las mujeres que pueden llevar al desarrollo de una imagen corporal negativa que a su vez puede estar relacionada con la depresión, probablemente algunos varones desarrollan mecanismos de afrontamiento que las mujeres no, también se sugiere que las mujeres ponen más atención a sus estados de ánimo y emociones que los varones y tienden a enfocarse más en sus síntomas depresivos, otros autores han comentado la relación entre la autoestima y la depresión, generalmente las mujeres adolescentes tienen niveles más bajos de autoestima que puede estar relacionada con sus niveles más altos de depresión, finalmente se subraya la influencia de los cambios hormonales en esta etapa, que es más probable que disparen la depresión en mujeres que en hombres (Heaven, op.cit., p.132).

Conductas de riesgo en la adolescencia

El término "conducta de riesgo" aparece con frecuencia en la literatura científica de la adolescencia. De acuerdo a Muuss y Porton una conducta de riesgo significa que el individuo "elige conscientemente una conducta que es potencialmente peligrosa para su salud física o mental y puede terminar en heridas, incapacidad, e incluso la muerte." (Muuss y Porton,1999, p.422). Estos autores reportan que ha

habido un incremento en la mortalidad de la juventud, pero no es debido a causas naturales, sino a accidentes, heridas y otras consecuencias de conductas de riesgo. En su estudio señalan que las tasas más altas de muerte en adolescentes son por causas violentas y accidentes: accidentes automovilísticos (38%), suicidio (10%), muertes violentas como resultado de heridas (10%), homicidio (9%), ahogamiento (4%) y fuego (2%). En contraste todas las causas naturales forman un 27%. Esta investigación afirma que en Estados Unidos 50% de los adolescentes se hallan en situaciones de bajo riesgo o ningún riesgo, 25% están involucrados moderadamente en actividades de riesgo (por lo menos en una actividad). El grupo de alto riesgo está constituido por el 15% (tres o más conductas) y, finalmente, el grupo de máximo riesgo (10%) participa en cuatro o más conductas peligrosas. Las cifras estadísticas que este estudio revela acerca de la prevalencia de algunas conductas de riesgo son las siguientes: 1) Enfermedades de transmisión sexual, 17% de los jóvenes sexualmente activos contraen gonorrea. 2) Embarazo adolescente, 57 de cada 1,000 adolescentes dan a luz. 3) Tabaquismo, 20% de los estudiantes de 12o. Grado fuman regularmente. 4) Consumo de alcohol, 93% han consumido alcohol, 72% en el último mes. El promedio del primer consumo de alcohol es 12.6 años. 5) Drogas. El consumo de drogas "suaves" se ha duplicado. 6) Abandono de la escuela, rangos del 14 al 25%. 7) Delincuencia. De la población carcelaria el 14.3% lo forman jóvenes de 13 a 21 años. 8) Homicidio. En Estados Unidos de 1985 a 1995 hubo un incremento del 141% en el número de homicidios cometidos por adolescentes. 9) Huir de casa. Las estimaciones indican que entre 750,000 y 1.3 millones de adolescentes huyen de casa y medio millón de jóvenes viven en la calle. 10) Suicidio e intentos suicidas. En Estados Unidos el suicidio es la tercera causa de muerte. Anualmente un estimado de 5,000 a 6,000 jóvenes se quitan la vida cada año. Entre el 9 y el 10% de todos los estudiantes de preparatoria en Estados Unidos han intentado matarse y 25% lo han pensado durante el año anterior.

Otro estudio longitudinal hecho por el programa de salud adolescente de la Universidad de Minnesota realizó una amplia encuesta en 134 escuelas secundarias de Estados Unidos. 90, 118 estudiantes completaron la primera etapa

del estudio, de allí se seleccionó al azar una muestra de 11,572 individuos a los cuales se les aplicó una entrevista en su domicilio. En este estudio se reporta una prevalencia de intento suicida del 3.6% (Resnick, Bearman, Blum, et.al, 1999, p.383).

Algunos jóvenes que son expuestos a condiciones de riesgo de alguna forma son capaces de resistir estas tentaciones o de abandonarlas después de un período de experimentación. Por ello se han propuesto factores de protección que hace posible que estos adolescentes resistan la presión de los iguales y sus propios impulsos. La literatura ha identificado algunos factores específicos.

Resnick y colaboradores (op.cit. p.391) hallaron que la conexión con los padres y la familia, así como con la escuela, son protectores frente a todas las conductas de riesgo con excepción de la historia de embarazo. En contraste, el fácil acceso a las armas en el hogar se asoció con suicidalidad y violencia.

Thompson y colaboradores señalan al contexto familiar como uno de los factores con más influencia sobre la conducta y el desarrollo adolescente. El apoyo familiar actúa como factor protector que contrarresta las conductas suicidas. La expresión de apoyo en familias con jóvenes suicidas es menos frecuente, menos satisfactoria y menos efectiva. Los autores señalan hay fuerte evidencia de que la falta de apoyo familiar está asociada con conductas suicidas (Thompson et al, 2005, p.16).

Muuss y Porton señalan cuatro factores específicos que la literatura ha identificado como protectores:

1. Un clima familiar que plantee demandas pero también provea amor, que aporte seguridad y apoyo pero también anime la independencia.
2. Un contacto significativo con al menos un individuo que apoye y muestre interés y que provea ayuda si es requerida.
3. Una red social de apoyo mediante amigos, parientes, y otras relaciones sociales estables, especialmente gente que no apoye la elección de conductas riesgosas.
4. Cualidades personales que permiten resistir las tentaciones, se incluyen la estabilidad emocional, cooperatividad, sensibilidad a otros, independencia, habilidad para posponer la gratificación de necesidades personales, control de impulsos, perspectiva orientada hacia el futuro, confianza en sí mismo,

autoestima positiva, capacidad de pedir ayuda y consejo (Muuss y Porton, op.cit. p.430).

Dadas las características de la adolescencia que se han comentado se puede ver la necesidad de replantear muchos conceptos ampliamente difundidos acerca de esta etapa de la vida. Son muchos los retos que enfrentan todos los que tienen contacto con los adolescentes: padres, educadores, profesionales de la salud, servidores públicos, a fin de identificar a los individuos en riesgo y rescatarlos de una consecuencia dañina o fatal como resultado de su conducta. A fin de revisar más específicamente la incidencia de las conductas suicidas, en el siguiente capítulo se examinarán las estadísticas recientes del fenómeno en el mundo y en nuestro país.

Capítulo 2: Estado Actual del Problema

A fin de adentrarnos en la problemática del suicidio es necesario hacer una descripción de la magnitud e impacto del problema. Como cualquier otro problema de salud que afecta a un gran número de personas, el suicidio ha sido estudiado desde el punto de vista epidemiológico. A continuación se revisará las cifras del suicidio.

Suicidio Consumado

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 murieron 815,000 personas por suicidio y 10 a 20 veces más personas intentan suicidarse en el mundo. Esto representa una tasa de 14.5 por cada 100 mil habitantes, lo que equivale a una defunción cada 40 segundos (OPS, 2003, p. 201). Al comparar estas cifras con las de otras formas de violencia podemos observar que más personas mueren por suicidio que, por homicidio y fatalidades de guerra (Tabla 1)

Tabla 1

Cifras estimadas de defunciones debidas a la violencia en el mundo, 2000

Tipo de violencia	Cantidad	Tasa por cada 100 mil hab.	Proporción del total (%)
Homicidio	520,000	8.8	31.3
Suicidio	815,000	14.5	49.1
Asociada con la guerra	310,000	5.2	18.6
Total	1,659,000	28.8	100.0
Países de ingreso bajo a mediano	1,510,000	32.1	91.1
Países de ingreso alto	149,000	14.4	8.9

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000.

En todos los países el suicidio es ahora una de las tres causas principales de muerte entre la gente de 15 a 34 años. El suicidio, hasta hace poco, era más

predominante entre los ancianos, pero ahora el suicidio predomina en la gente joven tanto en términos absolutos como relativos, en una tercera parte de todos los países (WHO, 1999).

Hay considerables diferencias en la distribución de suicidios según la región del mundo. Los índices más altos de suicidio se encuentran en los países de Europa Oriental (Por ejemplo, Bielorrusia 41.5 por 100,000 hab., Lituania 51.6, Federación Rusa 43.1, OPS, op.cit. p. 202). Las tasas más bajas se hallan principalmente en Latinoamérica, por ejemplo, Colombia: 4.5 por cada 100,000 hab., México: 5.1 por cada 100,000 hab. (OPS, op.cit. p. 202). La Tabla 2 muestra un cuadro comparativo de las tasas de suicidio consumado en el mundo.

Tabla 2

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
			Total	Varones	Mujeres	
Albania	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Alemania	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Argentina	1996	2,245	8,7	14,2	3,9	3,6
Armenia	1999	67	2,3	3,6	— ^b	— ^b
Australia	1998	2,633	17,9	28,9	7,0	4,1
Austria	1999	1,555	20,9	32,7	10,2	3,2
Azerbaiyan	1999	54	1,1	1,7	— ^b	— ^b
Belarus	1999	3,408	41,5	76,5	11,3	6,7
Bélgica	1995	2,155	24,0	36,3	12,7	2,9
Bosnia y Herzegovina	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Brasil	1995	6,584	6,3	10,3	2,5	4,1
Bulgaria	1999	1,307	16,4	26,2	7,7	3,4
Canadá	1997	3,681	15,0	24,1	6,1	3,9
Chile	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
China						
RAE de Hong Kong	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Ciertas zonas rurales y urbanas	1999	16,836	18,3	18,0	18,8	1,0
Colombia	1995	1,172	4,5	7,4	1,8	4,1
Costa Rica	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Croacia	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Cuba	1997	2,029	23,0	32,1	14,2	2,3
Dinamarca	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Ecuador	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
El Salvador	1993	429	11,2	16,3	6,8	2,4
Eslovaquia	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Eslovenia	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
España	1998	3,261	8,7	14,2	3,8	3,8
Estados Unidos	1998	30,575	13,9	23,2	5,3	4,4
Estonia	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Federación de Rusia	1998	51,770	43,1	77,8	12,6	6,2
Filipinas	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6
Finlandia	1998	1,228	28,4	45,8	11,7	3,9

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa Total	Tasa Varones	Tasa Mujeres	Relación entre tasas
Francia	1998	10,534	20,0	31,3	9,9	3,2
Georgia	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Grecia	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Hungría	1999	3,328	36,1	61,5	14,4	4,3
Irlanda	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Israel	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Italia	1997	4,694	8,4	13,4	3,8	3,5
Japón	1997	23,502	19,5	28,0	11,5	2,4
Kazajstán	1999	4,004	37,4	67,3	11,6	5,8
Kuwait	1999	47	2,0	2,2	— ^b	— ^b
Kirguistán	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Letonia	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Lituania	1999	1,552	51,6	93,0	15,0	6,2
Macedonia antigua	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Yugoslavia						
Mauricio	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
México	1997	3,369	5,1	9,1	1,4	6,3
Nicaragua	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Noruega	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7
Nueva Zelanda	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Países Bajos	1999	1,517	11,0	15,2	7,1	2,1
Panamá	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Paraguay	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Polonia	1995	5,499	17,9	31,0	5,6	5,5
Portugal	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Puerto Rico	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Reino Unido	1999	4,448	9,2	14,6	3,9	3,8
Escocia	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
Inglaterra y Gales	1999	3,690	8,5	13,4	3,6	3,7
Irlanda del Norte	1999	121	9,9	17,0	— ^b	— ^b
República Checa	1999	1,610	17,5	30,1	6,3	4,8
República de Corea	1997	6,024	17,1	25,3	10,1	2,5
República de Moldova	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Rumania	1999	2,736	14,3	24,6	4,8	5,1
Singapur	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Suecia	1996	1,253	15,9	22,9	9,2	2,5
Suiza	1996	1,431	22,5	33,7	12,3	2,7
Tayikistán	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Tailandia	1994	2,333	5,6	8,0	3,3	2,4
Trinidad y Tobago	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8
Turkmenistán	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Ucrania	1999	14,452	33,8	61,8	10,1	6,1
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Uzbekistán	1998	1,620	10,6	17,2	4,4	3,9
Venezuela	1994	1,089	8,1	13,7	2,7	5,0

RAE: Región Administrativa Especial.

^a Año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para los países con menos de 1 millón de habitantes

^b Se informaron menos de 20 defunciones; no se calcularon la tasa ni la razón de tasa.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2003) Informe mundial sobre la violencia y la salud.

Edad: La distribución de esos suicidios difiere al considerar edad y sexo. Cerca de 60% de todos los suicidios ocurrió en personas del sexo masculino y cerca de la mitad de estos se hallaban entre los 15 y los 44 años de edad. La tasa de suicidios se incrementa a medida que aumenta la edad tanto en hombres como en mujeres y las tasas más altas se ubican en individuos mayores de 60 años. (OPS, op.cit. p.11)

En general, las tasas de suicidio mundiales en las personas de 75 o más años de edad equivalen a aproximadamente el triple de las tasas correspondientes a los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Esa tendencia aplica a ambos sexos, pero es más marcada en los hombres.

Si bien las tasas de suicidio son en general más elevadas en las personas mayores se ha observado que el número absoluto de casos registrados entre quienes tienen menos de 45 años es en realidad más alto que en las personas de más de 45 años. Hoy en día, en aproximadamente un tercio de los países, las tasas de suicidio son ya superiores entre las personas de menos de 45 años de edad que entre quienes superan los 45 años. Es una tendencia que se observa en todos los continentes y que no se correlaciona con los niveles de riqueza.

Género: Predomina el hecho de que la mayoría de los suicidas son hombres, pero en las últimas décadas, con variaciones según el país, se ha ido estrechando la distancia entre hombres y mujeres. En Estados Unidos la relación masculino femenino para suicidio es aproximadamente de tres a uno, y según aumenta la edad la tasa se incrementa rápidamente para los varones y levemente para las mujeres, así entre los 15 y los 19 años la relación es de 4.5 a uno y entre los 20 y los 24 años es mayor a 6 por uno (Machado, op.cit., p.33). En México, el suicidio consumado también es un problema que afecta mayormente a los varones. La relación que se ha establecido es de tres casos de suicidio en hombres por uno en mujeres (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996; en Machado, op.cit.). En las cifras de suicidios en México en 2003 (INEGI, 2004), correspondió a los hombres un 83.3% y a las mujeres 16.7% del total. La proporción es de cinco hombres suicidas por cada mujer. Las cifras parecen confirmar que los hombres se suicidan más que las mujeres.

Si hay algo que se puede comentar acerca de las estadísticas sobre los suicidios es que existen grandes diferencias en las tasas de suicidio según el sexo y la edad. Esto muestra la importancia de vigilar las tendencias epidemiológicas para determinar qué grupos de población corren un riesgo mayor de suicidio.

En nuestro país las cifras oficiales han venido reportando un incremento en los actos suicidas en la población en general. Las cifras más recientes

proporcionadas por el INEGI corresponden al año 2003 (INEGI, 2004). En éstas se hace la distinción entre los intentos de suicidio y los suicidios.

En lo que toca a los suicidios, en 2003 ocurrieron 3, 327 suicidios en el ámbito nacional. Esto significó un incremento de 3.6% con respecto a 1995. Cabe señalar que esa tendencia ascendente se advirtió en algunas entidades, mientras que en otras la tendencia fue descendente.

Borges y colaboradores (Borges et al., 2005) realizaron un estudio con personas no institucionalizadas entre los 18 y los 65 años en zonas urbanas de México. Del total de la muestra (n=2,362), 8.3% reportaron una ideación suicida durante la vida, 3.2% planeación y 2.8% un intento. En los 12 meses previos a la entrevista la prevalencia fue mucho menor: 2.3% para ideación, 1.0% planeación y 0.6% para intento. Dichos comportamientos prevalecieron en la adolescencia y adultez temprana y fueron menos comunes después de los 35 años, con excepción de la ideación suicida que se mantuvo presente en edades más avanzadas.

Entre las conclusiones relevantes que este estudio reporta se pueden mencionar las siguientes: la conducta suicida tiende a comenzar temprano en la vida, alrededor del inicio de la adolescencia y persiste hasta la mitad de la tercera década de la vida. Haber sido diagnosticado en uno o más de los trastornos psiquiátricos evaluados en la encuesta (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, de control de impulsos, abuso de sustancias) constituye un fuerte factor de riesgo para todas las conductas suicidas.

Al compararse las tasas de prevalencia de estas conductas en México con las de otros países se descubre que las de México son más bajas. En Estados Unidos se reporta una prevalencia de la ideación suicida alguna vez en la vida de 13.5%, la correspondiente a la planeación es 3.5% y algún intento 4.6%. En Australia la prevalencia para ideación alguna vez en la vida es de 16.0% y 3.6% para intento alguna vez en la vida. Esta comparación de la prevalencia mexicana de la ideación suicida alguna vez en la vida con la de otros países ubica a México en niveles bajos de suicidalidad. Sin embargo, Borges y colaboradores señalan que debido al reciente incremento del suicidio éste se ha convertido en un componente importante del perfil epidemiológico del país (Borges et.al, op.cit. p.45).

Estadísticas de Adolescentes

Muchos países han registrado un constante incremento en las tasas de suicidio entre los jóvenes en años recientes. Existe una relación directa entre la edad y el incremento de suicidio en niños, adolescentes y jóvenes adultos. Durante la última década los suicidios entre los jóvenes se han incrementado en algunos países europeos, Nueva Zelanda y Australia, y la mayor parte de este incremento es por la conducta suicida en los varones. Pelkonen y Marttunen (2003, p.245) señalan que en Estados Unidos se ha triplicado la cantidad de suicidios entre individuos de 15 a 19 años entre 1960 y 1980, pero que desde 1994 los suicidios en varones han declinado. En Finlandia, un país que hasta 1991 tenía una tasa elevada de suicidios, también se ha observado una declinación del 20% desde 1998.

Se desconoce el trasfondo de dichos cambios en las tasas de suicidio juvenil, pero se ha sugerido que la declinación de las tasas se debe a la restricción en la disponibilidad de los medios letales, es decir, armas, y en el mejor manejo de la depresión (Pelkonen y Marttunen, op.cit, p.245).

Al comparar la incidencia de suicidio juvenil entre las naciones se pueden observar grandes diferencias. La Tabla 3 muestra la incidencia del suicidio en algunos países:

País	Año 1 ^(a)		Año 2 ^(b)			
	Año	Varones	Mujeres	Año	Varones	Mujeres
Rusia	1994	48.8	9.0	2002	56.9	9.2
Nueva Zelanda	1993	39.4	5.9	2000	30.4	5.7
Suiza	1994	30.3	5.2	2000	18.5	4.9
Austria	1994	25.4	6.6	2002	20.1	3.6
Canadá	1993	23.8	4.7	2000	20.2	5.5
Australia	1993	23.7	3.7	2001	20.7	4.8
Irlanda	1994	21.5	0.8	2000	25.3	6.5
Noruega	1993	21.9	6.0	2001	22.1	7.6
Estados Unidos	1992	21.9	3.7	2000	17.0	3.0
Francia	1993	18.2	5.2	1999	12.3	3.4
Croacia	1994	18.3	7.8	2002	17.2	4.4
Alemania	1994	13.9	3.7	2001	12.4	2.7
Bulgaria	1994	13.3	5.0	2002	9.1	4.3
Suecia	1993	12.0	6.6	2001	11.2	3.6
Japón	1994	12.0	5.1	2000	15.8	6.9
Reino Unido	1994	10.0	1.9	1999	10.6	2.5
Holanda	1994	9.1	4.1	2000	9.4	1.9
Italia	1992	6.8	1.8	2000	6.7	1.6
México	1993	5.9	1.3	1995	7.6	2.0
Portugal	1994	4.8	1.9	2000	3.7	1.0

Fuentes:

^(a) World Health Organization, 1996 (en Heaven, 2001, p.138)

^(b) World Health Organization Statistical Information System (consultado el 23 de agosto de 2005 en: http://who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/)

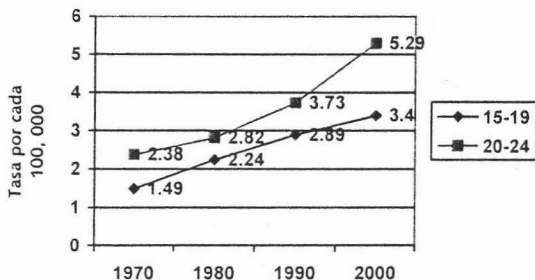
Puede observarse en la Tabla 3 que en muchos países la tendencia de las tasas es a incrementarse. Tal es el caso de México, con tasas que van de 5.9 en 1993 a 7.6 en 1995 en varones, y de 1.3 a 2.0, respectivamente, en mujeres. Pero otros países muestran una disminución en las tasas, de tal manera que en la columna correspondiente al primer año los países están ordenados de la nación con la tasa más elevada al que presenta cifras más bajas. En la columna correspondiente al segundo año, el orden cambió. Lo que puede observarse es la gran variabilidad de las cifras, y que, por lo tanto, debe mantenerse una constante vigilancia epidemiológica.

Siempre que se dan cifras sobre el suicidio alguien cuestiona su confiabilidad, insistiendo que en muchos lugares se esconde el suicidio y que las cifras verdaderas deben ser mucho más elevadas. Esto es reconocido, pero lo único que hace es reafirmar la gravedad de lo que estas cifras presentan. Aunque la confiabilidad de los datos internacionales es alta, no obstante debe tenerse cuidado al interpretar las cifras. En algunos casos, las cifras proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud difieren mucho en cuanto a las cifras más recientes de cada país. Esto se debe a dificultades en la recolección de los datos y su comprobación, un proceso que puede durar de 2 a 4 años. Esto explica que los "datos más recientes" a menudo presenten un rezago de varios años. Otra precaución que debe tomarse se da en relación a la interpretación de las tasas (que se dan por cada 100,000 habitantes) en países con poca población, unos pocos suicidios de más o de menos pueden modificar grandemente las tasas, dando así la falsa impresión de un elevado incremento o decremento (WHO, 1999)

Las cifras más recientes de suicidio en México proporcionadas por el INEGI (2004) señalan que el grupo de mujeres entre 15 y 19 años presentó 23.9 puntos porcentuales del total de mujeres, lo que significa que aproximadamente uno de cada cuatro hechos suicidas cometidos por mujeres, en el ámbito nacional, correspondió a una adolescente. Al ser comparado con el año anterior se observa un leve incremento de 0.4%. Pero en la población masculina del mismo grupo de edad se presentaron 10.5% de los casos lo cual significa un decremento respecto al año anterior (10.8%). En este grupo de edad la proporción de mujeres que se suicidan superó a la de los hombres.

La Gráfica 1 nos ofrece el reporte de estadísticas de adolescentes de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud al Adolescente dependiente del IMSS (Fonseca, 2004b). Se comparan las cifras de 1970 al 2000:

Gráfica 1. Tasa de Suicidios consumados en Adolescente/joven de México (1970-2000)



Fuente: Epidemiología del suicidio en México 1970 – 1994 Borges G, Rosousky, Gómez C, Gtez R, Salud Pública México, 1996; 38: 197-206. INEGI Cuadernillo 7 Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios Edición 2001.

En la Gráfica puede observarse el incremento, en el grupo de edad de 15 a 19 años, de una tasa de 1.49 por 100,000 habitantes en 1970 a 3.4 por 100,000 habitantes en 2000, lo que significa un aumento de 128% en tres décadas, y lo que parece ser una tendencia de aumento constante. También podemos observar el incremento con la edad, ya que los adolescentes tardíos (de 20-24 años) presentaron un considerable aumento con relación al segmento anterior.

Intento Suicida

Ya que, con todo y el incremento de las cifras de suicidios consumados, el suicidio en adolescentes no es muy frecuente, mucho del conocimiento del suicidio se basa en el estudio de otras conductas suicidas como el intento y la ideación suicida. Debido a las variaciones en las definiciones de los estudios, las características de las muestras y la falta de estadísticas precisas, la prevalencia de las tasas de ideación suicida e intentos suicidas son difíciles de estimar. Sin embargo, se ha estimado que aproximadamente 25% de los jóvenes tienen

ideaciones suicidas, y aproximadamente del 2 al 12% han intentado suicidarse alguna vez (Pelkonen y Marttunen, op.cit. p.249).

En México fueron registrados 222 intentos de suicidio en el año 2003 en todo el país. Respecto al año inmediato anterior se halló una tendencia decreciente en el volumen anual de casos registrados identificada en -27.0 puntos porcentuales. Esta tendencia se ha observado desde 1999, donde la diferencia porcentual de ese año con respecto a 2003 fue de -46.8%.

En los intentos de suicidio la frecuencia de intentos realizados por mujeres superó a los de los hombres. Entre 1995 y 2003 se observó que de cada diez intentos, seis fueron realizados por mujeres. En relación a la edad que tenían la frecuencia más significativa se identificó en el grupo femenino de 15 a 19 años con un porcentaje de 15.3%.

Una limitante de los datos estadísticos sobre el suicidio es que, en general, se subestima la verdadera prevalencia del suicidio en una población. Por diferentes razones las personas que informan acerca del hallazgo del suicidio a menudo se hallan renuentes a definir la muerte como suicidio. Puede ser por prejuicios religiosos y culturales que condenan el suicidio. Se puede ocultar un suicidio para evitar la estigmatización de la familia de la persona, por conveniencia social o por razones políticas.

Borges mostró que en los Ministerios Públicos estaban subregistrados los intentos de suicidio, ya que su número en un año determinado es menor que el de los suicidios consumados, lo que no concuerda con la historia natural del suicidio. Mondragón, Borges y Gutiérrez comentan: "En países con mejores sistemas de registro éstos reportan más intentos de suicidio que suicidios consumados, pero en México esta situación es a la inversa" (1996, en Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001, p.5). Efectivamente, en 2003 se reportaron 3,327 suicidios consumados en toda la república, pero, según el INEGI, sólo se reportaron 222 intentos de suicidio en el mismo período (INEGI, 2004). En Australia, en 1996 se estimaba que por cada suicidio consumado había cerca de 30 parasuicidios (Hassan, 1996, p.1). De Wilde afirma que aunque no hay estadísticas nacionales precisas para los intentos suicidas, "el número de hechos es mucho más alto que el de los suicidios consumados" (De Wilde, 2000, p.250). Argumenta que muchos de los datos sobre

los cuales se basan las tasas de conductas suicidas no fatales provienen de contactos médicos como ingresos hospitalarios y están ligados directamente a la gravedad médica de las consecuencias del acto auto lesivo. Sin embargo, los adolescentes que toman demasiadas tabletas de paracetamol con la expectativa de morir pero terminan vomitándolas en el cuarto de baño, no es muy probable que busquen asistencia médica por este acto de auto envenenamiento. Casos similares no están incluidos en las estadísticas, pero son importantes para poder tener un cuadro completo del fenómeno.

Por lo tanto, los registros sobre los intentos de suicidio no indican el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en México. Así, los investigadores han tenido que realizar cuestionarios adecuados para obtener la información directamente del sujeto. Estas mediciones directas mediante encuestas nacionales han probado ser más precisas (De Wilde, op.cit., p.250). Mondragón, Borges y Gutiérrez (op.cit. p.11), en su revisión de estudios sobre la prevalencia de los intentos de suicidio, hallaron un rango que va del 1.4% (Encuesta Nacional de Adolescentes, 1998) hasta el 10.1% (Encuesta de Estudiantes, Pachuca, 1996), el porcentaje indica el sector poblacional adolescente que respondió afirmativamente a la pregunta "¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida?". Los intentos de suicidio son más comunes entre las mujeres adolescentes. Los estudios sobre la prevalencia de la ideación suicida reportaron rangos del 1.0% (Encuesta Nacional de Adolescentes, 1998) hasta 40.7% (Encuesta Nacional de Adolescentes (DF), 1991). De acuerdo a estos autores, estas cifras son similares a las prevalencias internacionales. Las prevalencias de la ideación suicida en otros países van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes. Si se descartan los valores extremos en los intentos de suicidio (la prevalencia más alta hallada en los estudios y la más baja) la prevalencia entre la población adolescente varía de 3.0% a 8.3% en el total de la población. Los ya citados autores afirman que la literatura internacional indica prevalencias de 2.2% a 20% de intento de suicidio entre la población adolescente y la adulta (Diekstra y Garnefski, 1995, en Mondragón, Borges y Gutiérrez, op.cit., p.13). En esta revisión también se identificaron los factores más frecuentemente asociados con la conducta suicida (ideación e intento). En la población adolescente el factor más

frecuentemente relacionado con el intento y la ideación suicida es el género del individuo que presenta la conducta suicida.

González-Forteza y colaboradores (2002, p.2) realizaron mediciones de la prevalencia del intento suicida en adolescentes de la ciudad de México en 1997 y en 2000. En 1997 la prevalencia del intento suicida en adolescentes de la ciudad de México fue de 8.3% y en 2000 se incrementó a 9.5%. Esta problemática fue más frecuente en las mujeres (más de tres por cada varón). Pero tanto en hombres como en mujeres las características del intento suicida fueron similares en cuanto a: Edad: entre los 10-15 años; Motivos: predomina la esfera interpersonal (problemas familiares), seguida por la esfera emocional (sentimientos depresivos); Métodos: el más frecuente y con una tendencia al aumento fue cortarse con un objeto punzo cortante; y la Letalidad: casi la tercera parte de los estudiantes reportaron haber deseado morir y casi la mitad indicó que no le importaba si vivía o moría. La conclusión de los autores es que la conducta suicida en los estudiantes de la ciudad de México tiende al aumento.

Ideación Suicida

En México de una muestra de estudiantes universitarios 27% de las mujeres presentaron por lo menos un síntoma de ideación suicida, y 30% de la población masculina pensó en quitarse la vida (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998, p.4). Al calcular la prevalencia de la ideación suicida los autores obtienen 1.7%. La edad promedio de esta muestra en particular fue de 19 años, observaron una tendencia a reducirse con la edad, pues otros estudios citados por los autores reportan una prevalencia del 11% aproximadamente en estudiantes de secundaria y bachillerato (González-Forteza, 1996; Medina-Mora, et al., 1993). En este estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Es importante estudiar este rubro por su reconocida asociación con el suicidio consumado. La conducta suicida es vista como un continuo, el precursor del intento suicida es la ideación suicida.

Aunque las cifras no son muy elevadas puede concluirse que durante su desarrollo muchos adolescentes en la población en general experimentarán algún grado de desdicha como lo expresan en las encuestas de auto reporte sobre

intentos e ideación suicida. Surgen varias preguntas al revisar estas cifras: ¿cuándo se convertirá esta infelicidad en un acto suicida? ¿estos reportes responden a un momento dependiente del humor o son crónicos? Las preguntas son importantes porque conceptualmente se considera que la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado están relacionadas jerárquicamente: generalmente los pensamientos suicidas preceden a los actos suicidas, y los suicidios consumados constituyen el subgrupo de los intentos suicidas. En un estudio con 1,700 adolescentes de la población general con humor depresivo el reportar "haber tenido alguna vez pensamientos suicidas" incrementaba el riesgo de un intento suicida en el año siguiente 2.5 veces. Reportar "haber tenido pensamientos durante el mes anterior" incrementaba el riesgo 3.3 veces (De Wilde, op.cit., p.252). La conclusión es que existe una relación significativa entre las distintas conductas suicidas, pero se necesita más investigación para establecer empíricamente esta relación y determinar los factores que contribuyen al "continuo suicida".

Mazza y Reynolds estudiaron la relación longitudinal entre factores psicológicos y sociales y la ideación suicida en adolescentes. Evaluaron en un período de un año a 374 estudiantes de secundaria con una media de 15.5 años de edad, respecto a niveles de depresión, desesperanza, eventos de vida adversos, apoyo social e ideación suicida. Esta investigación halló que cambios en la desesperanza estuvieron relacionados con cambios en la ideación suicida tanto en hombres como en mujeres. Los autores sugieren que los cambios en la depresión y en la desesperanza son factores de riesgo importantes tanto para hombres como para mujeres que están experimentando ideación suicida. Estas dos variables estuvieron relacionadas con la severidad de la ideación suicida presente, pero fueron débiles para predecir los niveles futuros de cogniciones suicidas un año después. En la medición inicial 9% de la muestra manifestó un nivel clínico de ideación suicida, ya que la muestra fue en población general, esto sugiere que los problemas de conducta e ideación suicida son también significativos en la población general. Los autores señalan que es extremadamente difícil tratar de predecir conductas e ideación suicidas a partir de los factores de riesgo psicosociales (Mazza y Reynolds, 1998).

Capítulo 3: Teorías del Suicidio

Teorías Explicativas del Suicidio

¿Por qué los individuos cometen suicidio? Una gran variedad de teorías han abordado la problemática suicida. Cabe reflexionar que la utilidad de anclarse en una propuesta teórica consiste en tener organizado un cuerpo de conocimiento con el que es posible darle sentido a una serie de datos que de otra manera serían caóticos y también hacer predicciones respecto a la conducta futura.

Algunos de los ámbitos desde los cuales han surgido teorías del suicidio son los siguientes:

- 1) La Epidemiología, que han enfocado las características demográficas.
- 2) La Filosofía, que ha tratado de responder las difíciles cuestiones sobre la naturaleza y el propósito de la vida.
- 3) La Sociología, que ha enfatizado el papel crítico de las variables sociales y culturales.
- 4) La Psiquiatría, 5) Las corrientes Psicodinámicas, 6) Las Psicologías y 7) La biología, que han subrayado la importancia de la enfermedad mental, conflictos inconscientes y procesos emocionales, sufrimiento fisiológico y necesidades psicológicas no satisfechas, y desequilibrios químicos, respectivamente. Todo lo anterior puede ubicarse dentro de un ámbito individual.

Una explicación detallada de todas las teorías sobre el suicidio va más allá del alcance de este trabajo. Por lo anterior en este capítulo se revisarán tres teorías que, desde sus supuestos, han intentado explicar la conducta suicida: El enfoque sociológico, el psicodinámico y el psicosocial. Se han elegido estos enfoques por considerarlos representativos de los diferentes ámbitos desde los cuales se ha tratado de explicar el fenómeno del suicidio: el ámbito social, el enfoque sociológico, el individual, correspondiente a la aproximación psicodinámica, y la postura psicosocial como un ejemplo de los intentos de explicar la conducta suicida desde la multidisciplinaridad.

El Enfoque Sociológico

"El enfoque sociológico del suicidio afirma que ciertas características de la sociedad inciden en el número de suicidios que dicha sociedad presenta." (Villardón, 1993, p.62).

La obra *El Suicidio* de Durkheim (1897) constituye el primer intento de estudiar el tema del suicidio desde una perspectiva sociológica. Para ello utilizó el análisis estadístico comparativo de diferentes variables y categorías sociales como el sexo, la edad, el estado civil, la religión, el país, así como la incidencia de distintos hechos en la variación de las estadísticas, como las guerras y las crisis económicas, en su condición de desestabilizadores sociales.

La perspectiva sociológica parte de la idea de que es la sociedad, como marco de referencia y desarrollo de los sujetos, quien directa o indirectamente orienta a los mismos hacia el suicidio, por cuanto no es capaz de orientar a la vida a los individuos que la conforman.

Para Durkheim el hombre es ante todo un ser social y, por lo tanto la conformación de la sociedad influirá sobre el individuo, tanto en su manera de percibir la sociedad, como en su manera de proyectarse socialmente (Clemente y González, 1996, p.49). De igual manera, establece que las circunstancias sociales influyen al provocar un "estado de ánimo colectivo", que presiona a los individuos. Pero da al individuo consciente la última palabra sobre la conducta suicida. Los factores sociales influyen al individuo en tanto éste es susceptible a ellos. En palabras de Durkheim "no hay suicidio, sino suicidios... El suicidio es el acto de un hombre que prefiere la muerte a la vida. Pero las causas que lo impulsan no son de la misma naturaleza en todos los casos; hasta, a veces, son opuestas entre sí." (Durkheim, 1897/1987, p.302)

Basándose en esta última idea construye una tipología de los suicidios en función de las características sociales. Las distintas variedades del suicidio responden a diferentes sociedades o circunstancias sociales:

1. El suicidio egoísta corresponde a sociedades disgregadas, con poca cohesión. La característica principal de dichas sociedades es la excesiva individualización y el egocentrismo. Cuando el hombre no está integrado a la sociedad, por percibir a ésta difusa o incapaz de "expresarlo", siente a ésta como algo ajeno

- a sí mismo, perdiendo su razón de ser en ella, lo que se traduce en apatía y decepción generalizada.
2. El suicidio altruista es propio de individuos altamente integrados y subordinados a la voluntad colectiva. Dentro de este grupo Durkheim advierte que son los ancianos y las viudas las principales categorías sociales que lo realizan. En este caso la autoridad del grupo social es tan importante que el individuo pierde su identidad personal y desea sacrificar su propia vida por los intereses de su comunidad.
 3. El suicidio anómico se da, según Durkheim, en función de la normatividad social. La sociedad asigna expectativas y medios de logro sociales que hacen experimentar a los individuos bienestar y realización, dentro de los límites impuestos por la sociedad a cada grupo social. Estas normas no tienen que tener una forma jurídica, pero es una verdadera reglamentación social. Cuando el sujeto no puede acceder a los valores sociales con los medios de que dispone, por los determinantes de la realidad circundante, surge un conflicto entre los deseos individuales y las reglas sociales que le impiden realizarlos, desanimándose y perdiendo el interés en una vida que no coincide con lo que desea.
 4. El suicidio fatalista, el que se da en esclavos y que Durkheim menciona por interés histórico. En este caso el individuo se suicidaría por serle imposible sustraerse al determinismo de la autoridad social.

Una variación de este tipo de suicidio es el anómico conyugal, fruto de la viudez y el estado de divorcio. En una sociedad donde se otorga un alto valor al matrimonio y a la familia, el individuo que ha perdido esta referencia se halla en una situación de alto riesgo suicida.

Así pues, la interpretación sociológica del suicidio en Durkheim defiende que cada sociedad posee una inclinación específica hacia el suicidio, en función de su estructura, sus características y circunstancias, lo que crea una mentalidad y estado de ánimo colectivo, que asimilados por los individuos los predispone en cierto grado al suicidio. En palabras de Durkheim: "Son estas tendencias (anomia, egoísmo y altruismo) de la colectividad las que, penetrando en los individuos, los impulsan a matarse" (Durkheim, op.cit, p.326)

En línea con las aportaciones de Durkheim, investigaciones actuales han identificado varios factores sociales y ambientales importantes relacionados con el comportamiento suicida, que incluyen factores tan diversos como la disponibilidad de un medio para cometer el suicidio, el lugar de residencia de la persona, su situación laboral o migratoria, su credo religioso y la situación económica.

Un factor importante que determina que el comportamiento suicida sea o no mortal es el método elegido. En los Estados Unidos, las armas de fuego se usan en alrededor de dos terceras partes del total de los suicidios. En otras partes del mundo, es más común el ahorcamiento, método que es seguido en orden de frecuencia por el empleo de un arma de fuego, saltar desde un lugar alto y el ahogamiento. En China, el envenenamiento con plaguicidas es el método más común (De Leo, Bertolote y Lester, 2003, p.213).

En los dos últimos decenios, en algunos países, como Australia, ha habido un aumento notable del suicidio por ahorcamiento, especialmente entre los jóvenes, acompañado de una disminución paralela en el empleo de armas de fuego. En general, las personas mayores tienden a adoptar métodos que impliquen menos fuerza física, como ahogarse o saltar desde las alturas; esto se ha registrado en particular en los casos de suicidio en Hong Kong (China) y Singapur. Casi en todas partes, las mujeres tienden a adoptar métodos "más suaves"—por ejemplo, una sobredosis de medicamentos— en los intentos de suicidio tanto mortal como no mortal. Una excepción notable a esto es la práctica de auto inmolación observada en la India.

Aparte de la edad y el sexo, en la elección del método de suicidio pueden influir otros factores. En el Japón, por ejemplo, se sigue usando la práctica tradicional de abrirse el vientre con una espada (llamada *harakiri*). Es conocida la imitación de un método de suicidio, especialmente entre los jóvenes y en relación con la muerte de una celebridad. La decisión de una persona de suicidarse generalmente guarda relación con la letalidad del método elegido: las personas de edad, por ejemplo, expresan normalmente una voluntad de morir mayor que la de otras personas y tienden a elegir métodos más violentos —como un disparo, saltar desde un sitio alto o ahorcarse— y que ofrecen menos posibilidades de un rescate durante el intento.

De Leo, Bertolote y Lester (op. cit. p.214) señalan que con frecuencia hay grandes disparidades entre las tasas de suicidio de las zonas urbanas y las rurales. Por ejemplo, en el distrito de Manhattan de la ciudad de Nueva York se registraron 1,372 suicidios en 1997, el triple de la cantidad (411) de suicidios del estado de Nevada, constituido en gran parte por zonas rurales, pero la tasa en Nevada fue más de tres veces superior a la del estado de Nueva York (24,5 por 100 000 —la más alta en los Estados Unidos— en contraste con 7,6 por 100 000). Se han informado diferencias similares entre las zonas urbanas y rurales, por ejemplo, en Australia, y en países europeos, como Inglaterra y Gales (datos combinados) y Escocia, donde entre los agricultores se registran tasas elevadas de suicidio. También se ha señalado que las tasas de suicidio entre las mujeres de las zonas rurales de China son mayores que las de las zonas urbanas.

Estas tasas más altas de suicidio que se registran en muchas zonas rurales pueden deberse al aislamiento social y las dificultades para detectar las señales de advertencia, el acceso limitado a los servicios de salud y los niveles inferiores de educación. Los métodos de suicidio en las zonas rurales también suelen ser diferentes de los usados en las zonas urbanas. En las comunidades rurales de Europa oriental y partes de Asia Sudoriental, la disponibilidad de herbicidas y plaguicidas los convierte en opciones favoritas para el suicidio. Lo mismo sucede en Samoa, donde el control de las ventas del herbicida *paraquat* condujo a una disminución en el número de suicidios. En las comunidades rurales de Australia, donde es común la posesión de armas de fuego, el suicidio mediante un disparo es el procedimiento registrado con más frecuencia.

Se ha estudiado el efecto de la inmigración en las tasas de suicidio en países como Australia, Canadá y Estados Unidos, que tienen una mezcla grande de grupos étnicos. En estos países, se ha encontrado que la tasa de comportamiento suicida en un grupo dado de inmigrantes es similar a la tasa en su país de origen. En Australia, por ejemplo, entre los inmigrantes de Grecia, Italia y Pakistán las tasas de suicidio son inferiores a las de los inmigrantes de los países de Europa oriental o de Irlanda o Escocia, todos ellos países con tasas de suicidio tradicionalmente altas. Esto indica que los factores culturales desempeñan una

función destacada en el comportamiento suicida (De Leo, Bertolote y Lester, op. cit., p.214).

Varios estudios han encontrado tasas de suicidio más elevadas durante los períodos de recesión económica y de desempleo alto, y también se ha comprobado la relación inversa. En un estudio de las repercusiones de los factores económicos en el suicidio en Alemania, Weyerer y Wiedenmann (En De Leo, Bertolote y Lester, op.cit. p.215) investigaron el efecto de cuatro variables económicas y sus relaciones con las tasas de suicidio en el período comprendido entre 1881 y 1989. Se encontró la correlación más fuerte durante las épocas de desintegración social, cuando había un alto desempleo con bajos niveles de asistencia o protección estatal y mayores riesgos de bancarrota. Una investigación preliminar sobre la tasa de suicidio superior al promedio en la cuenca de Kuznetsk (Federación de Rusia), efectuada entre 1980 y 1995, mencionó la inestabilidad económica, la desintegración de la antigua Unión Soviética y otros factores históricos específicos como posibles factores contribuyentes. Al relatar sus visitas a Bosnia y Herzegovina, Berk (En De Leo, Bertolote y Lester, op. cit. p.215) se refirió a una tasa de suicidio mayor de lo previsto y a la dependencia del alcohol entre los niños. Si bien habían sobrevivido a las amenazas más inmediatas del conflicto armado entre 1992 y 1995, los niños habían sucumbido al estrés a largo plazo. En Sri Lanka, la comunidad tamil, que tiene una historia de violencia e inestabilidad política y económica, ha presentado tradicionalmente tasas elevadas de suicidio. Hoy la comunidad cingalesa, en la que hace 20 años se registraban tasas de suicidio muy bajas, también tiene tasas altas. Esto destaca claramente la estrecha relación entre el suicidio, la violencia política y el derrumbe social. A nivel individual, el comportamiento suicida es más frecuente entre los desempleados que entre las personas que trabajan (De Leo, Bertolote y Lester, op. cit.). La pobreza y una función socialmente disminuida, ambas consecuencias del desempleo, a menudo parecen asociarse con un incremento del comportamiento suicida, en especial cuando se ha perdido repentinamente el trabajo. Sin embargo, las investigaciones realizadas en este campo presentan algunas limitaciones. En particular, no siempre se ha tenido en cuenta la duración del desempleo. Las personas que esperan obtener su primer trabajo a veces han sido agrupadas junto

con otras que han perdido sus empleos y se han pasado por alto los trastornos psiquiátricos y de la personalidad.

Desde hace mucho tiempo se ha considerado la religión como un factor importante en el comportamiento suicida. Las investigaciones han revelado que una clasificación aproximada de los países según las creencias religiosas y siguiendo un orden descendente de las tasas de suicidio, sería la siguiente:

- Los países donde se prohíben o se desalientan con energía las prácticas religiosas (como fue el caso en los países anteriormente comunistas de Europa oriental y en la antigua Unión Soviética).
- Los países donde predominan el budismo, el hinduismo u otras religiones asiáticas.
- Los países donde muchas personas son protestantes.
- Los países donde los habitantes son predominantemente católicos romanos.
- Los países donde gran parte de la población es musulmana.

Lituania es una excepción notable a este modelo aproximado. La población siempre ha sido predominantemente católica, con muchos creyentes practicantes y una fuerte influencia de la iglesia, a pesar de que el país formó parte de la antigua Unión Soviética. No obstante, las tasas de suicidio fueron y siguen siendo altísimas. Es evidente que la clasificación aproximativa dada anteriormente no tiene en cuenta la firmeza con que los individuos en un país particular creen en su religión y observan sus preceptos. La clasificación tampoco incluye el animismo, principalmente encontrado en África, porque en general no se conocen las tasas de suicidio entre los seguidores de las creencias animistas.

Durkheim pensaba que el suicidio se originaba en una falta de identificación con un grupo unitario (suicidio egoísta) y sostenía que las tasas de suicidio debían ser inferiores donde existe un alto grado de integración religiosa. En consecuencia, alegó que las prácticas religiosas y las creencias compartidas, tales como las asociadas con el catolicismo, son factores protectores contra el suicidio. Algunos estudios que pusieron a prueba la hipótesis de Durkheim han tendido a apoyarlo (Faupel, Kowalski y Starr, 1987; Burr y Powell, 1994 En: De Leo, Bertolote y Lester, op. cit., p.216). Sin embargo, otros estudios no han encontrado una asociación entre la proporción de los católicos romanos en una población y las

tasas de suicidio. Sarró y De la Cruz (op.cit. p.84) citan el caso de Austria, país de mayoría católica, tiene una de las tasas más elevadas de suicidio. Otro estudio citado por estas autoras (Bagley y Ramsey, 1989) indica que cuanto más estricta es la afiliación religiosa, más intolerancia se muestra hacia los suicidios. Un estudio de Simpson y Conlin (1989, en De Leo, Bertolote y Lester, op.cit.) sobre las repercusiones de la religión encontró que la creencia en el islamismo reducía las tasas de suicidio más que la creencia en el cristianismo.

Algunos estudios han tratado de usar la concurrencia a la iglesia y la extensión de las redes religiosas como una medida de la fe religiosa, que luego han procurado vincular con las tasas de suicidio. Sus resultados indican que la concurrencia a la iglesia tiene fuerte influencia preventiva (Stack y Wasserman, 1989, en De Leo, Bertolote y Lester, op.cit.) y el grado de compromiso con una religión particular es un inhibidor del suicidio (Stack, 1983, en De Leo, Bertolote y Lester, op.cit.). De igual manera, un estudio efectuado por Kok (1998, en De Leo, Bertolote y Lester, op.cit.) examinó las tasas de suicidio entre los tres grupos étnicos de Singapur. La conclusión fue que los grupos étnicos malayos, abrumadoramente seguidores del islamismo, religión que se opone enérgicamente al suicidio, tuvieron con mucho la tasa más baja de suicidio. Al mismo tiempo, los grupos étnicos indios tenían la tasa más alta de suicidio en la isla. Los indios de Singapur son en general seguidores del hinduismo, una religión que cree en la reencarnación y no prohíbe estrictamente el suicidio. Otro estudio que examinó las diferencias entre las poblaciones afroestadounidense y caucásica de los Estados Unidos encontró que la tasa más baja de suicidio que se da entre los afroestadounidenses podría atribuirse a una mayor devoción personal por una religión (Neeleman, Wessely y Lewis, 1998, en De Leo, Bertolote y Lester, op.cit.). Aunque parece haber datos que apoyan la tesis de Durkheim, que la religión tiene un carácter protector ante el suicidio, Sarró y De la Cruz (op.cit. p.84) señalan que la valoración actual sobre el papel preventivo de la religión en los suicidios, en el mundo occidental, es que no es un factor decisivo.

Los factores de riesgo de comportamiento suicida son numerosos e interactúan unos con otros. El conocimiento de cuáles son los individuos que tienen predisposición al suicidio y posiblemente también afronten una combinación

de factores de riesgo, puede ayudar a detectar a quienes más necesitan la prevención.

Cuando hay factores protectores suficientemente fuertes, aun la presencia de varios factores de riesgo —tales como la depresión grave, la esquizofrenia, el abuso del alcohol o la pérdida de un ser querido— tal vez no cree las condiciones idóneas para la ideación o el comportamiento suicidas en un individuo. El estudio de los factores protectores está todavía en desarrollo. Si se desea que la investigación y la prevención del suicidio logren avances reales, es preciso conocer mucho mejor los factores protectores para alcanzar adelantos similares a los realizados en los decenios recientes en la comprensión de los factores predisponentes y desencadenantes del suicidio. Además de las observaciones de Durkheim sobre el matrimonio y la religión, varias investigaciones han arrojado luz sobre las funciones protectoras de la paternidad, el apoyo social y la integración familiar, la autoestima y la represión del ego. Otros estudios han medido directamente el equilibrio entre los factores de riesgo y los factores protectores al tratar de predecir el comportamiento suicida. En uno de esos estudios —una encuesta entre jóvenes indígenas de los Estados Unidos y de Alaska—, Borowsky et al. (1999, En: De Leo, Bertolote y Lester, op.cit., p.216) encontraron que concentrarse en factores protectores como el bienestar emocional y la integración con la familia y los amigos fue tanto o más útil que tratar de reducir los factores de riesgo en la prevención del suicidio. El estudio de los factores protectores parecería ser un campo prometedor para la investigación futura.

En suma, la valoración que del suicidio hacen la sociedad y la cultura le llega al individuo a través de un proceso de socialización e influyen en su propia apreciación del suicidio y en la probabilidad de que se lo plantee como posible salida a sus problemas. Según la opinión de Villardón (op.cit. p.62) la sociedad está cambiando hacia una concepción del suicidio como algo racional, propositivo y apropiado. Los temas de la eutanasia y el suicidio asistido están siendo discutidos ampliamente y, por la relevancia que se les da en los medios de comunicación y en la cinematografía, puede favorecer la justificación del suicidio entre los jóvenes. Esto es preocupante ya que adolescentes perturbados pueden racionalizar su decisión de suicidarse como un "derecho" o como "aceptable".

El Enfoque Psicoanalítico

Se le otorga a Sigmund Freud el crédito por los primeros esfuerzos por entender la psicología del fenómeno suicida. No se puede decir que Freud haya tratado el tema del suicidio con detenimiento, sin embargo, a decir de Ellis (2000, p.130) su aproximación clínica hacia el suicidio, así como a la agresión y a la sexualidad, ayudó a sacar al suicidio de la discusión sobre los imperativos morales y llevarlo al terreno de la ciencia.

Se puede hallar una explicación psicoanalítica del suicidio en la teoría de los instintos postulada por Freud. Las bases del suicidio radican en la existencia de un "instinto" de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio." (Farberow, 1961/1969, p.323)

Freud propone al suicidio como un proceso cuyo origen estaría en el deseo de matar a otro, principalmente a un ser ambivalentemente amado y previamente introyectado, esto provocaría un sentimiento de culpabilidad que llevaría al sujeto a dirigir hacia sí mismo su agresividad, matándose a sí mismo. El suicidio sería el resultado de la confrontación entre los impulsos de muerte y de vida, prevaleciendo el primero, y estando el individuo imposibilitado para dirigir hacia otro el impulso destructivo – por la acción de los mecanismos de defensa (proyección, sublimación e introyección), puestos en funcionamiento por la acción del yo y del superyo – el sujeto lo dirige hacia sí mismo.

En la corriente psicoanalítica existe una controversia acerca del origen de la agresión. Para algunos psicoanalistas (Balint, Erikson, Fairbairn, Klein, Kernberg) la agresión comienza internamente, es un instinto humano. Para otros (Winnicott, Kohut, Lacan, psicoanalistas exogenistas) es una reacción al medio ambiente (es una respuesta a la frustración, a la privación, al dolor, a la sobrestimulación). Se podría resumir el debate con la pregunta ¿Somos buenos y la civilización nos corrompe o somos asesinos incestuosos y caníbales, civilizados sólo por renunciación, como pensaba Freud?

Hay teóricos en ambas opiniones. En la escuela que opinó que la agresión es un instinto innato en el ser humano se hallan las formulaciones de Freud acerca de los instintos. Freud (1915) propuso la existencia de fuerzas instintivas que daban energía a la mente y la impulsaban a la actividad. Estos instintos producen

un estado de excitación o tensión psíquica. Esto impulsa al individuo a la actividad. Esta actividad tiene por objeto algo que dará por resultado ya sea la supresión de la excitación o de la tensión, o bien la gratificación. Freud (1923) también elaboró un modelo estructural de la mente, que consta de tres partes: el yo, el ello y el superyo. El ego es la parte mediadora de la mente, éste modifica los impulsos instintivos, provenientes del ello mediante la experiencia y la reflexión.

Freud (1921) supuso la existencia de dos impulsos: Instinto de vida o Eros, o impulso sexual y el otro instinto de muerte, o Thanatos, o impulso agresivo y destructivo. En su carta al físico Einstein titulada *El Porqué de la Guerra*, Freud hace un resumen de sus teorías: "Los instintos pertenecen a dos categorías: o bien son aquellos que tienden a conservar y a unir – los denominamos 'eróticos'... o 'sexuales'... o bien son los instintos que tienden a destruir y a matar... 'instintos de agresión' o 'de destrucción'... Uno cualquiera de estos instintos es tan indispensable como el otro... casi nunca puede actuar aisladamente un instinto perteneciente a una de estas especies, pues siempre aparece ligado – como decimos nosotros 'fusionado' – con cierto componente originario del otro, que modifica su fin y que en ciertas circunstancias es el requisito para que este fin pueda ser alcanzado." (Freud, 1933/1981 p. 3211-3212) Freud subrayó que ninguno de ambos impulsos podría realmente funcionar independientemente del otro. Es decir, no hay acto de amor que no contenga cierta cantidad inconsciente de impulso agresivo, y el más duro acto de agresión intencional lleva implícito cierto grado de gratificación erótica (Farberow, 1961/1969, p.177). Freud propuso originalmente que el impulso agresivo era parte del instinto de auto preservación. Sin embargo su teoría fue transformándose a lo largo de su vida.

Williams y Pollock (2000, p.80) explican que Freud visualizaba a los individuos como sistemas cerrados de energía con una cantidad limitada de energía psíquica en un momento determinado (libido). Freud creía que los pensamientos y experiencias amenazantes estaban reprimidas en el inconsciente mediante el uso de energía libidinal. Como resultado de usar la energía de esta manera, para reprimir dichos elementos, el sistema del individuo experimentaba desequilibrio, con menos energía disponible para el crecimiento y el desarrollo. En esta situación el individuo estaba bajo el riesgo de que la fuerza hacia la vida fuera

dominada por la fuerza hacia la muerte. Esencialmente, Freud veía el suicidio como el resultado de esta lucha intrapsíquica.

Un problema teórico que Freud tuvo que resolver fue cómo reconciliar un impulso que lleva a la autodestrucción en el marco de referencia de la libido y los instintos de preservación. Freud postuló una relación de objeto basada en la proyección y la identificación. En su obra *Duelo y Melancolía* (1917) postula lo siguiente:

Este sadismo nos aclara el enigma de la tendencia al suicidio . . . como punto de partida de la vida instintiva un extraordinario amor a sí mismo del yo . . . no comprendemos cómo el yo puede consentir en su propia destrucción . . . ningún neurótico experimenta impulsos al suicidio que no sean impulsos homicidas, orientados primero hacia otras personas y vueltos luego contra el yo . . . El análisis de la melancolía nos muestra ahora que el yo no puede darse muerte sino cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible tratarse a sí mismo como un objeto; esto es, cuando puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia un objeto, hostilidad que representa la reacción primitiva del yo contra los objetos del mundo exterior . . . En el suicidio y en el enamoramiento extremo . . . queda el yo igualmente dominado por el objeto, si bien en forma muy distinta. (pp. 2096-2097)

Así que, para la teoría psicoanalítica, el suicidio es una forma de solución a la experiencia de sentirse dominado por el objeto. En el paciente suicida es el cuerpo el que es tratado como un objeto e identificado concretamente con la persona perdida y odiada. En esta obra, Freud explora la psicodinámica de la depresión. En particular, compara la depresión severa con la experiencia normal de duelo por una pérdida. Freud propuso que la mayoría de los individuos enfrentan la pérdida de un ser querido mediante el proceso de duelo. Sin embargo, él creía que había otros individuos vulnerables para los cuales la pérdida era insoportable y les generaba un gran enfado. El individuo sentía ambivalencia pero mantenía la imagen mental de la persona amada por la internalización y se volvía parte del ego. Los sentimientos de enojo hacia el objeto perdido no podían expresarse y así

se transformaban en auto censura y deseo de dañarse a sí mismo. Cuando estos sentimientos alcanzaban un punto crítico llevaban a la urgencia por destruir al yo.

El suicidio es una forma de violencia dirigida contra uno mismo. Entonces hay que definir lo que es la violencia. Glasser (1979, en Perelberg, 1999, p.2) define la violencia como "infligir intencionadamente daño corporal a otra persona" y podríamos añadir, en el caso del suicidio, a uno mismo. Al considerar la dimensión corporal, esta definición implica que en las conductas suicidas hay representaciones y fantasías del cuerpo. Esta noción es relevante porque para la teoría psicoanalítica es interesante descubrir qué es lo que está siendo atacado en la fantasía que acompaña al acto violento.

Por ejemplo, Glasser (1979, en Perelberg, op.cit. p.2) habla de un complejo presente en las perversiones que incluye un intenso deseo de una unión indisoluble con el objeto que deja al individuo al mismo tiempo con un temor de ser aniquilado. La solución del suicidio consiste en ser liberado de ese dominio del yo del otro por la destrucción del otro dentro del propio yo. Esto ocurre porque hay una contaminación en la representación de uno mismo con aspectos de la representación del objeto y el cuerpo es tratado como si fuera la mente misma. Concretamente, hay pacientes que atacan a la madre en su fantasía. Hay una identificación con el agresor que puede ser un padre violento (destrutivo o sádico) o negligente (incapaz de cuidar o forzado a descuidar o abandonar).

Valiéndose del encuadre psicoanalítico Perelberg (1999, p.19) dice que el suicidio debe entenderse como una expresión de las dificultades en las capacidades de pensamiento. En el suicida hay una confusión cuerpo – objeto internalizado, porque hay una dificultad en la capacidad del sujeto de relacionarse con los propios estados mentales y los de los otros. Se confunden los procesos físicos y mentales y la violencia es un intento de liberarse de esa experiencia psíquica intolerable. Así que, para el psicoanálisis, parte fundamental del problema es la tendencia a confundir cuerpo y mente. Los actos violentos sobre el propio cuerpo se usan para librarse de estados indeseables de la mente.

Menninger, discípulo de Freud, desarrolló una teoría del suicidio siguiendo los supuestos de su maestro. En su libro *El hombre contra sí mismo* (1938, En

Clemente y González, 1996, p.46) Menninger establece tres elementos en la conducta suicida: "el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir." El primer elemento (el deseo de matarse) aparece como respuesta a una frustración originada por un ser querido y hacia el cual suelen existir vínculos de identidad, es decir, ha sido previamente introyectado. El segundo elemento (deseo de ser matado) se produce cuando la conciencia actúa, provocando al sujeto un sentimiento de culpabilidad, y dejándole en un estado melancólico o depresivo. El tercer elemento (el deseo de morir) es el que determinará la consumación del suicidio. En este punto el autor señala que a la intención consciente de morir hay que añadir el deseo inconsciente. En caso contrario, lo más común es que el suicidio no se lleve a cabo.

Zilboorg (1937, En: Williams y Pollock, op.cit., p.81) fue un crítico de la teoría de Freud de que el instinto de muerte explicaba el suicidio. Él desarrolló las ideas de Freud argumentando que los deseos de venganza, el temor, el rencor y las fantasías de escape eran frecuentemente los disparadores del suicidio. También sugirió que la mayoría de los suicidios son actos impulsivos. Su trabajo aumentó el enfoque que se restringía a los mecanismos internos para incluir factores externos.

Como vemos, no todas las interpretaciones psicoanalíticas siguen dogmáticamente la teoría freudiana. Algunas interpretaciones, como la de Bowlby (En Clemente y González, op. cit., p.47), ven en el suicidio una reacción a la frustración, exteriorizada mediante la hostilidad, sin que por ello haya que suponer la existencia o acción del impulso de muerte. Este autor enlaza la teoría de la melancolía con la del suicidio, hallando elementos comunes en ambas: culpabilidad, deseo de ser castigado, regresión y represión de los instintos, introyección, etc. También ve en ambas teorías elementos facilitadores del suicidio: aislamiento, actitud hostil, etc.

Para Jung, el *self* es un componente pseudo inconsciente de la personalidad, que enlaza a ésta con el medio social del sujeto, siendo a partir de él donde "emana la experiencia de lo significado", quebrantando así la primacía del yo como motor de la interpretación de la experiencia. El yo es el núcleo consciente de

la personalidad del mismo, y ambos han de estar conectados para un equilibrado funcionamiento de la personalidad individual.

Para Jung, el *self* tiene una faceta positiva y una negativa. Esta última estaría relacionada con una interpretación peyorativa de la vida, acercando a la persona, por lo tanto, a la muerte. Esta parte negativa del *self* aparece principalmente cuando no existe correlación entre el yo (que representa la realidad) y el *self* (que representa las expectativas que para sí tiene el sujeto en la sociedad). Esta incongruencia motivaría en el sujeto un "anhelo de renacimiento espiritual":

La muerte en este sentido se concibe claramente como la muerte del ego que ha perdido contacto con el *self*, y por lo tanto, con el significado de la vida. El yo tiene que retornar al seno de la 'magna mater' para establecer este contacto y para renacer con un nuevo significado para la vida. (Klopfner, 1961, p.209):

Enfoque Psicosocial de Erikson

De acuerdo con Erikson (1963, 1968), hay ocho etapas en el desarrollo psicosocial, cada uno de ellos implica conflictos o crisis que necesitan resolverse positivamente por el individuo de una manera prosocial. La falla en lograrlo puede impactar el desarrollo de la personalidad del individuo en forma negativa y acumulativa. Dicha falla puede entenderse como un factor importante en la etiología del suicidio.

Erikson es de los primeros teóricos que señalaron la importancia del contexto social para comprender el desarrollo del individuo. En sus trabajos la resolución de un conflicto figuró como el nexo entre el individuo y la sociedad. De acuerdo con Erikson la forma en que cada tarea del desarrollo se resuelve define el grado de salud de la persona y si será capaz de enfrentar crisis o tareas en el futuro. La historia del desarrollo de la persona varía en función del grado en que se ha establecido confianza. La falla en establecer la confianza (en la etapa de la infancia) contribuye a la inseguridad y pobre ajuste en la vida en las etapas siguientes. Así, la falla en establecer la autonomía (en la etapa de la niñez

temprana), deja al individuo susceptible a la vergüenza y la duda, que podría arrastrarse a la etapa siguiente.

Erikson propuso que el período de la adolescencia es una etapa en la que el individuo lucha entre identidad y difusión o pérdida de identidad. La noción de identidad es un constructo psicológico de validez universal durante la etapa de la adolescencia, explica la presencia de características en los adolescentes como la rebelión, la conformidad, la angustia y la indiferencia. Este concepto ha sido aceptado a tal grado que la "crisis de identidad" se ha convertido en parte de nuestro lenguaje.

En la forma en que lo usa Erikson, el término identidad significa "la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás" (Erikson, 1950, En McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1977/1982, p.12). La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos de la adolescencia cuando la identidad desempeña un papel muy importante en el desarrollo. El problema para el adolescente que va creciendo es cómo conservar la continuidad de una persona que en un tiempo fue inmadura, asexual y no responsable, y que ahora es madura, sexual y responsable. La interrogante "¿Quién soy yo?", se convierte en una pregunta punzante ante el cambio tan rápido. La lucha por "encontrarse" a sí mismo puede presentarse en infinidad de formas – la búsqueda de una vocación o carrera, la elaboración del propio papel sexual, logros especiales, o la identificación con otros. Por lo tanto, la rebelión contra el grupo establecido, al igual que la conformidad, pueden ser una señal de la búsqueda de identidad. Una persona puede afianzar su identidad conformándose con las costumbres y valores que prevalecen, o en una forma negativa, por medio de la rebelión y la delincuencia.

Entonces, para Erikson los adolescentes están haciendo frente a la apremiante urgencia o necesidad de lograr una identidad personal, es decir, de una

continuidad entre su experiencia anterior y las fantasías acerca del futuro. Erikson llama a este fenómeno la "lucha por la identidad"

La lucha entre identidad y difusión o ambigüedad de identidad puede alcanzar proporciones de crisis en los adolescentes. Muchas de las cosas que les suceden constituyen un reto para su identidad anteriormente estable: el crecimiento físico acelerado, el despertar sexual, la lucha por la independencia, y la reorganización de las relaciones interpersonales. El adolescente se cuestiona a sí mismo, los valores que le han inculcado, las metas que ahora concibe. Pero todos estos cuestionamientos ocurren junto con el desarrollo de un nuevo marco de referencia cognoscitivo. Los adolescentes están desarrollando una lógica o pensamiento formal, el cual les permite analizar todas estas cuestiones a un nivel puramente especulativo e hipotético (McKinney, Fitzgerald y Strommen, op.cit., p.205).

Pero no siempre los adolescentes logran este sentido de identidad, a menudo enfrentan la amenaza de difusión o ambigüedad de identidad. Erikson afirma que hay estilos anormales de respuestas al problema de la difusión de la identidad. Uno de estos estilos implica el desarrollo de una "identidad negativa". El adolescente, "ante la amenaza de una constante difusión, prefiere ser nadie, o alguien malo, o inclusive un cadáver – y esto total y plenamente, y por libre elección – que no ser una entidad determinada" (Erikson, 1959, en McKinney, Fitzgerald y Strommen, op.cit.). Con la palabra "plenamente", Erikson quiere decir que los adolescentes con mucha frecuencia toman posturas extremas en su esfuerzo por esclarecer su propio espacio vital. Aun cuando las formas en que los adolescentes ven algún objeto determinado suelen cambiar con frecuencia, la postura que toman en cualquier momento la suelen tomar con mucho apasionamiento. En un esfuerzo por dar por lo menos una apariencia de seguridad de sí mismos, los adolescentes tienden a hacerse dogmáticos en sus puntos de vista y aferrarse apasionadamente a ellos.

Erikson sugiere que algunos adolescentes se aferran tenazmente al hecho fatal de que, si realmente se es un nadie, entonces se debe uno comportar de acuerdo con esto y ponerle fin a la propia vida. Erikson explica el suicidio en

función de una identidad negativa. Según este autor, algunos adolescentes buscarán inclusive una identidad negativa con tal de esclarecerse a sí mismos. Esto explica el cambio repentino hacia la delincuencia en adolescentes que unos cuantos años antes no habían dado muestras de tendencias de este tipo; o el cambio repentino hacia la depresión y el aislamiento, e inclusive hacia el suicidio, en otros adolescentes.

Otro aspecto de la difusión de identidad es la incapacidad para valorar las propias fuerzas y las propias debilidades y actuar conforme a ello. En un grado mayor o menor, cierta perturbación con respecto a la perspectiva del tiempo es algo común a todos los adolescentes, pero en algunos casos esta perturbación alcanza dimensiones patológicas. La tentación a "rendirse" o "no saber por dónde empezar o cuándo rendirse". Llevados hasta extremos patológicos, estos sentimientos pueden convertirse en sentimientos suicidas.

Enfoques Interdisciplinarios

Puede añadirse que las últimas tendencias en psicología han sido construir teorías multidisciplinarias que integren en un mismo cuerpo teórico los factores individuales, psicosociales y sociales que provocan la conducta suicida. A estas teorías se les ha denominado socioindividuales (Clemente y González, op.cit. p.45). Los modelos que han surgido de esta aproximación asumen que el comportamiento tiene múltiples orígenes.

De acuerdo a Villardón los enfoques interdisciplinarios generalmente combinan factores ambientales con aspectos del individuo que le hacen vulnerable a desarrollar conductas autodestructivas. "La mayoría de los intentos de explicar el suicidio desde una perspectiva interdisciplinaria defienden el modelo de vulnerabilidad al estrés según el cual, determinadas características o déficits de los individuos y/o de su entorno hace a las personas más vulnerables al estrés, menos capaces de afrontarlo y más proclives a sufrir sus consecuencias" (Villardón, op.cit. p.59).

Esta vulnerabilidad puede ser biológica, psicológica, psicosocial y biopsicosocial. Los factores de vulnerabilidad psicológica más altamente relacionados con el nivel de predisposición al suicidio son: déficit cognitivo en la resolución de problemas, la desesperanza y las razones para vivir.

Estrés y Suicidio

Lazarus y Folkman afirman que "el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1991, p.43). Lucio, Canales y Durán definen el estrés como "una reacción de alarma que ocurre cuando algo está rompiendo el equilibrio, o saliendo de control" (Lucio, Canales y Durán, 1998, p.81).

Villardón (op.cit., p.75) revisa tres clases de modelos teóricos del estrés, *los basados en el estímulo, los basados en la respuesta y los modelos interactivos*. Los modelos basados en la respuesta se interesan en los distintos modos de responder biológica o psicológicamente que revelan que la persona está bajo presión.

Los modelos basados en el estímulo defienden que el estrés proviene de las circunstancias externas que rodean al sujeto y por lo tanto se han concentrado en estudiar las condiciones o eventos que pueden provocar en los individuos reacciones negativas. Dentro de esta línea de investigación se encuentran los estudios de acontecimientos vitales. El concepto central de este enfoque parte de la noción de que ciertos eventos vitales implican un cambio y por lo tanto conllevan una carga de estrés al requerir del individuo un nivel necesario de adaptación.

Entre los principales sucesos estresantes vividos por los adolescentes, que han sido investigados y que se encuentran asociados con la conducta suicida, Villardón enumera los siguientes: a) la pérdida parental por muerte de alguno de los padres, divorcio o separación, b) las relaciones familiares conflictivas, c) la conducta suicida en la familia, d) el padecimiento de una enfermedad grave en sí mismo o en un miembro de la familia, e) la movilidad social, f) la presión

académica, g) el fracaso amoroso, h) el embarazo no deseado y i) las dificultades económicas en la familia (Villardón, op.cit. p. 85-87).

Los sucesos estresantes suelen medirse a través de inventarios en los que se otorga una puntuación estándar para cada evento. El individuo debe marcar los sucesos que ha experimentado y la suma de las puntuaciones aporta una puntuación total de estrés. Una crítica que se ha hecho a este enfoque es que no todas las personas perciben los acontecimientos de la misma manera. Una situación puede ser muy estresante para una persona y no tanto para otra. Para responder a estas críticas se han elaborado instrumentos en los que el propio sujeto asigna el nivel de estrés del evento. Un ejemplo de esto es el Cuestionario de Sucesos de Vida de Lucio, Ampudia y Durán. En este instrumento la magnitud de los sucesos estresantes se determina pidiendo al sujeto que haga una evaluación cognitiva de los eventos, si fue bueno, malo, o no tuvo importancia para éste (Lucio et al., 2001, p.19).

A lo largo de la vida la frecuencia con la que ocurren sucesos estresantes varía. Como se ha señalado con anterioridad, la adolescencia es una etapa del desarrollo llena de desafíos. Los estudios de sucesos de vida estresantes muestran que a los niños pequeños les ocurren menos sucesos estresantes que a los adolescentes. Ha sido confirmado por diversas investigaciones que a medida que aumenta la edad, también aumenta la exposición a sucesos estresantes. Lucio, Canales y Durán destacan que "en la literatura se menciona la influencia de sucesos estresantes como detonadores de la conducta suicida" (Lucio, Canales y Durán, op cit., p.80). Así mismo, hacen mención a la alta correlación entre la conducta suicida y los sucesos estresantes en la vida de los adolescentes y los niños (Lucio et al., 2001, p.18).

En un estudio con adolescentes, Lucio y colaboradores aplicaron el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes a 1,071 jóvenes de diferente nivel económico entre 13 y 18 años. Encontraron que los adolescentes que pertenecen al nivel socioeconómico bajo reportaron una mayor ocurrencia de sucesos estresantes. También observaron que, en general, los adolescentes de sexo

masculino reportaron una mayor ocurrencia de eventos estresantes que las mujeres (Lucio et al., op.cit., p.21-22).

Ya se ha señalado que un mismo evento provoca respuestas diferentes por parte de los individuos. La investigación antes citada reportó los factores género y socioeconómico como posibles fuentes de variación. Otro factor que ofrece una explicación a estas diferencias es la personalidad. Lucio y colaboradores han estudiado las diferencias de personalidad y eventos estresantes entre adolescentes del sexo femenino con intento suicida y sin intento suicida. Para ello utilizaron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) como instrumento de medición. El suceso estresante previo al suicidio más frecuentemente reportado fue los problemas familiares, particularmente desavenencias con la madre. Entre otros hallazgos observaron que las chicas con intento suicidio presentaron niveles más altos en la escala de depresión, una tendencia a enfocarse en los problemas y mayor agresividad e impulsividad que las adolescentes normales. En términos generales las adolescentes con intento suicida presentaron un mayor índice de psicopatología que las adolescentes sin intento suicida (Lucio, Canales y Durán, 1998).

En un estudio similar hecho posteriormente, Lucio y colaboradores investigaron diferencias de personalidad y sucesos estresantes entre adolescentes del sexo femenino con intento suicida y adolescentes normales de una escuela pública. En cuanto a los sucesos estresantes hallaron diferencias significativas en el área familiar, en las que los resultados sugieren que las adolescentes con intento suicidio presentan mayores dificultades individuales o de relación entre los integrantes de la familia. También se hallaron diferencias significativas en los sucesos estresantes en el área escolar. Las adolescentes con intento suicida presentaron una mayor problemática escolar respecto a las chicas del grupo normal. Se confirmó la existencia de un mayor índice de psicopatología en las muchachas de la muestra clínica, concretamente en las escalas básicas F, Depresión, Desviación Psicopática, Paranoia y Esquizofrenia. En las escalas de contenido también hallaron diferencias en depresión, salud, enojo, problemas

familiares y ansiedad. La elevación en estas escalas se reporta como un elemento predictivo de riesgo de suicidio en adolescentes (Lucio, Canales y Durán, 2000).

Volviendo a los modelos teóricos del estrés, los modelos interactivos "argumentan la existencia de una relación específica entre la persona – sus características fisiológicas y psicológicas – y su entorno... los 'sucesos vitales' interactúan con las diferencias individuales y situacionales... es esta interacción la que determina la solución dada a la situación" (Villardón, op.cit. p.78).

El modelo cognitivo-transaccional de Lazarus y Folkman (1984/1991) considera que los estímulos en sí mismos no son estresantes sino que es el individuo el que los vivencia como tales. La valoración de un estímulo como estresante se realiza mediante un proceso de evaluación cognitiva. Aunque se reconoce que algunos sucesos son universalmente devastadores y que casi siempre son capaces de generar niveles elevados de estrés, hay otros que no son estresantes por sí mismos, sino que necesita observarse lo que este evento significa para la persona que lo experimenta, de acuerdo a la historia de su desarrollo, sus creencias personales y recursos (Slaikeu, 1988, p.12-14).

Así que, citando a Villardón, puede decirse que "existe una relación interactiva entre el entorno y el individuo de tal modo que un estímulo situacional es estresante en la medida en que un individuo lo percibe como tal porque desborda sus propios recursos" (Villardón, op.cit. p.83).

También es posible afirmar que existe una relación positiva entre estrés y suicidio. Se ha comprobado en numerosas investigaciones que "los individuos suicidas normalmente experimentan más sucesos negativos y/o los perciben más negativamente, a la vez que tiene lugar otra serie de factores que interactúan o se suman al rol del acontecimiento vital 'estresante' en el suicidio. Estos factores son... la ausencia de recursos cognitivos adaptativos por parte del individuo..." (Villardón, op.cit. p.83).

Como puede observarse hasta ahora, algunos modelos interdisciplinarios del suicidio incluyen constructos del enfoque teórico cognitivo conductual. Por ello, en el siguiente capítulo se hará una revisión de los fundamentos teóricos del mismo.

Capítulo 4: El Enfoque Cognitivo-Conductual

Si bien no es el objetivo de este trabajo ofrecer una descripción detallada de los antecedentes históricos de la corriente cognitivo-conductual, si es necesario exponer brevemente sus fundamentos teóricos.

El enfoque cognitivo-conductual une dos grandes vertientes de estudio de la psicología: el pensamiento y la conducta. Sin embargo, a principios del siglo XX estas dos grandes áreas de estudio parecían divorciadas. Por un lado el conductismo radical buscaba la objetividad al extremo. Según esta metodología el investigador debía limitarse a conductas observables, replicables, excluyendo la introspección como fuente confiable de investigación científica. La psicología científica debía abandonar conceptos ambiguos como mente, pensamiento, imaginación, etc. Un elemento teórico característico del conductismo fue la atribución al medio de un factor determinante sobre el comportamiento de los individuos, convirtiéndose estos en meros operadores pasivos, reaccionando a los estímulos del medio que les rodea. El aprendizaje se daba en función de los principios del condicionamiento y el refuerzo. Pero, a pesar de las valiosas aportaciones del conductismo, el precio que se pagó por la adhesión estricta al conductismo fue demasiado alto, como han apuntado algunos autores esto debió a que "sólo fue posible aproximarse con dificultades . . . a las cuestiones vinculadas a la naturaleza del lenguaje, la planificación humana, la resolución de problemas, la imaginación, etc. . ." (Gardner, 1987, p.28). La adhesión a los cánones conductistas estaba volviendo imposible el estudio científico de la mente.

Pero en la década de los 40, con las aportaciones de los modelos matemáticos y de computación, la teoría de la información y la neuropsicología, estaban dadas las bases de donde surgiría un nuevo paradigma, la ciencia cognitiva. Este movimiento intelectual englobaba varias disciplinas: Filosofía, Psicología, Lingüística, Inteligencia Artificial, Antropología y Neurociencias (Gardner, op.cit. p.61).

Varios autores coinciden al señalar que, aunque el cognoscitvismo es un movimiento interdisciplinario, la psicología fue ocupando un lugar central en el estudio de la cognición (Gardner, op.cit. y Feixas y Miró, 1993, p.210). El estudio

de la percepción, el pensamiento y la atención se orientó a definir su papel en el procesamiento de la información y así se estableció un marco conceptual que fundamenta la psicología y la terapia cognitiva. Clark y Beck (1997, p.120) afirman que 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 supervivencia del ser humano."

Feixas y Miró (1993, p.211) identifican tres orígenes principales de las terapias cognitivas: 1) George A.Kelly con su teoría de los constructos personales; 2) la obra de Albert Ellis y Aaron T. Beck. Ambos se formaron en la tradición psicoanalítica, pero rompieron con sus métodos y conceptos para estructurar sus propios modelos teóricos. Ambos enfoques asumen que la causa de los conflictos emocionales está en pensamientos irracionales, mismos que pueden ser sustituidos por otros pensamientos más razonables y adaptativos. Por ello se les denomina terapias de reconstrucción cognitiva. Y, 3) varios teóricos de la terapia conductual que comenzaron a incorporar conceptos y prácticas cognitivas a su sustrato teórico y metodológico. De allí surgen las terapias "cognitivo-conductuales".

Según Mahoney y Arnkoff (en Feixas y Miró, op.cit. p.213) Albert Bandura es el iniciador de esta tendencia con sus trabajos sobre eventos de aprendizaje encubiertos (cognitivos). Del modelo simplista Estímulo-Respuesta se dio un giro a un modelo E-O-R, donde la *O* representaba los procesos cognitivos para la adquisición y regulación de la conducta (Hart y Morgan, 1991, p.2).

La Terapia Cognitivo-Conductual

Al empezar a evolucionar la investigación básica en formulaciones teóricas comenzaron a hacerse intentos por aplicar estas ideas al campo clínico. Se llamó a estas aproximaciones "conductismo cognitivo". Estas nuevas terapias no sólo reconocían el papel de los eventos cognitivos sino que apuntaban a ellos como el elemento de cambio en terapia. Esta nueva interpretación de la conducta humana se aplicó a un amplio campo de perturbaciones psíquicas, que incluye la depresión, la ansiedad, los trastornos del pánico, los obsesivo-compulsivos y aun los de alimentación. Este enfoque, llamado terapia cognitiva, forma parte del movimiento

más amplio en psicología y psicoterapia denominado "la revolución cognitiva" (Beck, 1988/2001, p.12).

Hart y Morgan (op.cit. p.3) mencionan una serie de fuerzas dentro de la psicología clínica que coadyuvaron a la rápida difusión del conductismo cognitivo:

- Insatisfacción con el conductismo radical y un giro hacia un conductismo metódico.
- La evidencia de que los procesos de pensamiento influyen en la conducta y el aprendizaje y que la formulación estricta E-R no explica todos los resultados como lo hacen los modelos mediadores. El trabajo de Bandura y colaboradores sobre el aprendizaje vicario documenta cómo un observador puede adquirir un amplio rango de nuevas conductas con sólo mirar a alguien realizar estas conductas, en ausencia de reforzadores para el observador. El modelo de Bandura explica los resultados adecuadamente con su enfoque mediador, de aprendizaje social.
- El papel de las cogniciones en el condicionamiento operante y clásico.
- La aplicación de técnicas condicionantes a eventos privados (conductas encubiertas).
- Análisis teóricos del papel de las cogniciones en la conducta y el cambio conductual.

En general las intervenciones cognitivo-conductuales "enfatan la compleja interacción entre los eventos, procesos, productos y estructuras cognitivos, el humor, la conducta abierta, y el contexto medioambiental y las experiencias como contribuyentes a varias facetas de la conducta disfuncional" (Hart y Morgan, op.cit., p.5)

En sentido estricto no debe hablarse de terapia cognitiva, sino de terapias cognitivas. Un rasgo común de las terapias cognitivas es el valor que asignan a las cogniciones, tanto en la etiología psicopatológica de muchos trastornos, como en el proceso de cambio terapéutico. Otra característica que tienen en común es el rigor metodológico tanto en la investigación como en los modelos conceptuales psicopatológicos propuestos y el proceso terapéutico (Barraza, 2001, p.26).

Caro (Caro, 1997b, p.38) señala que se usan dos etiquetas para clasificar los modelos terapéuticos cognitivos: *las terapias cognitivas y las cognitivo-*

conductuales. En el primer grupo caben los enfoques de Ellis y Beck que surgieron del psicoanálisis, mientras que el segundo grupo surge de la terapia conductual. Aunque comparten elementos en común y aun los mismos teóricos las toman por iguales, Caro es de la opinión que sí existen diferencias y propone tres modelos básicos: *los modelos de reestructuración cognoscitiva* (identificados con las primeras terapias cognitivas), *los modelos cognitivo conductuales* (originados en la terapia de conducta) y *modelos construccionistas* (de origen diverso).

Un elemento definitorio del enfoque y las terapias cognitivo-conductuales es el uso del mismo marco conceptual y metodológico del conductismo, unidimensional, funcional, que establece una relación de eventos estímulo-respuesta, asumiendo que los estímulos controlan la respuesta. El enfoque conductual reconoce dos clases de conducta, la conducta cubierta y la abierta. Ejemplos de conducta abierta (u observable) son: pelear, gritar, llorar, golpear; ejemplos de conducta cubierta son: temores y ansiedades. Las conductas abiertas u operantes son controladas por sus consecuencias (que funcionan como refuerzos o inhibidores), mientras que las conductas cubiertas o respondientes son controladas por sus antecedentes (Brown y Brown, 1977, p.11). Así pues, la etiqueta "conductual" hace referencia a los componentes operantes en la intervención, aunque muchas intervenciones terapéuticas han eliminado esta etiqueta y se describen simplemente como "terapias cognitivas" (Hart y Morgan, op.cit. p.5).

Homme propuso que los "contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse como conductas encubiertas que responden a los mismos principios de aprendizaje que operan en la conducta manifiesta." Homme propone que también los contenidos mentales tienen una relación de contingencia con los estímulos y las conductas (citado en Feixas y Miró, op.cit., p.210).

Según Hart y Morgan (op.cit.p.6) la mayor parte de los procedimientos terapéuticos que caben en la etiqueta "cognitivo-conductual" tienen las siguientes características:

1. Intento deliberado de combinar las inquietudes de las aproximaciones cognitiva y de las terapias semánticas y conductuales.

2. Las cogniciones (eventos privados) tienen que ser legítimas e incluso necesarias preocupaciones para el terapeuta.
3. El método conductista se percibe como la metodología más apropiada para estudiar estos eventos privados.
4. Se asume que las cogniciones median entre la conducta y el aprendizaje. Las cogniciones pueden ser alteradas deliberadamente para producir cambios de conducta.
5. Se asume que el funcionamiento humano está "determinado recíprocamente", es decir, que las cogniciones y la conducta están relacionadas funcionalmente, si cambia una, cambia la otra.
6. Se intenta aplicar técnicas "basadas en el aprendizaje" – usadas previamente para alterar conductas abiertas – también para eventos cognitivos.

Beck hace una reflexión sobre los diversos enfoques filosóficos que hay detrás de los diversos enfoques de las terapias. Así, detrás de la psicofarmacología se encuentra un enfoque *materialista* o monista, al igual que en la terapia conductual; el psicoanálisis tiene un enfoque *mentalista* o dualista; y la terapia cognitiva ha tenido un enfoque fundamentalmente *interaccionista*. (Beck, op.cit., p.350). El enfoque *materialista* adjudica a los síntomas psicológicos algún tipo de trastorno bioquímico que se resuelve con la administración de un fármaco. El enfoque *mentalista* asume que los síntomas se desarrollan a partir de fuerzas inconscientes. La terapia conductual utiliza un modelo materialista y busca la causa de los síntomas en algún déficit en los refuerzos de las conductas positivas y como solución sugiere la modificación ambiental para dar al individuo los refuerzos positivos. El modelo cognitivo es *interaccionista*. El terapeuta cognitivo asume que el problema primario del individuo tiene que ver con la construcción de la realidad. El remedio consiste en modificar la tendencia cognitiva. Beck opina que ninguno de los modelos filosóficos citados puede explicar totalmente un fenómeno complejo como la depresión. Su tesis es que las distintas perspectivas tienen distintos grados de "fuerza explicativa" y que debe intentarse la integración de las diferentes perspectivas en un solo modelo (Beck, op.cit., p.353).

Las distintas posturas terapéuticas coinciden, sin embargo, en señalar alguna clase de déficit o pérdida para explicar la depresión (por dar un ejemplo de

trastorno psicológico). La terapia conductual señalaría que la pérdida de refuerzos positivos lleva al afecto negativo. El modelo del desvalimiento aprendido de Seligman explica la conducta depresiva por la pérdida de control sobre los refuerzos y la atribución de la responsabilidad a uno mismo. Según estos modelos, el refuerzo positivo de la conducta constructiva, por parte del terapeuta, incrementaría la conducta positiva del paciente.

El modelo cognitivo también propone un déficit en el paciente. Como consecuencia de pérdidas reales, el individuo empieza a interpretar excesivamente sus experiencias como pérdidas y comienzan a borrarse las construcciones positivas de la realidad y las construcciones negativas se vuelven dominantes. El modelo cognitivo asume que las construcciones negativas están unidas al afecto negativo y, por lo tanto el individuo "experimenta un afecto desagradable, la pérdida de la motivación constructiva e impulsos suicidas. Según el modelo cognitivo, el déficit en sus sentimientos positivos se contrarrestan ofreciendo construcciones más positivas de la experiencia" (Beck, op.cit. p.354).

Otra analogía que Beck utiliza para señalar las similitudes y diferencias entre diferentes enfoques teóricos y terapéuticos es la "caja negra". Este término alude a la estructura que media entre la situación externa y la reacción del sujeto. Este concepto se utilizó originalmente en el modelo de condicionamiento para referirse a la "localización" no especificada donde se conectaban los estímulos con la respuesta condicionada. En palabras de Beck: "Según las teorías conductuales, es aquí donde las entradas positivas (refuerzos) hacen sus conexiones y producen las salidas positivas (conductas constructivas). Si son inadecuadas las entradas positivas (refuerzos), durante un período suficiente, entonces las salidas (conductas) se extinguen" (Beck, op.cit. p.355). El psicoanálisis describe con mucho detalle esta estructura, la "caja negra", como el inconsciente, o como el escenario del pensamiento del proceso primario, el paciente con la ayuda de las interpretaciones del terapeuta puede levantar la tapa de la caja negra y hacer consciente lo inconsciente.

Para Beck el marco teórico de la terapia cognitiva es similar al del psicoanálisis, suponen varios niveles de organización, siendo el más alto el "pensamiento maduro" (proceso secundario en el psicoanálisis) y el más bajo el

"pensamiento inmaduro o primitivo"(proceso primario en el psicoanálisis). La terapia conductual promueve la construcción de experiencias conductuales y afectivas positivas

Beck presenta un esquema dentro del cual los niveles más bajos de organización cognitiva (nivel primitivo) lo son las *respuestas emocionales condicionadas*, reacciones cognitivas que ocurren como un reflejo, de forma automática y desadaptativa, y se produce a pesar de que el paciente la considere irracional y se oponga conscientemente a ella. La cognición de nivel elevado se caracteriza por la toma libre de decisiones, la objetividad y la racionalidad (Beck, op.cit., p.564).

Caro (1997b, p.39) hace referencia a diferentes metáforas que sirven para identificar las diferencias entre las diferentes terapias cognitivas: *La metáfora del procesamiento de la información* la usan las terapias de reestructuración cognitiva en que se usa el análisis lógico de las ideas y filosofías del paciente y hay una comprobación empírica de hipótesis. En este campo se encuentran los modelos de Ellis y Beck. *La metáfora del condicionamiento* la usan las terapias cognitivo-conductuales que conceptualizan el pensamiento en forma más concreta, como un conjunto de autoenunciados encubiertos (conductas privadas) que puede verse influido por las mismas leyes del condicionamiento que influyen en otras conductas manifiestas. Algunos representantes de este modelo son Meichenbaum, y sus trabajos en inoculación de estrés, y Nezu y Nezu en solución de problemas. La tercera metáfora, *la metáfora de la narrativa constructiva*, agrupa a una familia de terapias que sustenta principios comunes: los seres humanos son participantes preactivos en su propia experiencia, casi todos los procesos organizativos de la vida operan a niveles inconscientes o superconscientes de conciencia, los sistemas humanos muestran un desarrollo autoorganizativo, se emplaza al sí mismo en un contexto social, del cual surge la construcción de la realidad. En este grupo destacan los trabajos de Guidano y Mahoney.

Para cerrar esta sección transcribimos la definición que de Caro de lo que debe hacer un terapeuta para considerarse cognitivo:

La terapia cognitiva busca alterar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. Implica al paciente en un proceso mediante el cual se

plantea la influencia que tienen los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia en su visión de las cosas, y se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo, y de aportar nuevos significados, transformando todos los sistemas de funcionamiento personal. (Caro, op.cit., p.41)

Entendimiento Cognitivo de la Depresión

Teoría de Beck

En esta sección se revisará el modelo teórico de uno de los autores más destacados del enfoque cognitivo: Aaron T. Beck. Este autor estudia el suicidio dentro del contexto más amplio de la depresión, por lo que se hace necesario plantear su teoría de la misma. La teoría cognitiva de Beck sostiene que los individuos, en función de sus experiencias, crean unas categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad, y desde ellas orientan la conducta; en otras palabras, el ser humano realiza conductas concretas en función de percepciones determinadas de la realidad. Desde este punto de vista las conductas desadaptadas socialmente, o desproporcionadas con el factor que las desencadena, se producen porque el sujeto percibe una imagen distorsionada de la realidad.

La mayoría de los autores que describen la enfermedad depresiva coinciden en señalar como parte de los síntomas distorsiones cognitivas tales como un pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. A diferencia de otros enfoques, el cognitivo considera que estas distorsiones cognitivas son la causa del trastorno y no meros síntomas. Para Beck, todas las formas de psicopatología presentan algún grado de desorden del pensamiento (Arieti, S. y Bemporad, J., 1978/1990, p.60), en estos trastornos se producen distorsiones características que se apartan de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad.

La palabra *cognitivo*, derivada del término latino que implica "el pensamiento", se refiere a la manera en que los seres humanos "elaboran juicios y toman decisiones y cómo unos interpretan las acciones de otros" (Beck, 1988/2001, p.12). El enfoque cognitivo ofrece una nueva manera de entender la

forma en que los individuos usan la mente para remover los problemas, crearlos o agravarlos. En palabras de Beck:

Nuestro modo de pensar determina en gran medida si alcanzaremos nuestros objetivos y disfrutaremos de la vida o incluso si sobreviviremos. Si nuestro pensamiento es sencillo y claro, estamos mejor equipados para alcanzar esas metas. Si queda empantanado por significados simbólicos distorsionados, razonamientos ilógicos e interpretaciones erróneas, nos volvemos, en verdad, ciegos y sordos. . . Esa clase de pensamientos retorcidos pueden ser desenredados, si empleamos un orden más elevado de razonamiento (Beck, 1988/2001, p.13).

El modelo teórico de Beck postula la existencia de tres estructuras que explican el mecanismo psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los errores cognitivos en el procesamiento de la información y los esquemas.

La Tríada cognitiva

El postulado básico de la teoría cognitiva es la existencia de categorías del pensamiento que distorsionan la percepción objetiva de la realidad y que dan lugar a puntos de vista negativos sobre uno mismo, su entorno vital y el futuro. Esto es válido para muchos trastornos mentales, pero la depresión, el trastorno más frecuentemente asociado con el suicidio, presenta sus propias formas de distorsión, que Beck denomina "tríada cognitiva" (Beck, 1970, en Bemporad, 1990a, p.60) compuesta por: 1) auto apreciación negativa; 2) expectativas negativas respecto del ambiente ; y 3) expectativas negativas respecto del futuro.

1) **Auto apreciación negativa.** El sujeto se considera a sí mismo de poco valor, feo, enfermo. Atribuye sus experiencias a rasgos constitucionales inherentes a su persona. Piensa que la pretendida ausencia de cualidades le impide ser feliz.

2) **Expectativas negativas respecto del ambiente.** 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 a menudo tienen un componente real, "la conducta de los individuos suicidas con el tiempo, llega a ser desgastadora y

precipita el rechazo y pérdida de apoyo de los demás" (Freeman y Reinecke, 1995, en Barraza, op.cit., p.36).

3) **Expectativas negativas respecto al futuro.** El sujeto depresivo no hace proyectos de largo alcance, o si lo hace, anticipa obstáculos insalvables. Supone que en el futuro le espera el mismo fracaso que vive en el presente.

Las Distorsiones Cognitivas

Son éstas alteraciones o "errores" en el procesamiento de la información, tienden a ser automáticas. A continuación se enumeran algunas de los errores cognitivos más mencionados por los teóricos seguidores de Beck.

1) **Inferencia arbitraria.** Consiste en adelantar conclusiones sin darles sustento o evidencias. El sujeto depresivo asume que los demás deben ser capaces de saber o "adivinar" sus pensamientos o deseos.

2) **Abstracción selectiva.** Concederle atención a un dato tomado fuera de su contexto ignorando otros hechos o características valiosas de dicho contexto o situación. Se juzga el todo por la parte. El paciente depresivo con potencial suicida tiende a pensar de forma obsesiva que será rechazado, pese a las evidencias en contra.

3) **Generalización excesiva.** Se elaboran reglas o conclusiones extraídas de hechos o situaciones aisladas y que se aplican indiscriminadamente a otras situaciones no relacionadas o relacionadas. El depresivo tiende a anticipar la repetición de un acontecimiento o experiencia, una consecuencia de esto puede ser la conducta suicida.

4) **Maximización y minimización.** Consiste en evaluar erróneamente la magnitud o 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.

5) **Personalización.** Consiste en auto atribuirse acontecimientos externos y darles significación personal.

6) **Pensamiento absolutista o dicotómico.** Se refiere a la tendencia a clasificar los eventos o experiencias en categorías mutuamente excluyentes: todo o nada, bueno o malo, negro o blanco.

7) **Deberes e imperativos.** Es la tendencia a auto asignarse responsabilidades, papeles u obligaciones en forma idiosincrásica, no realista. Si los "deberes" no se cumplen, surgen los sentimientos de culpa y de minusvalía (Feixas y Miró, op.cit., p.220.221).

Teoría de los Esquemas

La tercera estructura del modelo cognitivo de Beck está formada por los esquemas. Se les define como patrones cognitivos estables, de naturaleza inconsciente. Es el medio utilizado por el individuo para convertir los datos (del enfrentamiento de aquel con una situación determinada) en cogniciones. El esquema es el responsable de localizar, diferenciar y codificar los estímulos que enfrenta el individuo. Existe una correlación entre el tipo de esquemas involucrados y la forma de estructurar la realidad.

Según esta teoría los esquemas surgen como respuesta a ciertas experiencias negativas tempranas. Dichas experiencias, vividas como negativas, constituyen la base para formar conceptos también negativos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro, los cuales forman la "tríada cognitiva".

Los sujetos depresivos con tendencia suicida centran su interés en temas relacionados con diversas formas de vulnerabilidad como la pérdida, el abandono o la baja autoestima. Dado el carácter inconsciente de los esquemas que se establecen en la primera infancia y se consolidan por las experiencias subsecuentes, normalmente sus contenidos no son susceptibles de ser sometidos al análisis o a la crítica. Ciertos individuos persisten en su apego a los patrones arcaicos sin adaptarse a las nuevas circunstancias.

La Terapia Racional Emotiva de Ellis

Albert Ellis (1962) diseñó un enfoque específico para reestructurar las cogniciones irracionales que, según este autor, siempre están asociadas con las perturbaciones emocionales. Lo que esta teoría postula es que las emociones negativas se deben a la excesiva preocupación por lo que otros piensen de uno, o la idea errónea de que uno no puede aceptarse y agradarse a uno mismo a menos que los demás lo acepten.

Albert Ellis trabajó por más de cuatro décadas para mostrar que los problemas emocionales y conductuales de la gente pueden dividirse en tres componentes, que vinieron a ser conocidos como el "A – B –C" de la Terapia Racional Emotiva. La letra **A** (*Activating*) se refiere a la experiencia o agente Activante acerca del cual el individuo se encuentra trastornado. Para Ellis los seres humanos son criaturas con un propósito y siempre buscan metas. "Casi siempre sus metas son: 1) permanecer vivo y 2) ser razonablemente feliz y verse libre de dolor mientras se está vivo." (Ellis, 1985/1988, p.338). La letra **B** (*Beliefs*) se refiere al sistema de creencias que incluye creencias racionales e irracionales. Las ideas racionales son aquellas cogniciones, ideas y filosofías que ayudan y alientan el logro de las metas básicas. Las creencias irracionales son aquellas ideas, cogniciones, ideas y filosofías que sabotean el logro de las metas básicas. Cuando las personas tratan de lograr sus metas se encuentran con un conjunto de hechos activadores (*A*) que tienden a ayudarles a lograr o bloquear sus esas metas. La forma en que la gente responde a estas experiencias se ve influida por: "a) sus predisposiciones biológicas o genéticas, b) su historia constitucional, c) su aprendizaje anterior interpersonal y social, y d) sus patrones de hábitos predispuestos de forma innata o adquiridos" (Ellis, op.cit. p.339). La letra **C** se refiere a las Consecuencias de sus creencias. Según esta teoría la gente tiene innumerables creencias (*B*) sobre sus hechos activantes (*A*) y estas creencias tienden a ejercer fuertes influencias sobre las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales. Aunque *A* aparece a menudo como "causa" directa o contribución a *C*, esto no es así, porque las *B* normalmente sirven como mediadores entre *A* y *C*, y, por tanto, causan *C* más directamente. Este es el proceso por el cual un evento meramente malo puede convertirse en una catástrofe imaginaria con implicaciones que ponen en riesgo la vida. (Ellis y Abrahams, 1978/1989, pp.32-33).

Consideremos el ejemplo siguiente: "Juan", un hombre de 27 años, desempleado, quien después de saber que su esposa lo está demandando por divorcio bebió dos paquetes de cerveza y se encerró en su cuarto. Dado que Juan no respondió a sus llamados y porque ella sabía que había una pistola en la mesa de noche, su esposa llamó a la policía, quienes pudieron convencer a Juan de que saliera del cuarto. Cuando recuperó la sobriedad, Juan reconoció que pensó en suicidarse y que el rechazo de su esposa fue el último eslabón en una larga cadena de fracasos. Juan pensó que las acciones de su esposa probaban que él era un completo fracaso. Al respecto no es difícil de entender por qué empezó a considerar el suicidio como una salida adecuada. Pero, ¿está es la única forma de interpretar un divorcio inminente? Obviamente no, de otra forma esperaríamos que todo aquel que ha sido rechazado por una pareja sería suicida. En realidad observamos una variedad casi infinita de maneras en que la gente reacciona al rechazo, y podemos entender esta variedad examinando lo que piensa la gente ante un evento así.

Tabla 1 Modelo A-B-C

Evento <u>A</u> ctivante	Creencia (<u>B</u>)	<u>C</u> onsecuencias
Rechazo de la pareja	Esto prueba que soy un fracaso	Depresión, abuso del alcohol, pensamientos e intentos suicidas.
	Esto prueba que mi esposa es una maldita	Ira, conducta agresiva verbal o físicamente
	Nunca saldré adelante solo	Ansiedad, intentos desesperados de encontrar nueva pareja
	Realmente la extraño. Esto dolerá por un tiempo, pero estaré bien si cuido de mí mismo	Tristeza, conductas de afrontamiento positivas
	¡Por fin soy libre! Estoy ansioso por entrar en acción de nuevo.	Gozo, aumento en la socialización

La Tabla 1 enlista algunas creencias que difieren notablemente de la interpretación de Juan del divorcio. Hay que observar la diferencia dramática en el resultado cuando la interpretación cambia.

El modelo A-B-C es la piedra fundamental de la terapia cognitiva: De acuerdo a Ellis La forma en que pensamos influye determinadamente en la forma en que sentimos y en la que nos comportamos. Así, cuando magnificamos de manera irreal nuestros problemas y minimizamos nuestros aciertos nos preparamos innecesariamente para el sufrimiento emocional. Nadie es inmune a preocuparse en demasía o ser pesimista en ocasiones, pero algunas personas piensan de tal manera que las emociones negativas son parte habitual de su vida. Tener como base una actitud negativa hacia sí mismo, la vida y el futuro colocan a la gente en riesgo de lastimarse a sí mismas (Ellis y Newman, 1996, p.32).

Ellis (1962, En: Brown y Brown, 1979, p.241) identificó 11 creencias irracionales que son comunes en nuestra sociedad. Estas ideas irracionales se enlistan a continuación, clasificadas de acuerdo a las emociones que generalmente producen.

- *Pánico, auto condenación y dudar de sí mismo* son producidas por las siguientes ideas irracionales:
 1. La idea de que es una terrible necesidad ser amado y aprobado por virtualmente cada persona significativa en la comunidad de ese individuo.
 2. La creencia de que uno debe ser totalmente competente, adecuado y obtener logros en todas las áreas posibles, para ser considerado digno de valía.
 3. La idea de que la infelicidad humana es causada por factores externos y que la gente no tiene o tiene muy poca habilidad para manejar o controlar sus sufrimientos y perturbaciones.
 4. La idea de que el pasado de uno es un factor totalmente importante y determinante para la conducta presente y que si algo ha afectado fuertemente alguna vez la vida de uno, deberá tener efectos similares indefinidamente.
 5. La creencia de que hay invariablemente una forma correcta, precisa y perfecta para solucionar los problemas humanos y que resulta una catástrofe si esta solución perfecta no se halla.

6. La idea de que si algo es o puede ser peligroso o amedrentador, uno debe estar terriblemente preocupado por ello y debe mantenerse alerta ante la posibilidad de que ocurra.
7. La idea de que uno debe depender de otros y necesita de alguien más fuerte que uno mismo para apoyarse.
- *Ira, moralizar y una baja tolerancia a la frustración* aparecen cuando estas ideas irracionales se hallan presentes:
8. La idea de que ciertas personas son malas o perversas y que deben ser severamente culpadas y castigadas por su maldad.
9. La idea de que es horrible y catastrófico cuando las cosas no ocurren de la manera en que a uno le gustaría que fueran.
10. La creencia de que es más sencillo evitar ciertas dificultades de la vida y responsabilidades, que afrontarlas.
11. La idea de que uno debería disgustarse mucho por los problemas de otros.

Estas creencias irracionales producen de manera típica sentimientos de auto lástima, lástima por otros, o culparse a sí mismo o a otros; ninguna de estas reacciones es constructiva. Al contrario, producen sentimientos de que las cosas no *deberían ser* como son simplemente porque no nos gusta que sea así y hacen sentir a la gente inadecuadas e incapaces. En todo caso, la ansiedad, depresión, y demás sentimientos inadecuados, impiden al sujeto actuar de tal manera que la situación cambie.

Modelo Cognitivo-Conductual del Suicidio

Para aplicar la teoría cognitiva a la psicopatología de la conducta suicida y su tratamiento es muy importante primero estar concientes de los supuestos fundamentales de la teoría cognitiva. Alford y Beck postularon 10 axiomas de la teoría cognitiva:

1. La vía central para el funcionamiento psicológico o la adaptación consiste en las estructuras cognitivas elaboradoras de significado llamadas *esquemas*. . .

2. La función de la *asignación de significado* (a ambos niveles automático y deliberado) es controlar los sistemas psicológicos (conductual, emocional, de atención, y la memoria). . .
3. Las influencias entre los sistemas cognitivos y otros sistemas son interactivas.
4. Cada categoría de significado tiene implicaciones que se traducen en patrones específicos de emoción, atención, memoria y conducta. A esto se le llama *especificidad cognitiva de contenido*.
5. Aunque los contenidos son construidos por la persona, más que ser componentes preexistentes de la realidad, son correctos o incorrectos en relación con un contexto dado. Cuando ocurren *prejuicios o distorsiones cognitivas*, los significados son disfuncionales o inadaptados. Las distorsiones cognitivas incluyen errores en el contenido cognitivo (significado), en el procesamiento cognitivo (elaboración de significado), o en ambos.
6. Los individuos están predispuestos a construcciones cognitivas defectuosas específicas (distorsiones cognitivas). A estas predisposiciones a distorsiones específicas se les llama *vulnerabilidades cognitivas*. Vulnerabilidades cognitivas específicas predisponen a las personas a síndromes específicos: la especificidad cognitiva y la vulnerabilidad cognitiva están interrelacionadas.
7. La psicopatología resulta de la construcción de significados mal adaptados respecto a uno mismo, el contexto ambiental (la experiencia), y el futuro (metas), que juntos constituyen la tríada *cognitiva*. Cada síndrome clínico tiene significados mal adaptados característicos asociados con los componentes de la tríada cognitiva. . . .
8. Hay dos niveles de significado: a) el significado objetivo o *público* de un evento y b) el significado *personal o privado*. El significado personal, a diferencia del público, incluye implicaciones, significado o generalizaciones provenientes de la ocurrencia del evento. . . .
9. Hay tres niveles de cognición: a) el nivel preconsciente, no intencional, *automático* ("pensamientos automáticos"); b) el nivel consciente; y c) el nivel metacognitivo, que incluye respuestas (adaptadas)

"realistas" o "racionales". Estos sirven para propósitos de función, pero los niveles conscientes son los que más interesan para el progreso clínico en psicoterapia. . . .

10. Los esquemas evolucionan para facilitar la adaptación de la persona al medio, y en este sentido son estructuras *telenómicas*. Así, un estado psicológico dado (constituido por la activación de sistemas) es o adaptado o mal adaptado en sí mismo, pero sólo en relación con el contexto del medio social y físico en el cual la persona reside. (en Rudd, Joiner y Rajab, 2001, p.20-21; énfasis en el original)

Rudd, Joiner y Rajab toman los 10 axiomas de Alford y Beck y los traducen en preceptos fundamentales para un modelo cognitivo conductual del suicidio y de su tratamiento psicoterapéutico:

1. La vía central para la conducta suicida es la cognición (es decir, el significado *privado* asignado por el individuo). La suicidalidad es secundaria al significado mal adaptado construido y asignado respecto a sí mismo, el contexto ambiental, y el futuro (es decir, la tríada cognitiva, junto con los supuestos o reglas condicionales y las estrategias compensadoras, a lo cual se refiere como *sistema de creencias suicida*).

2. La relación entre el *sistema de creencias suicida* (es decir, la tríada cognitiva específica al *modo suicida* . . .) y los otros sistemas psicológicos (por ejemplo, conductuales, emocionales, de atención, y memoria) y biológicos/fisiológicos, es interactiva e interdependiente.

3. El *sistema de creencias suicida* variará de individuo en individuo, dependiendo del contenido y contexto de los varios sistemas psicológicos (es decir, la especificidad del contenido cognitivo). No obstante, habrá alguna uniformidad en términos de las *categorías* identificadas (es decir, desesperanza, desamor, y pobre tolerancia al sufrimiento . . .), todas matizadas por un sentido dominante de desesperanza.

4. Los individuos están predispuestos a la conducta suicida en función de las vulnerabilidades cognitivas, o *construcciones cognitivas defectuosas*, las cuales

covarian con síndromes específicos. De acuerdo a esto, las diferentes vulnerabilidades cognitivas son consistentes con diferentes síndromes y patrones de comorbilidad . . .

5. La conducta suicida y el *sistema de creencias suicida* residen en tres distintos niveles, el preconscious o automático, el consciente, y el metacognitivo . . . , siendo el nivel consciente el más sensible al cambio psicoterapéutico. El contenido estructural del sistema de creencias suicida, todo en estos tres niveles, está contenido en el *modo suicida*. . . (Rudd, Joiner, y Rajab, op.cit. p.22; énfasis en el original)

Estos criterios son el fundamento desde el cual se articula un modelo conceptual para tratar con todos los aspectos del paciente suicida. Beck añade a los axiomas mencionados anteriormente el concepto de esquema, también explicado en párrafos anteriores. Beck elabora su teoría alrededor del concepto de *modo*, la unidad estructural o de organización que contiene esquemas. Beck (1996, en Rudd, Joiner y Rajab, op.cit.p.24) definió los modos como "suborganizaciones específicas dentro de la organización de la personalidad [que] incorporan los componentes relevantes de los sistemas básicos de la personalidad: cognitivo (procesamiento de la información), afectivo, conductual, y motivacional". Cada sistema está compuesto de esquemas. Beck describe el modo como una "red integrada cognitiva, afectiva y conductualmente, que provee una respuesta sincrónica a las demandas externas y provee un mecanismo para implementar dictados y metas internas."

El Modo Suicida

Aunque Beck mencionó el modo suicida, no le dio más elaboración. Rudd, Joiner y Rajab (op.cit. p.27-ss.) desarrollaron su modelo de suicidio basándose en la noción de Beck. El modo contiene sistemas y cada sistema consiste en estructuras o esquemas específicos a ese sistema. En la Tabla 2 podemos ver un resumen del *modo suicida* y las características de cada sistema.

Tabla 2 Características de los Sistemas del Modo suicida

Sistemas	Contenido estructural (ejemplo de pensamiento o creencia)
Cognitivo	<p>Sistema de creencias suicida: Pensamientos suicidas ("<i>Quiero matarme. Voy a suicidarme</i>")</p> <p>Componentes de la tríada cognitiva</p> <p>Categorías de creencias centrales: Indigno de ser amado, Desesperanza, Baja tolerancia al sufrimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacia sí mismo: inadecuado, indigno, incompetente, desvalido, imperfecto, no amado, defectuoso. ("<i>Soy indigno. Todos estarían mejor si yo muriera. No puedo cambiar nada de esto</i>") • Hacia otros: rechazan, abusan, abandonan, juzgan. ("<i>Realmente a nadie le importo.</i>") • Hacia el futuro (potencial de cambio): desesperanza. ("<i>Las cosas nunca van a cambiar y no puedo tolerar estos sentimientos.</i>") <p>Reglas/suposiciones condicionales: ("<i>Si fuera perfecto la gente me aceptaría. Si hago lo que todos quieren entonces tendrán que aceptarme.</i>")</p> <p>Estrategias de compensación: Sobre compensación, perfeccionismo, sometimiento en las relaciones.</p>
Afectivo	<p>Disforia (mezcla de emociones negativas): por ejemplo, tristeza, ira, ansiedad, culpa, depresión, suspicacia, temores, tensión, soledad, vergüenza, humillación, etc.</p>
Conductual (motivacional)	<p>Conductas relacionadas con la muerte (intentos de suicidio): conductas de preparación, planeación, conductas de ensayo, intentos.</p>
Fisiológico	<p>Activación de los sistemas autónomo, motor y sensorial.</p>

En la tabla podemos observar que en este enfoque el sistema cognitivo se caracteriza por el sistema de creencias suicida e incorpora la tríada cognitiva, reglas/suposiciones condicionales y estrategias de compensación. El corazón del sistema de creencias se integra por dos categorías identificadas originalmente por Beck (1996, en Rudd, Joiner y Rajab, op.cit. p.27) la desesperanza y la indignidad para ser amado. Rudd, Joiner y Rajab añaden una tercera categoría: la baja tolerancia al sufrimiento. Las creencias centrales de un paciente suicida caerán en alguna de estas categorías.

Cuando la desesperanza es abatida, el intento activo de morir también disminuye y el modo suicida ya no es predominante. Los individuos pueden entrar y salir del modo suicida con gran frecuencia. Cuando los individuos presentan

tendencias suicidas crónicas los umbrales de activación disminuyen y el sujeto se vuelve hipersensible a un amplio espectro de estímulos.

El sistema afectivo se caracteriza por la disforia emocional, es decir, una mezcla de emociones negativas, en contraste con la tristeza característica de la depresión. El impulso conductual y motivacional es morir, si el intento es cuestionable (por ejemplo, deseo de venganza, conducta de auto mutilación) se consideran modos facilitadores, pero no un modo suicida activo. Esta conceptualización ayuda a explicar las variaciones del riesgo en el tiempo. Aunque desactivado en algún punto, los modos habituales de la personalidad (es decir, las vulnerabilidades predisponentes) siguen operando, manteniendo el riesgo crónicamente. Estos modos se explican como modos facilitadores que incrementan la probabilidad de futuros episodios suicidas. Estos modos facilitadores pueden tomar muchas formas: diagnósticos psiquiátricos previos, conducta suicida previa, un trauma en el desarrollo, abuso o abandono y modelamiento parental. La persona suicida crónica se desplaza de un modo facilitador a un modo suicida con recurrencia a lo largo del tiempo, dependiendo del contexto situacional.

Durante el tiempo en que el modo suicida se ha activado el sistema fisiológico se despierta con respuestas de activación autónomas, motoras y sensoriales. Esta conceptualización sugiere que el modo suicida es en esencia auto limitante. La excitación fisiológica necesaria sólo puede mantenerse por períodos limitados. Por naturaleza, las crisis suicidas son agudas y están limitadas por el tiempo.

Para los que manifiestan tendencias suicidas crónicas el modo suicida se presenta con un umbral más bajo de activación, para disparadores internos y externos por igual. Beck (op.cit.) usa el constructo de los esquemas de orientación para explicar la activación. Estos esquemas dependen de la historia personal del individuo. El esquema de orientación asigna un significado preliminar a la situación estímulo, activando así los modos correspondientes. En otras palabras, la conducta suicida es más fácil de disparar para los que lo han intentado en múltiples ocasiones en comparación con otros. También es probable que ocurra un proceso de generalización de disparador en disparador. Por ejemplo, puede comenzar

Figura 1 Un Modelo Cognitivo-Conductual del Suicidio: El Modo Suicida



disparándose por conflictos interpersonales en relaciones cercanas. Con el tiempo, el conflicto interpersonal en general puede disparar el modo suicida sin importar la cercanía propia de la relación. El estímulo de generalizó de relaciones interpersonales íntimas a todas las relaciones.

En la Figura 1 tenemos una ilustración gráfica del modo suicida propuesto por Rudd, Joiner y Rajab (op.cit. p.31). Puede observarse la interacción recíproca y la interdependencia de los diferentes sistemas.

En esta revisión de los conceptos fundamentales del modelo cognitivo-conductual del suicidio, se pudo observar la suposición del papel mediador de la cognición entre los estímulos del medio ambiente o experiencias y las respuestas observables u operantes, en particular se comenzó a describir constructos como la desesperanza que juega un papel muy importante en la teoría de la depresión de Beck y que tiene relación con la conducta suicida. También se pudo hacer un resumen del modelo cognitivo-conductual del suicidio de Rudd, Joiner y Rajab, que retoma elementos de la teoría de Beck y los desarrolla para ofrecer un modelo que pretende integrar todas las dimensiones de la experiencia humana, con especial atención en aportar un marco de referencia sólido y hallazgos útiles para el tratamiento del suicidio. En el siguiente capítulo se continuará revisando algunos otros constructos cognitivos que más se han investigado en relación con la conducta suicida adolescente, especialmente en lo que toca a los intentos suicidas, más que al suicidio consumado y la ideación.

Capítulo 5: Factores Cognitivos que Influyen en la Conducta Suicida Adolescente

Se ha realizado una intensa serie de investigaciones dedicada a identificar los factores que ponen a los adolescentes en riesgo de suicidarse. A continuación revisaremos algunos de los modelos teóricos explicativos de los intentos suicidas en adolescentes.

Clum y colaboradores Proponen que la ideación y el riesgo suicida se incrementa cuando una persona con baja capacidad de afrontamiento o rigidez cognoscitiva, vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conductas suicidas (en González-Forteza et al, 1996, p.34).

Garland y Zigler identificaron los siguientes factores de riesgo: desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual y físico, problemas de identidad y de preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, abuso de sustancias, desempleo y problemas laborales (en González-Forteza et al, 1996, p.34).

Eggert, Thompson y Herting identificaron como factores de riesgo la exposición al suicidio, actitudes y creencias, ideación (frecuencia e intensidad), planes de suicidio, número y letalidad de intentos previos, amenaza presente en oposición a una amenaza en el pasado. También clasificaron los factores en tres áreas a evaluar:

- Emocional (depresión, desesperanza, ansiedad, ira, estrés percibido)
- Nivel de estrés (número de eventos estresantes, violencia, victimización).
- Conductas desviadas (drogas, estatus escolar, conductas riesgosas). (en Spirito y Overholser, 2003, p.6)

Rudd y Joiner propusieron tres áreas a evaluar:

- Factores predisponentes (edad, género, historia psiquiátrica previa, historia de la conducta suicida en el individuo y en la familia, historia de abuso, violencia familiar, padres punitivos).
- Factores agudos y crónicos (estresores actuales, pérdidas, problemas de salud, disforia actual caracterizada por enojo, depresión, desesperanza, desvalimiento,

culpa, ansiedad/pánico, anhedonia, insomnio, rigidez cognitiva, pobre resolución de problemas, aislamiento social, apoyo social limitado, problemas de control de impulsos como: abuso de sustancias, conducta agresiva, tendencias a tomar riesgos, naturaleza del pensamiento y conducta suicida como: ideación activa o pasiva; frecuencia, intensidad y duración de la ideación suicida; especificidad de los planes; disponibilidad de los métodos; conductas de preparación; auto control y razones para morir).

- Factores protectores (comprometido activamente en un tratamiento, buena salud física, flexibilidad cognitiva y buenas habilidades para resolución de problemas, apoyo social disponible, apoyo familiar y esperanza, razones para vivir) (en Spirito & Overholser, 2003, p.7).

Hendin (en Spirito & Overholser, 2003, p.8) cree que el significado psicodinámico del suicidio proviene de estados cognitivos y afectivos. El enojo, la desesperanza y la culpa son comunes en adolescentes que han cometido intentos suicidas. La ira, que con frecuencia surge de manera secundaria a la exposición previa a la violencia, se percibe fuera de control mientras el intento suicida en sí es como un medio para controlar la ira. La desesperanza surge de la falla en percibir algunas relaciones interpersonales significativas. La culpa, con frecuencia inapropiada y excesiva, subyace a la sintomatología depresiva. El componente cognitivo se refiere principalmente a los significados conscientes e inconscientes dados a la muerte. Estos incluyen el renacer o reunirse con algún ser querido que se ha perdido, represalias ante el abandono, venganza y autocastigo o expiación.

El modelo que propone Orbach (Spirito & Overholser, 2003, p.8) organiza los diferentes tipos de intento suicida en tres categorías:

- Depresivo-perfeccionista
- Impulsivo
- Desintegrador

Subyacentes a estas tres tipologías hay diferentes grupos de factores de riesgo. Estos incluyen diagnósticos psiquiátricos (depresión, abuso de sustancias, desórdenes de conducta, ataques de pánico), estados fenomenológicos (desesperanza, vergüenza, culpa, soledad, ira, irritabilidad, labilidad, ansiedad), procesos autodestructivos (auto castigo, altas expectativas, negatividad hacia uno

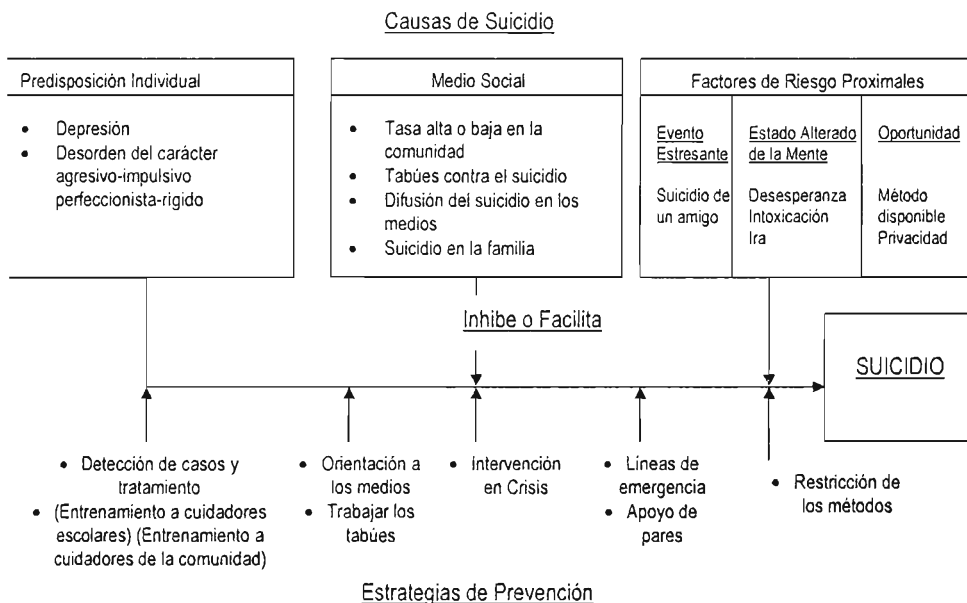
mismo, autodevaluación), rasgos de personalidad (rigidez, impulsividad, agresión, hipersensibilidad), estrés (pérdida, separación, rechazo, violencia familiar y conflictos familiares, enfermedad física), facilitadores al suicidio (historia familiar de suicidio, disponibilidad de armas de fuego, exposición al suicidio), factores del trasfondo (edad, género, factores biológicos), y conducta sintomática (preocupación con la muerte, amenazas suicidas, intentos suicidas).

La taxonomía de Orbach tiene la ventaja de diferenciar las causas subyacentes que pueden resultar en conducta suicida. Por ejemplo, en el suicidio depresivo-perfeccionista, la depresión o el abuso de sustancias (diagnósticos psiquiátricos) pueden orillar a la desesperanza, culpa y soledad (estados fenomenológicos), lo cual redundando en negatividad hacia sí mismo y auto punitividad (proceso auto destructivo). Por otro lado, en el suicidio impulsivo, el desorden de conducta (diagnóstico) lleva a enojo e irritabilidad (estados fenomenológicos) y resulta en odio hacia sí mismo (proceso auto destructivo). Finalmente, en el suicidio desintegrador, la esquizofrenia o los ataques de pánico (diagnósticos) llevan a ansiedad o labilidad emocional (estados fenomenológicos) y terminan en auto abnegación (proceso auto destructivo). Este modelo es preliminar y necesita ser examinado a través de la investigación.

También existen modelos que se organizan de acuerdo a etapas. Stoelb y Chiriboga (en Spirito & Overholser, 2003, p.9) en su modelo examinan factores de riesgo primarios (trastorno del humor, desesperanza, intentos previos), factores de riesgo secundarios (abuso de sustancias, desorden de la personalidad) y factores de riesgo situacionales (estrés de la vida, apoyo social, exposición previa al suicidio). Otro modelo teórico para explicar la conducta suicida adolescente es el de Brent (en Spirito & Overholser, 2003, p.10). Este enfoque ofrece un modelo general de los patrones de la conducta suicida. Brent cree que un factor precipitante lleva a una intensa reacción emocional y a una pobre regulación del afecto mediante uno de tres patrones: falta de asertividad, distorsión cognitiva o la percepción de falta de efectividad en las relaciones interpersonales. Este afecto intenso lleva a una toma de decisiones impulsiva, a dificultad en generar soluciones alternas y a una incapacidad de evaluar las consecuencias de los actos, lo cual termina eventualmente en conductas suicidas.

Shaffer y Pfeffer (2001) presentan un modelo que combina algunos de los factores subyacentes postulados previamente, así como áreas de prevención e intervención. Estos autores notaron que un adolescente con un desorden de carácter como abuso de sustancias, ansiedad o algún trastorno del afecto, con frecuencia experimenta ideación suicida como parte del desorden. De igual manera, adolescentes con desórdenes psiquiátricos pueden experimentar un cambio agudo del humor en respuesta a un factor que genere estrés. El cambio de humor, que puede ser ansiedad, desesperanza o ira, a su vez lo lleva a ideación suicida. Esta ideación suicida puede resultar en conducta suicida si ciertos factores están presentes, como un rasgo subyacente (impulsividad, anormalidad en la serotonina), algunos factores sociales de riesgo (exposición, aislamiento social), el estado mental (agitación) y la disponibilidad del método. Por otro lado tenemos los factores que inhiben el suicidio, que disminuyen la posibilidad de que el resultado final sea el suicidio. Los inhibidores incluyen a los inhibidores sociales (fuerte tabú

Fig. 1 Modelo Conceptual de los Factores que Influyen en el Suicidio en Jóvenes

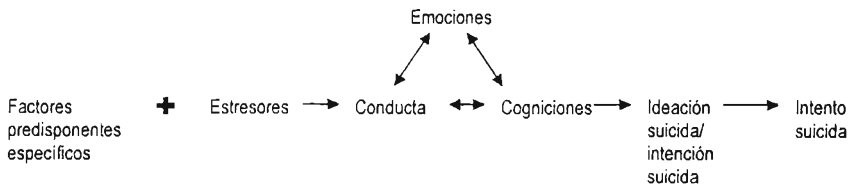


en contra del suicidio, disponibilidad de apoyo social, presencia de otros, acceso limitado al método) y un estado mental "aquietado".

En la Fig. 1 hallamos un gráfico que resume el modelo conceptual del suicidio adolescente descrito previamente. En éste hallamos por un lado las causas de suicidio o facilitadores, divididos en: predisposición individual, medio social y factores de riesgo proximales. En la parte baja tenemos los factores inhibidores: la detección y tratamiento, intervención en crisis, líneas de apoyo telefónico y la restricción de los métodos (Shaffer et al, 1988)

Spirito, Overholser y Vinnick (1995, en Spirito y Ovelholser, 2005, p.12) presentan un modelo que combina factores de los modelos expuestos previamente, suponiendo que el intento suicida del adolescente presenta características cognitivas, conductuales y emocionales que afectan el riesgo de que vuelva a repetirse. La Fig. 2 muestra este modelo. Los factores predisponentes específicos incluyen factores familiares (historia familiar de conducta suicida), factores individuales (déficit del control de impulsos, auto concepto negativo, intentos suicidas previos, atracción por la muerte o el significado atribuido a la muerte, trastornos psiquiátricos previos, incluyendo trastornos de la personalidad, salud física) y factores del medio (modelamiento de los pares de conducta suicida, acceso a métodos de suicidio). Los estresores incluyen el número de ellos, si son percibidos o reales, los factores temporales, el tipo de estresor (familiar, interpersonal – pérdida/separación, rechazo, decepción, conflicto con pares – fallas personales, ej. académicas). El renglón de las emociones abarca depresión, soledad, ira, ansiedad, vergüenza, culpa, labilidad emocional. Las conductas que son tomadas como factores de riesgo en este modelo son: el aislamiento social, el abuso de sustancias, la conducta arriesgada y las conductas adaptativas como: buscar y recibir el apoyo de los pares y de la familia. El área cognitiva incluye conceptos como: desesperanza, distorsiones cognitivas, rigidez cognitiva, estilo de atribución negativo, pobres habilidades para la solución de problemas, culparse a sí mismo, ser punitivo consigo mismo, también se consideran las conductas cognitivas adaptativas, entre éstas se hallan: estilo de afrontamiento, actitudes positivas hacia el tratamiento de la salud mental y razones para vivir.

Fig.2 Modelo del suicidio adolescente (Spirito, Overholser y Vinnick, 1995)



En la revisión de estos modelos conceptuales del suicidio adolescente notamos que hay varios denominadores comunes en todas las propuestas. En todos se reconoce la multicausalidad de este fenómeno. En todos se reconoce la conjunción de factores individuales y sociales. También en todos los modelos se reconoce la participación de los factores cognitivos en el individuo que intenta suicidarse. Esta última área, los factores cognitivos es la que se enfoca principalmente en este trabajo.

Los modelos cognitivos de la depresión y el suicidio proponen que es más probable que estas conductas se presenten cuando existe una interacción entre eventos de vida adversos con características cognitivas intrínsecas del individuo que incrementan los estados afectivos negativos o reducen la capacidad del individuo para enfrentar los sucesos estresantes.

Suicidio Adolescente: ¿Impulsivo o planeado?

El suicidio adolescente es tipificado con frecuencia como un acto predominantemente impulsivo. A lo largo de la historia de la investigación sobre el suicidio puede observarse cómo se ha incluido la búsqueda de variables de personalidad. Pallis y Jenkins (1977, en Williams y Pollock, op.cit.) encontraron que los suicidas tienen puntajes más altos que los controles en neurosis y psicosis. Además, se observó una asociación entre la repetición de los intentos de suicidio y el grado de neurosis en ambos sexos, pero entre los varones se halló una asociación entre el bajo intento de morir y la impulsividad.

Desde el punto de vista clínico, la impulsividad es una de las características de personalidad que causa más preocupación al prevenir la conducta auto

destruictiva. La conducta suicida no fatal tiende a ser más impulsiva, en un estudio, 50% de los que intentaron suicidarse con un método no fatal, dijeron que no pensaron en ello por más de una hora de anticipación (Williams, 1997, en Williams y Pollock, p.81). La investigación neurobiológica ha estudiado la conexión entre las dimensiones de personalidad de agresión e impulsividad en individuos suicidas y violentos. Los resultados de esta investigación señalan que la impulsividad violenta es mediada por el sistema de la serotonina y es un importante componente de los intentos suicidas altamente letales (Williams y Pollock, op.cit., p.81).

En su estudio sobre intentos de suicidio Spirito afirma que algunos adolescentes intentan suicidarse como resultado de una conducta impulsiva ante un evento estresante. En su muestra encontró que los intentos suicidas "impulsivos" constituían aproximadamente dos tercios de la muestra, mientras que los intentos planeados lo formaban el tercio restante (Spirito, 1997). En este mismo estudio se observan diferencias significativas entre los "impulsivos" y los "planeadores" en algunos indicadores cognitivos. Los adolescentes que planeaban el intento estaban más desesperanzados y deprimidos y tenían más ideaciones suicidas que los que eran impulsivos.

Algunos estudios psicológicos han investigado la impulsividad juntamente con la ira y la hostilidad. Estos estudios confirman que la impulsividad está asociada con el riesgo suicida y que la manera en que la gente suicida manifiesta su enojo y hostilidad es generalmente más intropunitiva y encubierta, con niveles altos de culpa y depresión, como muestra la revisión de Williams y Pollock (op.cit. p.82). Estos mismos autores señalan que dos trastornos mentales frecuentemente asociados con la conducta suicida, el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno borderline de la personalidad, se asocian con síntomas de inestabilidad afectiva y conducta impulsiva, implicando enojo, hostilidad, baja tolerancia a la frustración y falta de planeación. Otro estudio sugiere que los individuos suicidas tienden a ser controlados por eventos externos en vez de ser moderados por estímulos internos (Arffa, 1983, En: Williams y Pollock, op.cit., p.82).

Particularmente, mucha de la investigación sobre la impulsividad se ha concentrado en los adolescentes. Algunos autores han encontrado que la mayor parte de los suicidios adolescentes son no planeados (Hawton et al, 1982, en

Williams y Pollock, op.cit.). Estudios muestran que sólo el 25% de los suicidios consumados por adolescentes muestran evidencia de planeación; la mayoría son actos impulsivos (Shaffer et al, 1988; Hoberman y Garkinkel, 1988, en Williams y Pollock, op.cit.). En un estudio comunitario, Pfeffer y colaboradores (1988, en Williams y Pollock, op.cit) encontraron que los adolescentes con tendencia a una conducta explosiva y agresiva tenían mayor riesgo de repetir su conducta suicida.

Sin embargo para Alfonso Reyes (comunicación personal, 28 de abril, 2005), Presidente de la Asociación Mexicana para la Prevención del Suicidio y del Suicida, el suicidio adolescente es un acto deliberado y planeado. Para apoyar su argumento menciona que recientemente ha observado un aumento en el método de ahorcamiento, que se realiza en una hora en que no puede ser descubierto, que se ha calculado la altura a la que se quedará suspendido para no topar con el suelo, que se ha utilizado un elemento simbólico (por ejemplo la corbata del colegio), todo ello revelando una cuidadosa planeación.

En suma, de todas las características de personalidad, la impulsividad es la única que se ha encontrado asociada con la conducta suicida tanto en investigaciones de campo como en la clínica. Williams y Pollock (op.cit. p.82) observan que la disponibilidad de un medio para suicidarse puede ser suficiente para disparar un intento suicida por una persona impulsiva que se sienta derrotada, que no hay salida, y que experimente desesperanza respecto al futuro. La impulsividad ayuda a explicar la probabilidad e intensidad de la conducta, pero no explica la elección por esa conducta en particular (ej. suicidio o intento suicida) sobre otras conductas. Por tal motivo es necesario revisar la investigación sobre variables cognitivas.

Teoría de la Decisión

Esta teoría propone que un intento suicida es el resultado final de una decisión. En un estudio de autopsias psicológicas citado por Lennings (Lennings, 1994) se afirma que "el suicidio es el resultado final de serios desórdenes emocionales, los cuales, en la mayoría de los casos, no fueron reconocidos o tratados" y "el suicidio consumado en niños y adolescentes no ocurre al calor del momento o como un acto impulsivo" (Allberg y Chu, 1990, p.346, en Lennings, op.cit.) Se ha descrito a

la impulsividad como un correlato importante en los intentos suicidas adolescentes, sin embargo, el modelo sugiere que la impulsividad se explica mejor como un factor de vulnerabilidad. Existen investigaciones que sugieren que la impulsividad y el suicidio están asociados por efectos neuroanatómicos o de neurotransmisores. Lennings explica que la impulsividad juega un papel en el debilitamiento de los moderadores que los adolescentes que tienden al suicidio usan para reducir la posibilidad de un suicidio real.

Otras investigaciones citadas por Lennings sugieren que la conducta riesgosa no es sólo un acto impulsivo, o espontáneo, sino un acto preconcebido, con la conciencia de un posible desenlace fatal, y que el individuo lo juzga aceptable. Las decisiones se refieren a un juicio sobre costos y beneficios. Un cierto acto tiene tanto costos como beneficios y el grado de costo o beneficio determina el resultado. En el suicidio el proceso de toma de decisiones está distorsionado. El elevado costo de la pérdida de la vida se trivializa ante el beneficio de provocar dolor en otros, escapar de una situación dolorosa, etc.

Concediendo que en muchos casos la conducta suicida adolescente sea catalogada como impulsiva, no obstante, no podemos descartar la influencia de ideaciones a favor del suicidio en el mismo acto "impulsivo" que bloquean la participación de pensamientos que, en un intento de razonar consigo mismo, procuran disuadir al individuo de su determinación fatal. Las variables cognitivas ayudan a entender por qué el suicida escoge suicidarse cuando hay otras conductas a su disposición. Existe un proceso que va de la ideación suicida pasiva a la consideración del suicidio como una opción seguida de una planeación activa.

A pesar de la atención que ha atraído el problema el suicidio sigue recibiendo poca atención en la investigación y el trabajo realizado se ha limitado. La mayoría de las investigaciones se centran en adultos y recientemente en adolescentes. La mayor parte de la investigación se ha centrado en la relación entre la depresión y los resultados en conducta suicida y ha fallado en identificar características psicológicas independientes de la depresión, como los factores cognitivos, que pueden ser útiles para la predicción del suicidio. Hay muchos factores predictivos de la conducta suicida, pero los que son sensibles a ser modificados, como los factores cognitivos, son de gran interés para implementar

estrategias de prevención e intervención y por eso deberían tener la atención de los investigadores.

La depresión ha sido asociada con la ideación e intentos suicidas en adultos, adolescentes y niños. Sin embargo, de acuerdo a Nock y Kadzin el humor depresivo por sí solo es útil hasta cierto punto para predecir quién realmente se volverá suicida. Hay niños y adolescentes con depresión que nunca intentarían o consumirían el suicidio y muchos nunca tendrán ideaciones suicidas. Así que, además del humor depresivo existen variables afectivas, cognitivas y conductuales que están relacionadas con el desarrollo de la ideación e intentos suicidas (Nock y Kadzin, 2002).

Ensayos de suicidio

El parasuicidio representa una forma de ensayo conductual. Es una forma de simular un suicidio. El parasuicidio está relacionado con posteriores intentos exitosos de suicidio. Los intentos previos de suicidio son factores de predicción importantes de futuros suicidios. No todo ensayo tiene que ser abierto, puede ser en la imaginación, se le denomina ensayo encubierto o ensayo cognitivo. Esta es una forma estructurada de habilidad de enfrentamiento. Para enseñar a la gente a tratar exitosamente con una tarea difícil se le hace imaginar las acciones requeridas para completar esa tarea y repetir este proceso en la imaginación varias veces para incluir la tarea en el repertorio conductual de la persona. Pero el ensayo cognitivo también tiene su contraparte patológica. Pueden tener una fantasía recurrente del modo particular en que morirán, al repetirse, esta fantasía se vuelve un plan.

El modelo de Beck de la depresión (Beck y Hollon, 1979, en Lennings, op.cit.) detalla un característico mapa interpretativo en el cual la gente distorsiona sistemáticamente varios estímulos en el mundo como un rasgo de su experiencia. Hay un modelo de la personalidad de auto confirmación, hay una fuerte interacción entre expectativa, percepción y conducta. Las declaraciones auto confirmatorias ayudan a manejar tanto el self como las percepciones de otros. Las personas que experimentan estrés desarrollan esquemas que reflejan su comprensión del mundo y su conducta para mantener esa comprensión. Los

individuos que tienden al estrés emplean un sistema de creencias que promueve las auto evaluaciones negativas y el afecto disfórico. A los sistemas de creencias subyacen procesos de fantasía que al repetirse continuamente provee el "ensayo" o instrucciones cubiertas, que a su vez son facilitadas por varios estímulos externos. Los esquemas pueden organizarse por claves o códigos del estado de ánimo. El procesamiento cognitivo ayuda a que algunos estímulos neutrales se asocien o se vuelvan imbuidos con un estado de ánimo específico (negativo o excitativo).

El deprimido emplea un estilo de enfrentamiento característico depresivo enfocado en sí mismo. Los deprimidos ponen más atención en sí mismos, siguen la forma que realizan varias tareas. Es característica la manera en que definen el yo en relación con las demandas externas sobre el yo.

Planes suicidas

La teoría de Beck incorpora principios cognitivos. La gente deprimida distorsiona su futuro, su mundo y a sí mismos. Beck define la desesperanza como una variable cognitiva que subyace a la conducta suicida. Si se toman decisiones para involucrarse en conductas auto destructivas, la terapia de adolescentes debe incluir la corrección de estilos defectuosos de toma de decisiones.

El modelo cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en adolescentes ha sido muy efectivo en un seguimiento de 2 años (Lewinsohn et al, 1990, en Lennings; op.cit.). Después de un tratamiento enfocado en aspectos cognitivos los niveles de desesperanza y depresión se redujeron. Pero el nivel de ideación suicida no.

La decisión de cometer suicidio representa la evaluación del individuo de una situación y esta evaluación es una mezcla de factores medioambientales, aprendizaje del pasado y factores de vulnerabilidad.

Los planes de suicidio se asocian con el nivel de desarrollo. Quienes han intentado suicidio y suicidas pueden estar atrapados en el borde de la transición entre las operaciones concretas y el pensamiento formal operativo que también acompaña una serie de transiciones de rol. Piaget afirmó que la emergencia de las operaciones formales ocurre alrededor de los 14 o 15 años y explicaba que esos

cambios en el funcionamiento cognitivo representa períodos de elevada vulnerabilidad (Inhelder y Piaget, 1958, en Lennings, op.cit.). El egocentrismo adolescente puede ser el resultado de moverse de las operaciones concretas a un pensamiento formal operativo. Los adolescentes pueden no ser capaces de distinguir qué pensamientos son más probables de ser pensados, los suyos o los de otros. En tal escenario desarrollan una "audiencia imaginaria" y una "fábula personal". El suicidio se vuelve una comunicación entre sí mismos y la "audiencia" y la "fábula personal" se convierte en una "leyenda" que sobrevivirá después que el cuerpo haya muerto. La "audiencia imaginaria" y la "fábula personal" se incorporan a un esquema que integra emoción, pensamiento y conducta (Elkind y Bowen, 1979, en Lennings, op.cit.). Algunos adolescentes perturbados exhiben un proceso de transición más prolongado. Permanecen más tiempo en el egocentrismo adolescente. Adolescentes suicidas pueden tener también este tipo de inmadurez mental que, al combinarse con situaciones de la vida con estrés impide la resolución apropiada de problemas.

Brightman halló que para los sujetos deprimidos parece haber una interrupción en las estrategias adecuadas de enfrentamiento en ambientes de estrés elevado. Sugiere que la gente deprimida procesa la información de manera diferente, y lo relaciona con una inmadurez en el estilo cognitivo (Brightman, 1990, en Lennings, op.cit.). En cualquier caso, estudios de la finalización del proceso de transición sugieren que el pensamiento formal operativo pleno sólo lo adquiere aproximadamente el 30% de los adultos (Gordon, 1990, en Lennings, op.cit.).

Jóvenes perturbados pueden experimentar considerable estrés y habilidad cognitiva reducida para resolver problemas como resultado de una fase de transición prolongada. Aun adolescentes sanos pueden experimentar déficit para resolver problemas debido a la naturaleza prolongada de la adquisición del pensamiento formal operativo. Los adolescentes toman decisiones sobre conducta en terrenos menos que ideales (decisiones sobre contracepción y sobre prácticas de sexo seguro).

Pensamiento Dicotómico

El pensamiento dicotómico se refiere a la tendencia a pensar en términos de todo o nada (blanco y negro) (Beck et al, 1979, en Williams y Pollock, op.cit. p.82). Un ejemplo de esto sería, "si no puedo hacer que mi novio regrese conmigo, entonces no tiene sentido vivir". Mucho del trabajo en esta área fue dirigido por Neuringer, quien utilizó el test de diferencial semántico con grupos de suicidas, pacientes psicósomáticos y un grupo control de pacientes normales hospitalizados y encontró en dos estudios separados, que los pacientes con intento suicida eran significativamente más dicotómicos en su forma de pensar que los otros dos grupos. El autor llegó a la conclusión que estos individuos manifestaban una forma distinta de estilo cognitivo que él llamó "extremista". En un estudio posterior (Neuringer y Lettieri, 1971, en Williams y Pollock, op.cit.) registraron diariamente mediciones de pensamiento dicotómico en individuos con alto riesgo suicida, riesgo medio y sin riesgo, a lo largo de 3 semanas después de una crisis suicida, mostraron que este efecto persiste a lo largo del tiempo, apoyando la noción de este estilo extremista como un estilo cognitivo de larga duración.

Neuringer concluyó que los individuos suicidas son más rígidos y extremistas en su modo de pensar que las personas no suicidas, independientemente de su condición psiquiátrica. Señaló que la mayoría de las personas tienen la capacidad de moderar o ignorar las dicotomías, pero a la gente suicida le hace falta esta habilidad y por eso, si se sienten insatisfechas con algo en sus vidas, encuentran muy difícil o imposible moderar sus expectativas. Así, cuando se enfrentan a una situación problemática, los individuos suicidas experimentarán a su medio ambiente poco favorecedor, que les ofrece pocas oportunidades para el cambio o el alivio de la situación estresante.

Rigidez cognitiva

El pensamiento dicotómico está muy relacionado con otra variable cognitiva estudiada por Neuringer: la rigidez cognitiva. Inicialmente Neuringer (1964, en Williams y Pollock, op.cit.) dirigió un estudio para evaluar la presencia y grado de esta rigidez en un grupo suicida, un grupo psicósomático y un grupo control de individuos hospitalizados por condiciones médicas menores. Los resultados

obtenidos mostraron mayor rigidez en el pensamiento en el grupo suicida que en los otros dos grupos. Levenson y Neuringer (1971, en Williams y Pollock, op.cit.) ampliaron este trabajo al examinar la relación entre la habilidad para la resolución de problemas y la conducta auto destructiva. Los resultados confirmaron que los individuos suicidas eran mas rígidos e inflexibles y menos capaces de cambiar sus estrategias de resolución de problemas. Otros estudios tuvieron resultados similares, mostrando que adolescentes con intento suicida eran más dependientes al medio, es decir, que sus decisiones se veían influidas por su ambiente, pero no eran más impulsivos cognoscitivamente que el grupo control psiquiátrico (Levenson, 1974, en Williams y Pollock, op.cit.)

Estos estudios iniciales sobre la rigidez cognitiva se realizaron con tareas basadas en problemas impersonales como asociación de palabras, lectura de mapas y aritmética. Trabajos más recientes se han enfocado en la resolución de problemas personales que, como señalan algunos investigadores, tienen procesos inherentemente diferentes (Shotte y Clum, 1987, en Williams y Pollock, op.cit. p.83). Schotte y Clum presentaron un modelo de tendencia al suicidio que incluye la inflexibilidad cognitiva como un ingrediente clave. Hallaron que la rigidez cognitiva está asociada con niveles altos de ideación suicida. Una vez que una persona establece un esquema que permite el suicidio o lo anima, la rigidez cognitiva le impide un análisis racional y cambiar este esquema. La rigidez cognitiva puede ser un déficit cognitivo común en una variedad de condiciones psicopatológicas. Pero con una intervención apropiada puede ser modificado.

Desesperanza

En sus investigaciones sobre las características de los adolescentes con intentos suicidas muchos investigadores se han concentrado en la desesperanza. La desesperanza se ha definido como una baja expectativa de lograr ciertas metas y una creencia disminuida en la posibilidad de tener éxito (Melges y Bowlby, 1969, en Esposito et al., 2003, p.89). La desesperanza se acompaña de sentimientos de inutilidad personal, falta de motivación y la expectativa de que el futuro traerá fracaso, sufrimiento, o consecuencias personales negativas (Ellis y Newman, 1996, p.34).

Donaldson, Spirito y Farnett definen la desesperanza como una distorsión cognitiva caracterizada por la percepción de una ausencia de control sobre los eventos futuros y la expectativa de que uno fracasará en el futuro o encontrará consecuencias negativas. Estos mismos autores afirman que diversos estudios han demostrado que la desesperanza predice mejor el suicidio que la depresión, y que en poblaciones adultas es el factor que mejor lo predice (también Ellis, 2000, p.135).

En adolescentes el papel de la desesperanza es menos claro. Los resultados son mixtos. Thompson y colaboradores reportan estudios que muestran que la desesperanza no predice los intentos suicidas en adolescentes al controlar estadísticamente la depresión, pero otros estudios demuestran que la desesperanza no está relacionada con la ideación suicida en varones, pero sí en mujeres, al controlar la depresión (Thompson et al, op.cit., p.16).

Otras investigaciones sugieren que los adolescentes hospitalizados por intento suicida tienen mayor nivel de desesperanza en comparación con los adolescentes no suicidas y que la desesperanza en adolescentes contribuye únicamente a la ideación suicida (Donaldson, Spirito y Farnett, 2000, p.99).

El estudio de la desesperanza y su conexión con el suicidio existe tanto juntamente con, como separadamente del estudio de la depresión y el suicidio. De la revisión de aproximadamente 14 estudios publicados sobre la relación entre la desesperanza y los intentos suicidas adolescentes, Esposito y colaboradores concluyen que los datos recabados por las observaciones clínicas ampliamente difundidas permiten afirmar que los adolescentes que intentan suicidarse se caracterizan por la desesperanza (Esposito, et al, op.cit., p. 90).

La desesperanza respecto al futuro es un constructo cognitivo que ha recibido mucha atención en la literatura del suicidio, ha sido considerada uno de los factores mediadores en la relación entre la depresión y los intentos suicidas. Si una persona se siente derrotada y que hay pocas posibilidades de solución a sus problemas, se halla en una posición muy vulnerable. Williams y Pollock (op.cit., p.86) sugieren que el elemento que lleva de una posición vulnerable a una crisis es la ausencia de factores protectores y de rescate: la predicción de que nada va a cambiar en el futuro, la desesperanza. Adultos con desesperanza son vulnerables a

considerar y consumir un suicidio (Beck et al., 1975, en Lennings, op.cit.). La desesperanza ha sido asociada con los resultados suicidas en general, pero hay que aclarar la naturaleza de esa relación. Inicialmente se postulaba que los errores cognitivos (como rigidez cognitiva, pensamiento dicotómico y déficits en la solución de problemas) influían en el desarrollo de la desesperanza. Sin embargo estudios posteriores no mostraron una correlación positiva entre la desesperanza y la solución de problemas. No obstante, persiste la noción de que los suicidas tienden a tener una mala adaptación general hacia los problemas.

Otros estudios sugieren que quienes tienen ideas suicidas tienden a concentrarse en las consecuencias potencialmente negativas de las posibles soluciones generadas para la solución de un problema (Rudd et al., 1994, en Williams y Pollock, op.cit. p.87) y que la desesperanza es un mediador de la relación entre la solución de problemas y la ideación suicida (Dixon et al., 1994, en Williams y Pollock, op.cit. p.87).

Algunos investigadores ven la desesperanza como la expectativa de que las consecuencias positivas no ocurrirán, o de que consecuencias negativas ocurrirán (Abramson et al., 1989, en Williams y Pollock, op.cit.), mientras que otros autores (Melges y Bowlby, 1969, op.cit.) sugieren que es la esperanza reducida de éxito lo que define la desesperanza. Surge la pregunta, ¿la desesperanza es la capacidad incrementada de pensar en que ocurrirán cosas negativas en el futuro, o la inhabilidad, o habilidad reducida en pensar cosas positivas, o ambas? Estudios posteriores apoyan la noción de que la desesperanza es la inhabilidad de pensar que cosas positivas pueden ocurrir en el futuro (MacLeod et al., 1993, en Williams y Pollock, p.88). Cuando se les presenta una situación negativa a personas suicidas y se les pregunta si creen que esto pueda suceder en el futuro, tienden a decir que sí porque no son capaces de pensar en aspectos positivos de sí mismos o de sus circunstancias que pudieran impedir que el suceso negativo ocurriera.

Estudios hechos con adolescentes que han intentado suicidarse ingresados en hospitales o en unidades pediátricas muestran que su nivel de desesperanza es mayor que el de adolescentes hospitalizados no suicidas (Swedo et al., 1991; en Esposito et al., op.cit. p.90). Una investigación con adolescentes con intento y adolescentes con ideación suicida mostró que los que han intentado muestran

niveles superiores de desesperanza pero sólo al momento previo al evento precipitante. Durante y después del episodio suicida los adolescentes con intento y los ideadores mantenían niveles similares de desesperanza (Negron, Piacentin, Graae, Davies y Shaffer, 1997; en Esposito et al., op.cit. p.90). De allí se concluye que la desesperanza parece ser un factor de riesgo limitado en el tiempo para muchos suicidas adolescentes.

Otros estudios han hallado una relación entre la planeación del suicidio y la desesperanza (Boergers, Spirito y Donaldson, 1998; Brown, Overholser, Spirito y Fritz, 1991; Brown et al., 1991; en Esposito et al., op.cit. p.91) Los adolescentes que hacen planes de suicidio presentan más desesperanza que los que hacen intentos impulsivos.

Esposito y colaboradores trataron de hallar una relación entre la desesperanza y los múltiples intentos de suicidio. Se ha señalado que una historia de intentos previos de suicidio es el factor de predicción más fuerte de futuros intentos suicidas y suicidios consumados. En un estudio se halló que casi el 25% de los adolescentes hospitalizados por un intento inicial lo reintentaron dentro del siguiente mes y un 14% adicional lo reintentaron dentro de los 3 meses posteriores al primer intento (Spirito et al., 1992, en Esposito, Spirito, Boergers y Donaldson, 2003, p.389). Esposito y colaboradores descubrieron niveles más altos de desesperanza en adolescentes con múltiples intentos de suicidio que en adolescentes con un solo intento, sin embargo, después de controlar el diagnóstico de un trastorno afectivo, las diferencias no siguieron siendo significativas (Esposito et al., 2003b).

Desesperanza y Perfeccionismo

El perfeccionismo es un esfuerzo por alcanzar estándares altos y sirve tanto para funciones adaptadas como inadaptadas. El perfeccionismo sirve para la adaptación cuando promueve orientación a metas y placer asociado con los logros y las fortalezas personales. El perfeccionismo puede ser inadaptado cuando uno falla en alcanzar las expectativas personales, o los estándares se han puesto muy arriba. Hewitt y Flett conceptualizan el perfeccionismo en tres dimensiones: (1) perfeccionismo orientado hacia uno mismo, (2) perfeccionismo decretado

socialmente y (3) perfeccionismo orientado hacia otros. El perfeccionismo orientado hacia uno mismo tiene que ver con poner patrones irreales para sí, evaluando rigurosamente las propias conductas y tratando de evitar los propios fracasos. El perfeccionismo decretado socialmente se refiere a la creencia de un individuo de que otros poseen estándares altos e irreales que debe alcanzar para obtener aprobación y aceptación. Es la noción de que el individuo debe alcanzar estándares extremadamente altos para obtener la aprobación social. El perfeccionismo orientado hacia otros implica poner sobre otros estándares altos e irreales (Hewitt y Flett, 1990, en Donaldson, Spirito y Farnett, 2000).

En poblaciones adultas el perfeccionismo hacia uno mismo y el social están correlacionados con el intento y la amenaza suicida. El perfeccionismo social también se halla en pacientes con depresión. Adolescentes pacientes psiquiátricos han obtenido niveles más altos de perfeccionismo hacia uno mismo que del social. Ambos tipos de perfeccionismo están correlacionados positivamente con la desesperanza y la ideación suicida.

Personas con alto nivel de perfeccionismo pueden responder al fracaso volviéndose depresivos. La depresión tiene síntomas afectivos, conductuales y cognitivos, y ha sido asociada con la conducta suicida en adolescentes. El componente cognitivo de la depresión se caracteriza por una actitud negativa que se experimenta en importantes aspectos de la vida de la persona. Blatt, DiAffitti y Quinlin desarrollaron el cuestionario de Experiencias Depresivas para medir experiencias relacionadas con la depresión en oposición a los síntomas diagnósticos de la depresión (Blatt, DiAffitti y Quinlin, 1976, en Donaldson, Spirito y Farnett, op.cit.). Emergieron tres factores independientes: dependencia, auto crítica y eficacia. Estos factores se han replicado usando un cuestionario similar con adolescentes. El factor dependencia incluye preocupaciones acerca de las relaciones interpersonales y el temor de perder a otros. La auto crítica comprende sentimientos de culpa, vacío, fracaso y una incapacidad de vivir de acuerdo a las propias expectativas. La eficacia comprende esfuerzos orientados a metas y sentimientos de realización personal. En poblaciones psiquiátricas los factores de auto crítica y eficacia se han hallado relacionados con los primeros dos tipos de perfeccionismo.

Donaldson, Spirito y Farnett (2000) estudiaron 68 adolescentes entre los 11 y los 17 años ingresados en un hospital pediátrico por intento suicida. A fin de determinar la relación entre el perfeccionismo, las cogniciones depresivas y la desesperanza usaron la Escala de Perfeccionismo para Niños y Adolescentes de Flett, Hewitt y Boucher, el Cuestionario de Experiencias depresivas para adolescentes de Blatt y Shaffer y la Escala de Desesperanza para Niños de Kazdin, Rogers y Kolbus. Los datos encontrados indican que el perfeccionismo, las cogniciones depresivas y la desesperanza están correlacionados. El perfeccionismo prescrito socialmente se relacionó significativamente con la desesperanza mientras que la relación entre el perfeccionismo orientado hacia uno mismo y la desesperanza no. Lo mismo ocurrió con las cogniciones depresivas. El perfeccionismo social se relacionó con la auto crítica. Esto puede explicarse por la importancia en el desarrollo de las preocupaciones y funciones sociales durante la adolescencia. Las relaciones con los pares son un precipitante frecuente de intentos suicidas. Sin embargo, la asociación no se ha explicado claramente.

Las cogniciones depresivas explican mejor la desesperanza hallada en los adolescentes. Aunque puede ser que los adolescentes experimentan desesperanza por las pautas que perciben que el mundo pone en ellos, las cogniciones negativas que tienen de ellos mismos realmente contribuyen más a sus sentimientos de desesperanza. Este hallazgo es consistente con hallazgos previos que examinan la autoestima en pacientes psiquiátricos. La autoestima y la desesperanza tienen una alta correlación negativa.

La terapia cognitiva puede ser efectiva al tratar la conducta y síntomas suicidas. Esta investigación indica que los clínicos pueden hallar útil incorporar técnicas cognitivas dirigidas específicamente al perfeccionismo prescrito socialmente y a la auto crítica (como reestructuración cognitiva, técnicas de distracción). Además intervenciones terapéuticas diseñadas para ayudar al adolescente a desarrollar un auto concepto más positivo (incrementar los eventos placenteros; reforzamiento positivo por los logros terapéuticos y diarios, dominio de habilidades).

Rudd, Joiner y Rahab (2001, p.18) afirman que sin importar la orientación teórica desde la que se han hecho las investigaciones, los hallazgos han sido muy

consistentes al señalar el papel crucial de la desesperanza, tanto para la depresión como para el suicidio. Los hallazgos han sido relativamente uniformes respecto a la ideación, intentos y suicidio consumado en muestras clínicas, confirmando el papel mediador de la desesperanza. Sin embargo también señalan que los resultados no han sido tan claros en poblaciones no clínicas de adolescentes.

Evaluación de la Desesperanza

En los estudios reseñados se utilizaron diferentes instrumentos para medir la desesperanza. La Escala de Desesperanza de Beck para adultos (Beck et al., 1974; en Esposito et al., op.cit., p.94) es el instrumento más utilizado con adultos; tiene 20 reactivos falso-verdadero que describen expectativas negativas acerca del futuro y actitudes negativas en el presente. Kazdin et al. (1983, 1986; en Esposito et al., op.cit. p.94) adaptaron la escala de adultos para utilizarla con niños.

Estrategias De Afrontamiento

El concepto de afrontamiento se usa generalmente para referirse a las diversas formas en que un individuo responde a eventos estresantes como un esfuerzo para aliviar el estrés (Lazarus y Launier, 1978, en Spirito et al. 1996). Murphy (1962) fue uno de los primeros investigadores en definir el concepto de afrontamiento como "cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante" (cit. en López, Reyes y Rivera, 1998, p.91). Lazarus y Folkman definieron el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo." (1984/1991, p.164). Una dificultad surgida al interpretar la literatura se debe a que los estudios utilizan diferente terminología y clasificación del afrontamiento. Por ello hay que considerar:

La función de la estrategia de afrontamiento, que puede ser: manejar la situación estresante (*afrontamiento enfocado en el problema*) o manejar la

emoción asociada con el estresor (*afrontamiento enfocado en la emoción*). El afrontamiento enfocado en el problema también se denomina *activo o por aproximación*. Estrategias específicas enfocadas en el problema incluyen: solución de problemas, análisis lógico y búsqueda de información. El afrontamiento enfocado en la emoción también se denomina *pasivo, por evitación y de manejo del afecto*. Estrategias específicas enfocadas en la emoción incluyen distraerse, pensamiento anhelante y aislamiento social.

El tipo de estrategia de afrontamiento puede ser conductual (Ej., apoyo social o búsqueda de información) o cognitivo (ej. reestructuración cognitiva o resolución de problemas)

El enfoque de la estrategia puede ser uno mismo, el medio ambiente o los otros.

La estrategia puede considerarse positiva (resolución de problemas, apoyo social) o negativa (ej., auto crítica o agresión).

Piquet y Wagner (2003, p.289-290) sugieren la conveniencia de incorporar dos dimensiones a la definición de afrontamiento. Éstas son: afrontamiento por aproximación/evitación y respuesta automática/deliberada. En cuanto a la primera dimensión se refiere a la tendencia de algunos niños a buscar las recompensas de sus conductas y nuevas experiencias (aproximación) y son típicamente optimistas, mientras que otros niños se enfocan más en las amenazas en una situación y los castigos potenciales y por lo tanto son más inhibidos y pesimistas (evitación). Estudios revisados por estos autores sugieren que las tendencias de afrontamiento en juventud suicida son hacia el estilo por evitación. Es decir, pueden ser reactivos emocionalmente, agudamente conscientes de las amenazas potenciales, pueden retirarse de situaciones percibidas como negativas y fallar en atender otra información que puede ser relevante para un afrontamiento efectivo.

En cuanto a la dimensión que evalúa el tipo de respuesta, si es deliberada o automática, se refiere al proceso por el cual los individuos regulan sus respuestas conductuales y de atención. Si el niño no presta atención a los aspectos amenazantes de una situación, puede eventualmente recibir un daño; sin embargo, si el niño se enfoca inflexiblemente en el daño potencial falla en redirigir su atención a fuentes de alivio emocional o a aspectos positivos de la situación, así

es más probable que experimente sufrimiento emocional. "Un niño inhibido que evita retos estresantes, de esa manera se niega oportunidades de aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento y a desarrollar auto percepciones de efectividad en el afrontamiento" (Piquet y Wagner, 2003, p.290). El control deliberado de las respuestas de regulación implica un proceso meta-cognitivo de monitoreo de procesos que permite la flexibilidad para un cambio tanto en la atención como en la conducta, de acuerdo con las demandas de la situación.

Una de las preocupaciones propias del estudio del afrontamiento ha sido el desarrollo de instrumentos para evaluarlo. Folkman y Lazarus desarrollaron el cuestionario *Tipos de Afrontamiento*. Encontraron 8 dimensiones: enfrentamiento confrontativo, distanciamiento, autocontrol, soporte social, aceptación de la responsabilidad, escape – evitación, planeación de la resolución del problema y reevaluación positiva.

López, Reyes y Rivera elaboraron un instrumento basado en las definiciones conceptuales de los diferentes estilos de afrontamiento manejados por Folkman que además consideró los aspectos de la cultura mexicana, para medir las estrategias de afrontamiento de los adolescentes. La muestra constó de 235 jóvenes de ambos sexos seleccionados de diversas preparatorias de la UNAM, entre los 15 y los 19 años (López, Reyes y Rivera, op.cit., p.92).

De acuerdo a los resultados del estudio, el estilo particular de enfrentar los problemas del adolescente mexicano se caracteriza en primer lugar por la planeación de la resolución del problema, analizándolos y dándoles la cara (planeación de la resolución del problema), en segundo lugar busca el apoyo de personas cercanas (apoyo social). Luego expresar directamente a los demás sus sentimientos (autoafirmación abierta), posteriormente buscar el apoyo de gente que tenga información para solucionar el problema (apoyo informativo). En seguida el joven típico trata de ver los problemas en forma positiva, tratando de hallar la forma en que le ayudan a crecer personalmente (emocional positivo), en sexto lugar aparece la imposibilidad de expresarle abiertamente a las personas los sentimientos (no afirmativo) y por último lleva a cabo esfuerzos para evitar pensar en el problema (evitativo).

Estos resultados muestran cómo los adolescentes evaluados tuvieron un estilo más positivo que negativo de enfrentar los problemas, únicamente los dos últimos factores son negativos (estilo no afirmativo y estilo evitativo). También se destaca la ausencia de un estilo confrontativo con la presencia de hostilidad o agresión como en el caso del estudio de Folkman et al (1986, cit. en López, Reyes y Rivera, op.cit. p.95). Las autoras atribuyen esta diferencia a actitudes aprendidas culturalmente en México: abnegación, educación, cortesía, sumisión, etc. Es decir, las culturas han desarrollado estrategias premisas socioculturales acerca de cómo encarar el estrés.

Afrontamiento y Depresión

La relación entre eventos negativos de la vida, estrategias de afrontamiento y depresión en adolescentes ha recibido atención en las investigaciones. Entre las estrategias de afrontamiento hallamos la agresión (golpear a alguien, arrojar cosas, romper cosas), el reconocimiento del estrés (llorar, escribir a alguien), la distracción (dar un paseo, andar en bicicleta), estrategias auto destructivas (fumar, tomar pastillas) y la resistencia (tratar de olvidar el problema, seguir adelante). La depresión se correlaciona con estrategias de afrontamiento agresivas y auto destructivas. En un estudio se examinaron las habilidades de los niños de generar estrategias para lidiar con la depresión. Les preguntaron qué harían para sentirse mejor si se sintieran tristes o deprimidos. Los niños con puntajes bajos de depresión generaron más estrategias (Spirito et. al., 1996, p. 148).

Entre más depresión hay la esperanza en las actividades de afrontamiento decrece. A medida que la depresión aumenta, las estrategias de afrontamiento y las estrategias conductuales activas disminuyen. También hay diferencias de género, las niñas hallan más útiles que los niños las actividades, el auto cuidado, el afrontamiento cognitivo, afectivo y la búsqueda de ayuda (Spirito *et al*, op.cit., p.148).

Afrontamiento y conducta suicida

Los resultados al investigar las estrategias de afrontamiento en adolescentes suicidas por lo general revela que esta población muestra menos efectividad para

afrontar los problemas. Sin embargo, la naturaleza de este problema no se ha definido con claridad, por ejemplo, si se trata de una falla en el uso de la estrategia o el uso de estrategias poco efectivas. Esto se debe en parte a las diferencias metodológicas entre los estudios. Los investigadores evalúan el afrontamiento desde perspectivas teóricas diferentes y además utilizan diferentes formas de medir el afrontamiento. Aunque esto dificulta llegar a conclusiones sustanciales, los estudios que emplean medidas globales del afrontamiento, particularmente el afrontamiento cognitivo, revelan que los adolescentes suicidas tienden a usar estrategias de afrontamiento pasivas y no adaptativas (Esposito et al., op.cit., p.95).

Se ha descubierto que las estrategias de afrontamiento no adaptativas son variables predisponentes o factores precipitantes no sólo de la depresión sino también de la conducta suicida en adolescentes. Un estudio encontró que los adolescentes que intentan suicidio tienden más a usar métodos de afrontamiento por evitación, como aislamiento social, o que al ser comparados con adolescentes no suicidas, sus estrategias son menos efectivas (Curran, 1987, en Spirito *et al.* op.cit.).

El estudio de Piquet y Wagner mostró que los adolescentes con intento suicida tuvieron menos probabilidad de tener respuestas deliberadas de aproximación (ver definiciones) que adolescentes sin intento suicida. El estudio reveló que estos jóvenes percibían sus eventos estresantes como menos proclives a ser controlados en comparación a los adolescentes sin intento suicida. El estudio también confirmó la tendencia en la juventud suicida a ser poco efectiva en la resolución y afrontamiento de sus problemas y un estilo de afrontamiento por evitación. Los sujetos mostraron poca frecuencia en respuestas deliberadas de aproximación. En otras palabras, ante una situación estresante los adolescentes con intento suicida tuvieron poca probabilidad de tener respuestas que requirieran una aproximación voluntaria (por ejemplo tomar alguna acción directa, buscar apoyo social, discutir el problema con la persona implicada, etc.). De hecho las respuestas automáticas de evitación fueron las más comunes. Otra categoría en la que se presentaron diferencias fue de respuestas automáticas de aproximación, lo cual incluye conductas agresivas impulsivas. El estudio sugiere que los jóvenes con

intento suicida pueden responder con una reactividad alta a ciertas situaciones estresantes, su umbral para la activación fisiológica puede ser bajo, la intensidad de la respuesta emocional alta, y/o pueden alcanzar rápidamente los niveles más altos de activación. La fuerza o rapidez de su reacción inicial puede bloquear su capacidad de respuestas deliberadas dirigidas a la resolución del problema o a aquietarse. En lugar de ello, reaccionan con respuestas automáticas que son impulsivas y destructivas, o que implican aislamiento cognitivo o conductual, presumiblemente para reducir su excitación emocional. Hay que tomar estos resultados con reserva debido al pequeño tamaño de la muestra (Grupo de investigación N=23, grupo control N=19) (Piquet y Wagner, op.cit. p.296-298).

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento se han centrado en la estrategia de resolución de problemas. Uno de los primeros estudios enfocados a la resolución de problemas en adolescentes (Levenson y Neuringer, 1971) halló que los adolescentes con intento de suicidio tienen habilidades pobres de resolución de problemas. Otro estudio (Asarnow, Carlson y Guthrie, 1987, en Spirito et al., op.cit.) encontró que los niños suicidas generan menos estrategias activas que los niños no suicidas. Además, que los niños deprimidos generan más afrontamiento agresivo que los no deprimidos. Otro estudio (Sadowski y Kelley, 1993, en Spirito et al., op.cit.) encontró que pacientes adolescentes suicidas tienden a posponer el lidiar con problemas y tienen déficits para iniciar el proceso de resolución de problemas en comparación con otros pacientes hospitalizados y que adolescentes no hospitalizados.

Spirito, Overholser y Stark (1989) examinaron una más amplia gama de estrategias de afrontamiento. En este estudio se les pidió a adolescentes con intento suicida que calificaran la frecuencia con que emplearon 10 estrategias cognitivas y conductuales en respuesta al evento que los llevó al intento suicida. Se comparó con estudiantes de secundaria sin intento suicida. Los resultados mostraron que los adolescentes suicidas tendían más al aislamiento social que los no suicidas. En general se concluye que los adolescentes suicidas y los niños deprimidos tienen más a usar el afrontamiento por evitación que los controles no angustiados. Mayores niveles de depresión están asociados con el uso de

descargas emocionales como estrategia de afrontamiento (agresión, auto destrucción).

En un estudio posterior los mismos autores examinaron las estrategias de afrontamiento usadas por adolescentes con intento suicida, adolescentes con ideación suicida y sujetos no suicidas (Spirito, et al, 1996). Los pacientes deprimidos reportaron mayor aislamiento social, menos reestructuración cognoscitiva y más culpar a otros que los adolescentes no deprimidos.

El aislamiento social fue usado con mayor frecuencia por los sujetos psiquiátricos con intento suicida. Sin embargo todos los pacientes psiquiátricos usaron más el aislamiento social que los pacientes médicos y los controles. el aislamiento social no es específico de los que intentan suicidarse, sino en general del estado de perturbación emocional, entre más severa es la psicopatología, mayor es la probabilidad de que se presente el aislamiento social. Los adolescentes perturbados emocionalmente usan el aislamiento como una forma más común de respuesta de afrontamiento que los adolescentes normales que usan más estrategias activas de solución de problemas.

Este estudio no mostró diferencias en la resolución de problemas, o una capacidad disminuida de resolver problemas entre adolescentes deprimidos y no deprimidos (lo mismo se descubrió en estudios con adultos), también adolescentes deprimidos utilizaron el pensamiento de añoranza con mayor frecuencia que los no deprimidos. Los participantes deprimidos usaron la reestructuración cognoscitiva con menos frecuencia que su contraparte no deprimida. También usaron menos frecuentemente el apoyo social que los participantes no deprimidos y usaron con mayor frecuencia la auto crítica y el aislamiento social. Los adolescentes deprimidos son un grupo particularmente importante con el cual intervenir respecto al uso de estrategias de afrontamiento.

Este estudio sugiere que puede haber ciertas estrategias de afrontamiento (aislamiento social) que caracterizan a los adolescentes que requieren internamiento psiquiátrico al compararse con adolescentes con intento suicida hospitalizados médicamente (que la mayoría son despachados a su casa) y adolescentes normales. Los adolescentes suicidas reportaron usar muchas de las mismas estrategias que usan los adolescentes normales. La depresión parece ser un

área importante para evaluar como un posible mediador de las estrategias de afrontamiento. El nivel de depresión se debe examinar no sólo por las implicaciones en el tratamiento individual, sino también por cómo interactúa con las estrategias utilizadas. En la clínica, la evaluación del afrontamiento puede ser empleado al tratar adolescentes perturbados.

Evaluación del Afrontamiento

De acuerdo a Esposito et al., las estrategias de afrontamiento deben ser evaluadas en todos los adolescentes que intentan suicidarse (Esposito et al, op.cit., p.99). Una forma de hacerlo son las listas de chequeo. Un ejemplo de éstas es el Kidcope de Spirito, Stark y Williams, (1988; en Esposito et al. p.95) una lista de 10 estrategias cognitivas y de afrontamiento. Se le pide a los adolescentes que digan con qué frecuencia usan cada estrategia en la lista para afrontar un problema y cuán efectiva creen que ha sido la estrategia para ellos. Otras escalas que se utilizan para evaluar el afrontamiento son: Auto Reporte de Afrontamiento (Causey y Dubow, 1992), La Orientación en Afrontamiento para Adolescentes en Experiencias Problemáticas (Patterson y McCubbin, 1983), pero la mejor técnica es la entrevista directa.

Resolución De Problemas

D'Zurilla, Nezu y colaboradores definen la resolución de problemas como: "... un proceso metacognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por: a) alterar la naturaleza problemática de la situación, b) sus reacciones hacia éstas, o c) ambas cosas a la vez. De acuerdo con este enfoque, una resolución eficaz de los problemas implica cinco procesos interactivos, cada uno de los cuales realiza una contribución distinta a una buena resolución del problema" (Nezu, Nezu, Deaner y D'Zurilla, 1997, p.171).

D'Zurilla y Nezu (1990, En: Williams y Pollock, 2000, p.84) señalan esos componentes en el proceso de solución de problemas: orientación al problema; generación de soluciones alternativas; toma de decisiones; implementación de la solución y verificación de la solución. Los pasos pueden resumirse en dos procesos: orientación al problema y habilidades de resolución de problemas (Reinecke,

DuBois y Schultz, 2001, p.744). Estos pasos no se basan necesariamente en cómo abordan los individuos sanos la solución de problemas, pero son un intento por entender qué pasos en el proceso pueden estar estropeados. Investigaciones disponibles señalan el papel relevante de ambos aspectos de la resolución de problemas para entender el riesgo de depresión y suicidio en adolescentes (Rotheram-Borus et al., 1990; en Reinecke, DuBois y Schults, op.cit., p.744).

Varios estudios, al comparar a sujetos suicidas con controles no suicidas han hallado diferencias cualitativas importantes en la solución de problemas. La investigación en esta área intenta distinguir entre el proceso y los resultados de la solución de problemas. Las características del proceso de resolución de problemas lo forman las actitudes y las habilidades que capacitan a una persona a hallar soluciones a un problema. Los resultados se refieren a la calidad de las soluciones específicas.

Ellis (2000, p.135) afirma que la asociación entre la conducta suicida y déficit en resolución de problemas es uno de los hallazgos más consistentes en la investigación sobre cognición y suicidio.

Se ha descubierto que individuos con niveles de depresión más altos que los normales también se ven a sí mismos menos confiados en su habilidad para resolver problemas, menos sistemáticos y activos en sus intentos de solución de problemas y se sienten menos en control de la situación frente a situaciones problemáticas cuando se les compara con individuos con niveles de depresión más bajos (Nezu, 1986, En Williams y Pollock, op.cit. p.84). Otro estudio investigó la solución de problemas entre pacientes internos con intento suicida, individuos con ideación suicida y pacientes psiquiátricos no suicidas, encontró que los pacientes internos con intento suicida resultaron más pasivos en su proceso de solución de problemas que los otros dos grupos, es decir tendían a dejar que los problemas se resolvieran por sí mismos, o dependían de otros para la solución de los mismos (Linehan et al, 1987, en Williams y Pollock, op.cit.). De manera similar, Orbach y colaboradores (1990, en Williams y Pollock, op.cit.) reportaron que pacientes que se han dañado a sí mismos eran más pasivos (tendían a depender más de otros), así como menos variables y menos relevantes en las soluciones que

proporcionaban. Sus soluciones también hacían menos referencia al futuro que las soluciones de pacientes no suicidas.

¿Cómo se explican las diferencias encontradas entre individuos suicidas no suicidas en la solución de problemas? Williams y Pollock (op.cit., p.84) señalan tres posibilidades. Primero, como grupo la gente suicida puede ser menos eficiente o más pasiva para resolver problemas en general. Segundo, puede haber un subconjunto de personas para las cuales los déficits en la solución de problemas sean un rasgo característico. Tercero, puede haber un subgrupo muy sensible que no manifiesta el déficit entre episodios suicidas pero reacciona a pequeños cambios de ánimo con dramáticas fallas en la solución de problemas. También observan que los resultados de la investigación disponibles hasta ese momento no permitían definir entre estas tres posibilidades.

Spence, Sheffield y Donovan hallaron sustento en su estudio para apoyar el modelo cognitivo de la depresión y el estrés. La investigación longitudinal dio seguimiento por un año a 733 adolescentes entre 12 y 14 años de una muestra comunitaria. Midieron síntomas depresivos, sucesos de vida negativos, estilo de atribución y orientación negativa en la solución de problemas. Hallaron que la orientación negativa en la solución de problemas en combinación con un número elevado de sucesos de vida negativos se asocia con niveles altos de síntomas depresivos en el presente e incrementa la depresión en el futuro. Esto puede indicar que los adolescentes que se desarrollan síntomas depresivos ante sucesos de vida negativos tienen creencias negativas acerca de la ocurrencia de problemas y su capacidad para resolverlos. De acuerdo con la teoría este estilo negativo atribuye la ocurrencia de eventos negativos a causas internas, estables y globales, y los eventos positivos los atribuye a causas externas e inestables. Los autores concluyen que, ante un número elevado de eventos estresantes una orientación negativa en la solución de problemas predice niveles altos de depresión (Spence, Sheffield y Donovan, 2002).

En su revisión de la literatura Spirito y colegas (1989, en Esposito et al., op.cit., p.101) concluyeron que los adolescentes con intento suicida mostraron habilidades de solución de problemas menos adecuadas que pacientes psiquiátricos y sujetos control normales, y que este déficit está presente en población suicida

infantil, adolescente y adulta. No resulta claro si este déficit en la solución de problemas depende del estado de ánimo o es una característica de la personalidad más duradera. Los estudios que tratan de determinar la naturaleza del déficit en la solución de problemas de los adolescentes suicidas no abundan.

Los adolescentes con intento suicida reportan mayores dificultades para generar soluciones alternativas y para identificar consecuencias positivas de la solución de problemas, además tienen una flexibilidad limitada que inhibe el proceso de solución de problemas (Spirito, 1997). Estos adolescentes de manera típica no son capaces de progresar en los pasos que se necesitan para solucionar adecuadamente un problema.

En general parece que los déficits cognitivos, como solución de problemas y otras distorsiones cognitivas, aparecen en una porción significativa de adolescentes con intento suicida al compararlos con adolescentes no suicidas. Como antes se mencionó, no es claro si estas carencias son temporales que son evidentes en el momento de un estrés agudo o si son características más estables. Spirito menciona un estudio (sin citar la fuente) que sugiere que el déficit puede ser temporal. Sujetos con intento suicida hospitalizados en una unidad psiquiátrica no difieren de los sujetos control en su habilidad general para generar soluciones a un problema personal estandarizado para el estudio, pero usan menos estrategias de afrontamiento que los controles al responder a su estresor más reciente y severo (Spirito, 1997). En adolescentes vistos en terapia son más evidentes la falta de flexibilidad cognitiva, asumen más responsabilidad de la necesaria ante los resultados negativos de sus decisiones y muestran rigidez en la solución de problemas, especialmente en los problemas interpersonales (Spirito, 1997).

Williams y Pollock (op.cit., p.84) señalan que hay evidencia que muestra que los estados de ánimo se relacionan con los cambios en los juicios personales y sociales y alteraciones en juicios sobre el espacio. En una investigación citada por estos autores se indujo experimentalmente a los participantes en un estado depresivo, como resultado funcionaron pobremente ante tareas de solución de problemas interpersonales. Así que el estado de ánimo juega un papel importante en los déficits en la solución de problemas. Sin embargo no resulta claro si el estado de ánimo afecta el acceso a recuerdos relevantes o hace que algunas

personas se vuelvan pesimistas en general y específicamente respecto a sus intentos de resolver sus problemas. La investigación en general se enfoca en la resolución de problemas reales o hipotéticos en la relación con otras personas, pero uno de los asuntos relevantes para los pacientes suicidas es cómo pueden resolver el problema de cómo controlar sus emociones. Los clínicos saben que la regulación afectiva es un problema importante para sus pacientes, sin embargo parece que los investigadores no han tomado el reto de entender mejor este proceso. Williams y Pollock (op.cit., p.85) sugieren que muchos pacientes tratan de controlar sus emociones diciéndose cosas como “ya madura” o “tranquilízate”. Estas son estrategias que “invalidan” al sujeto y es sabido que no tienen éxito. El entrenamiento cognitivo es una herramienta útil para enseñar a los pacientes formas más eficaces de regular sus afectos.

El proceso psicológico subyacente a la solución de problemas y su relación con la conducta suicida sigue investigándose. Algunos investigadores han sugerido que déficits cognitivos dificultan a los individuos deprimidos el generar nuevas soluciones a los problemas que enfrentan. Es conocido que un incremento en el número de eventos negativos de la vida en combinación con una habilidad reducida para la solución de problemas puede poner a un individuo en riesgo de una conducta suicida (Schotte y Clum, 1987, en Williams y Pollock, op.cit. p.85). Además existe evidencia que indica que la manera en que una persona recuerda su pasado puede ser un factor contribuyente importante.

Evaluación de la Resolución de Problemas

Los instrumentos más utilizados son: El Procedimiento Medios-Fin de Resolución de Problemas (Platt, Spivack y Bloom, 1975; en Esposito et al., op.cit., p.105) presenta al adolescente 10 historias con el resultado esperado, se pide al adolescente que genere medios relevantes para lograr el fin esperado; el Inventario de Resolución de Problemas (Heppner y Petersen, 1982; en Esposito et al., op.cit., p.106) cuenta con 32 reactivos que miden la confianza en resolución de problemas, estilo de aproximación-evitación y control personal; y el Inventario de Resolución de Problemas Sociales (D’Zurilla y Nezu, 1990; en Esposito et al.,

op.cit. p.106), que cuenta con 70 reactivos que miden la orientación al problema y las habilidades de resolución de problemas.

Memoria Autobiográfica

Levenson y Neuringer (1971) han señalado el nexo entre las experiencias de la vida, como recursos para aproximarse a la solución de problemas, y la solución de problemas. Williams et al (1995) investigaron la relación entre las memorias de eventos personales y los déficits en la solución de problemas. Esta investigación muestra que las personas deprimidas o con intento suicida no responden adecuadamente cuando se les pide que traigan un recuerdo específico cuando se les da una palabra clave. En lugar de eso tienden a recordar eventos en una forma resumida y muy general. Por ejemplo, cuando se les dice la palabra "feliz", la respuesta puede ser: "cuando hacía largas caminatas solo". Este tipo de respuestas resumen una serie de eventos en vez de traer un recuerdo específico como sería, por ejemplo, "cuando caminé con mi abuelo por el parque". Este sería un recuerdo específico. Williams señala que hay evidencia que indica que esta tendencia está asociada con una historia de eventos negativos y que esta memoria "generalizada" tiene un efecto en la solución de problemas. Este autor indica que la investigación indica que hay una fuerte correlación entre una memoria muy generalizada o autobiográfica y la falta de efectividad en la solución de problemas. En la misma línea de investigación Williams et al. (1996) hallaron que el déficit para recordar el pasado está correlacionado con la incapacidad para imaginar el futuro de manera específica. Además esta tendencia a recordar eventos del pasado de manera general es un rasgo, no es un factor temporal.

Williams y colaboradores proponen que la solución exitosa de problemas depende en gran parte de la calidad del tipo de recuerdos que los individuos sean capaces de recuperar. Los pacientes deprimidos y suicidas tienen una pobre solución de problemas porque no son capaces de acceder a recuerdos específicos exitosamente. Los recuerdos específicos son muy útiles como recurso para resolver problemas ya que entre más detallados sean ofrecen una gran cantidad de claves para generar un mayor rango de soluciones potenciales. En una situación problemática los individuos pueden tratar de pensar en lo que hicieron la última

vez que estuvieron en una situación similar. De esa manera pueden recordar estrategias específicas que funcionaron y posiblemente generen otras posibles soluciones para poner a prueba.

La investigación de la memoria autobiográfica ofrece una estrategia para descubrir los mecanismos psicológicos que subyacen al proceso por el cual un evento de la vida puede llevar a una desastrosa falla en el afrontamiento. Si bajo esas circunstancias los individuos sólo pueden traer recuerdos muy generales que les dan pocas claves para enfrentar la crisis actual, contribuye al sentimiento de que no hay salida. Cuando ese sentimiento se generaliza y se proyecta hacia el futuro es probable que se incremente la desesperanza y que la posibilidad de "rescatar" el futuro decrezca (Williams y Pollock, op.cit., p.86).

Perspectiva Del Tiempo

La distorsión de la perspectiva del tiempo es un concepto popular en la literatura del suicidio, pero se ha hecho poca investigación directa con población suicida. La perspectiva temporal se define como la conciencia de eventos que no son inmediatamente perceptibles y que se localizan ya sea en el pasado o en el futuro. Se refiere a una perspectiva personal, aunque alguna investigación se ha enfocado en la perspectiva social o cultural del tiempo. Es una variable multidimensional. Sus dimensiones más comunes son la extensión (la distancia temporal usada por un individuo), la orientación (preferencia mostrada por un individuo ya sea por su pasado o por su futuro y zonas temporales cercanas o distantes) y la actitud (los sentimientos que tiene respecto al tiempo en general, o aspectos del tiempo futuro o pasado). La perspectiva del tiempo se relaciona con el suicidio en tres formas importantes:

1. El enfoque excesivo en el presente puede desmotivar a la gente a mejorar sus circunstancias actuales. La perspectiva del tiempo es motivacional. Las metas localizadas en el futuro proveen incentivos para conseguir las. Reducciones de la extensión temporal pueden ser sintomáticos de depresión pero también impiden a la gente a desarrollar estrategias para tratar con las dificultades actuales. Esas reducciones en la perspectiva del tiempo pueden reflejar rigidez cognitiva.

2. El desarrollo de actitudes negativas hacia el futuro puede provocar una sensación de desesperación que, aunado a la sensación de un futuro truncado, puede llevar a pensamientos de escape mediante el suicidio.

3. La concentración en el pasado, especialmente si está imbuido con afecto negativo, puede establecer una serie de experiencias confirmatorias que refuerzan los sentimientos pesimistas sobre el futuro. La rumiación de estas experiencias negativas proveen una oportunidad para desarrollar predicciones negativas sobre el futuro.

Perspectiva Temporal Y Distorsión Cognitiva

Baumeister propone una teoría del suicidio con seis etapas. Donde un individuo entra en la trayectoria de "escape" del suicidio por una distorsión inicial en la percepción de la persona. Esta distorsión es seguida por habilidades pobres de resolución de problemas, que lleva a auto anulación y finalmente a un sentido de desesperanza. En este punto, las distorsiones de la perspectiva del tiempo y la rigidez cognitiva operan para impedir absolutamente la imaginación de cualquier tipo de futuro efectivo. La perspectiva del tiempo se reduce a tal grado que el adolescente suicida no percibe ningún futuro, o si percibe un futuro lo ve truncado y negativo (Baumeister, 1990; en Lennings, op.cit.)

El escape es esencialmente un acto cognitivo por el cual la persona "destruye" aspectos del self y de la realidad. El modelo de Baumeister propone que tal "destrucción" ocurre en tres áreas: la perspectiva del tiempo, la sustitución de metas cercanas por lejanas, y el desarrollo del pensamiento concreto. El estilo de procesamiento de la información cambia de un pensamiento abstracto, más amplio, a uno estrecho y menos flexible.

Los cambios en el procesamiento de la información y la cognición social forman el corazón de la teoría de la depresión de Beck. Él y otros han mostrado convincentemente que el tratamiento exitoso de la depresión y el suicidio se acompaña de alteraciones en el estilo cognitivo. Particularmente importantes son los cambios cognitivos en las creencias acerca de la propia eficacia. La propia eficacia puede ser construida como un esquema central – una serie de creencias acerca del dominio y la persistencia de un individuo. Los cambios cognitivos que

son más probables de afectar la auto eficacia son las atribuciones negativas de uno mismo, la falla en imaginar y planear metas futuras y una pérdida de flexibilidad en la habilidad de atribución.

Las distorsiones en la perspectiva del tiempo han sido sugeridas como una causa de la depresión adolescente. La perspectiva del tiempo en la conducta suicida es central en la teoría de la continuidad (Chandler y Ball, 1987; en Lennings, op.cit.). Esta teoría asume una noción gestalt de la perspectiva del tiempo donde por individuos no suicidas se ubican ellos mismos en un continuo que incluye tanto su pasado como su futuro (continuidad temporal). Se piensa que las personas suicidas, por otro lado, carecen de esta apreciación. Están discontinuos en el tiempo, congelados en el presente. Fallan en ver que tienen un futuro y mantienen una visión negativa de su pasado inmediato. La persona suicida no tiene nada positivo que mirar en su pasado y nada que esperar de su futuro.

La escala de desesperanza de Beck es un cuestionario que mide la perspectiva del tiempo. Los pacientes deprimidos y suicidas reportan un futuro más estrecho y tienen más actitudes negativas hacia el pasado que los pacientes hospitalizados no deprimidos. Beck halló que los sujetos con altos niveles de desesperanza (principalmente una medida de una actitud negativa hacia el futuro) estaban más deprimidos, altos niveles de desesperanza se correlacionan con más intentos de suicidio (Beck et. al., 1974; en Esposito et al. op.cit. p.94). De todas las dimensiones temporales, la actitud temporal se relaciona con mayor fuerza con medidas clínicas de potencial suicida. Una actitud hacia el tiempo positiva (la creencia que uno tiene en potencia un futuro positivo) se asoció con bajas mediciones en la escala de desesperanza. Una actitud negativa hacia el tiempo predice la depresión, la cual predice la ideación suicida (Lennings, op.cit.)

Perspectiva Del Tiempo y Motivación Cognitiva

Se cree que la perspectiva del tiempo tiene efectos sobre la motivación y la capacidad de resolver conflictos mediante la fantasía. En particular la perspectiva del futuro. Si esta es realista, el individuo planea y se siente en control. La perspectiva del futuro se relaciona con el concepto de postergar la gratificación.

Entre más amplia es la perspectiva del futuro, menos es la distancia psicológica entre el estado presente (necesidad) y el estado futuro (meta) (Lennings, op.cit.)

Perspectiva Del Tiempo Y Desarrollo

Existe una percepción gestalt del pasado y del futuro como un continuo, mediado por el presente. Disrupciones en este continuo producen patología. En la adolescencia una percepción discontinua del tiempo se asocia con inmadurez en el desarrollo de la identidad. Cuando los adolescentes tempranos están bajo estrés la extensión del tiempo se alarga hacia un sentido irreal del futuro. En la adolescencia intermedia el estrés se acompaña de una reducción del horizonte temporal.

Algunos teóricos han especulado si el desarrollo de una identidad estable depende en parte de ser capaz de integrar el tiempo (Erickson, 1950; Rappoport et al. 1985; en Lennings, op.cit.) Así, pasado, presente y futuro se enlazan. La identidad también se realiza al ser capaz de imaginar el futuro y metas personales en ese futuro.

Perspectiva Temporal Y Toma De Decisiones

Las distorsiones de la perspectiva del tiempo (reducciones en la extensión del tiempo futuro y actitudes negativas hacia el futuro) son componentes importantes para entender cómo un individuo toma la decisión de suicidarse y también en el proceso de recuperación.

Para expandir la perspectiva del tiempo de un individuo, un primer paso inicial es establecer una serie de metas realizables. Lennings postula que el suicidio es el resultado de una serie de decisiones basadas en juicios sobre el tiempo, perspectivas del tiempo y asociaciones temporales entre causa y efecto (Lennings, op.cit.).

La sustitución de metas a corto plazo en lugar de a largo plazo impide que el que está en riesgo de un intento de suicidio imagine un tiempo en que las cosas mejoren. Todos los eventos importantes están en un futuro inmediato que se percibe negativo, sin esperanza. La rigidez cognitiva no deja que nada cuestione esta visión negativa. La distorsión del tiempo crea una incapacidad de razonar. Así,

el adolescente es incapaz de juzgar el efecto de su muerte, la noción de "para siempre" cambia.

Se propone que todas las decisiones tienen que ver con la proyección de planes hacia el futuro. El pasado es reinterpretado de tal manera que provea afirmaciones acerca del futuro. El énfasis que el suicida coloca en el futuro se vuelve una evaluación así como una importante herramienta terapéutica. La percepción de que no hay futuro está asociada con el mayor riesgo. Lograr un compromiso con una actividad que se perciba en el futuro inmediato puede reducir el riesgo de suicidio.

La perspectiva del tiempo es un proceso esencial en el sistema de escape. El tratamiento de un suicida debe incluir el entendimiento de la perspectiva del tiempo de esa persona.

Capítulo 6: Aportaciones del Enfoque Cognitivo Conductual a la Prevención del Suicidio Adolescente

La Necesidad de un Modelo Integrador

La buena ciencia se caracteriza por su especificidad en la teoría, la investigación y la aplicación. Esto se refleja a menudo en la estrechez o especificidad extrema que tienen algunas investigaciones y las limitaciones de sus hallazgos. Los practicantes de la psicología, en el momento en que tratan de emplear estos hallazgos en el tratamiento, se enfrentan con la dificultad de su limitada relevancia clínica. Es difícil aplicar hallazgos tan específicos al tratamiento individual debido a las importantes distinciones en los pacientes individuales. La mayoría de los clínicos está de acuerdo en que los pacientes suicidas son los más complejos de diagnosticar y el mayor reto terapéutico que enfrentan, lo cual concuerda con la complejidad misma de la conducta suicida, que es el resultado de "una compleja red de factores con interrelaciones precisas que varían de individuo en individuo" (Rudd, Joiner y Rajab, 2001, p.18).

Los esfuerzos en aplicar la literatura existente sobre el suicidio a los ambientes clínicos ha enfrentado varios problemas. Rudd, Joiner y Rajab identifican algunos problemas que se presentan consistentemente (Rudd, Joiner y Rajab, op.cit. p.19). Primero, el enfoque conceptual estrecho. Muchos modelos teóricos explican con mucha profundidad y detalle algunos aspectos específicos de la conducta suicida, pero al tratar de aplicarlos en la clínica resultan paradójicamente simplistas. Un segundo problema es la potencial confusión y la falta de claridad para el paciente de lo que se está enfocando exactamente en el tratamiento y cómo va a mejorar. Tercero, a muchos modelos les falta especificidad en términos de los objetivos de tratamiento identificables a través de todos los dominios del funcionamiento humano (cognitivo, conductual, emocional, biológico e interpersonal). Por lo contrario, existe la tendencia a enfocar aisladamente algunas variables críticas. Esta última tendencia lleva a un cuarto problema: la dificultad para monitorear un resultado del tratamiento que comprenda los dominios antes mencionados. Si el enfoque del tratamiento es

estrecho en su enfoque el progreso en un dominio puede pasar desapercibido, no importa lo crítica que sea la variable atacada.

Por ello se aboga por un marco conceptual inclusivo que permita la aplicación de los hallazgos empíricos a través de áreas específicas de funcionamiento. Para Rudd, Joiner y Rajab (op.cit. p.20) la teoría cognitiva ofrece una base para estos esfuerzos de integración. El modelo cognitivo-conductual del suicidio (que ya se expuso previamente) ofrece un marco conceptual suficientemente flexible para ser aplicado en la práctica clínica cotidiana y suficientemente riguroso para la investigación empírica.

La Prevención del Suicidio

La prevención del suicidio ha sido identificada como un área de la salud pública cada vez más importante. La Organización Mundial de la Salud ha pugnado por la elaboración de estrategias nacionales inclusivas (Krug, Dahlberg, et al., 2002). Existen programas preventivos nacionales en Nueva Zelanda, Inglaterra, Estados Unidos, Francia y Estonia, pero la investigación acerca de la eficacia de tales programas preventivos aún se encuentra en su fase preliminar (Pelkonen y Marttunen, op.cit. p.250). Aunque desde hace mucho tiempo se cuenta con diversos programas e intervenciones, muy pocas han demostrado un efecto considerable para reducir el comportamiento suicida o han probado resultados sostenibles a largo plazo (Goldney, 2000, p.585). Respecto a la eficacia de las medidas de prevención del suicidio se han publicado numerosos artículos con resultados frecuentemente contradictorios. Bertolote afirma que posiblemente el único programa para la prevención del suicidio aplicado en el ámbito nacional y a gran escala en el que se ha realizado una implementación y evaluación completa es el *Finnish Suicide Prevention Project* (1986-1996) que logró reducciones en las tasas anuales de suicidios de hasta 17.5% (Bertolote, 2004, p.148.)

Según se ha visto, existen numerosos posibles factores de riesgo de comportamiento suicida y las intervenciones se basan se basan generalmente en un conocimiento de esos factores.

El enfoque tradicionalmente empleado para enfocar la prevención es el de Caplan (1964; en Leenars, op.cit. p.216), que divide en prevención primaria,

secundaria y terciaria. Esta clasificación corresponde a tres formas de prevención usadas comúnmente: prevención, intervención y postvención.

La prevención se refiere a el principio de la higiene mental en general. Explora la respuesta a la pregunta, ¿qué puede hacerse para prevenir el suicidio en adolescentes? Consiste en estrategias para aminorar las condiciones que llevan al suicidio, hacer algo antes de que el evento ocurra. Para Leenars (op.cit. p.216) la prevención es educación y opina que debe instruirse a la juventud acerca del suicidio. Las aportaciones de la teoría cognitivo-conductual pueden implementarse en forma de programas diseñados específicamente para desarrollar habilidades cognitivas para enfrentar el estrés generado por los eventos de la vida.

La intervención se relaciona con el tratamiento y cuidado de una crisis o un problema suicida. La prevención secundaria consiste en hacer algo durante el evento. Explora la respuesta a la pregunta, ¿qué puede hacerse cuando un adolescente amenaza con suicidarse o está en riesgo? El suicidio es un evento con aspectos biológicos, neuropsicológicos, socioculturales, interpersonales, psicológicos, filosóficos y existenciales. No sólo es un problema médico, y los principales agentes de intervención lo constituyen los psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. Las terapias cognitivo-conductuales ofrecen diferentes alternativas de tratamiento que pueden ser impartidas por psicólogos o personal de salud y académico entrenados adecuadamente.

La postvención se refiere a lo que se hace después de que el evento ha ocurrido. Explora la respuesta a la pregunta, ¿qué debe hacerse después que un adolescente ha cometido suicidio? La postvención trata con los efectos traumáticos en los sobrevivientes de una persona que ha cometido suicidio o ha intentado suicidarse. Implica brindar atención terapéutica a los sobrevivientes.

Prevención Primaria

Prevención en las Escuelas

Uno de los enfoques de prevención más populares ha sido enfocar a los estudiantes de educación secundaria con programas que apuntan a incrementar la búsqueda de ayuda por parte de adolescentes perturbados. Entre las razones

naturales para escoger las escuelas se hallan: que en todo el mundo la mayoría de los jóvenes van a la escuela y que las escuelas han sido establecidas para ayudar en el desarrollo de niños y jóvenes. Otra razón para apuntar los esfuerzos preventivos a las escuelas es que los sistemas de salud son insuficientes para atender todas las necesidades existentes. Se estima que sólo del 10 al 30% de los jóvenes reciben atención en salud mental (Durlak, 1995; Kazdin, 1990; en Leenars, 2000, p.213), y el dato anterior corresponde a los países "desarrollados". Los sistemas de salud están saturados y, en algunos casos simplemente no existen, por tal motivo es necesaria la participación de la comunidad y las escuelas. Una razón adicional es que las escuelas, sobre todo escuelas públicas, pueden ser el lugar principal donde adolescentes provenientes de familias de bajos ingresos pueden recibir atención en salud mental, ya que los padres frecuentemente no tendrán los recursos financieros para pagar por servicios profesionales de salud mental en otros lugares (Phillips, Corcoran y Grossman, 2003, p.149).

Ya Sigmund Freud señalaba el papel protector de la escuela en su contribución a un Simposio sobre el suicidio en Viena:

La escuela secundaria , empero, ha de cumplir algo más que abstenerse simplemente de impulsar a los jóvenes al suicidio: ha de infundirles el placer de vivir y ofrecerles apoyo y asidero en un período de su vida en el cual las condiciones de su desarrollo los obligan a soltar sus vínculos con el hogar paterno y con la familia. Me parece indudable que la educación secundaria no cumple tal misión y que en múltiples sentidos queda muy a la zaga de constituir un sucedáneo para la familia y despertar el interés por la existencia en el gran mundo (Freud, 1910/1981, p.1636).

A casi 100 años, las observaciones de Freud siguen siendo tan vigentes como entonces. ¿Qué puede hacerse en las escuelas para prevenir el suicidio?

Tres programas de prevención basados centrados en la escuela han recibido considerable atención; estos incluyen los programas basados en el currículum, programas basados en el personal en servicio, y finalmente, los programas de detección por auto reporte.

Programas Basados en el Currículum

Estos programas presentan directamente a los estudiantes información relacionada con el suicidio. Por ejemplo, presentan las señales de advertencia de un suicidio, cómo hablar con un suicida, determinar las acciones necesarias a seguir con un individuo suicida. Generalmente se hace en un período de una semana con una duración de no menos de 6 horas.

La investigación ha demostrado que los estudiantes mejoran sus conocimientos acerca del suicidio, pero no ha comprobado ser una herramienta para reducir la conducta suicida. Además hay evidencia de que los individuos con mayor riesgo son los que menos influencia positiva reciben de estos programas (Scherff, Eckert y Miller, 2005, p.155).

Programas basados en el Personal en Servicio

Estos proveen a los profesionales de las escuelas con información acerca de los factores de riesgo suicida y procedimientos para identificar y referir a los estudiantes con profesionales de la salud mental. Estos programas han sido benéficos al forzar a las escuelas a desarrollar políticas explícitas de referencia de los estudiantes detectados. También se ha reportado un efecto positivo en las actitudes y prácticas de los profesores y el personal.

Programas de Detección

Consiste en aplicar instrumentos de detección por auto reporte de forma amplia en toda la escuela, los estudiantes que den un puntaje por arriba de cierta calificación establecida, son entrevistados individualmente para evaluar la necesidad de proporcionar servicios adicionales. Se ha sugerido que una aproximación individualizada para identificar y tratar a adolescentes suicidas es el método basado en la escuela más efectivo.

No obstante, se han señalado algunas dificultades, por ejemplo, que las mediciones por auto reporte pueden producir un gran número de falsos positivos, y que ser identificado como suicida puede estigmatizar al estudiante. A pesar de eso, muchos investigadores están convencidos de que éste es el mejor método para hacer prevención en las escuelas.

Sherff, Eckert y Miller (2005) condujeron un estudio para evaluar la aceptación de los tres tipos de programas de prevención que se acaban de

describir, entre directores de escuelas. Los directores consideraron más aceptables los programas basados en el currículum y los programas basados en el entrenamiento del personal, que los programas de detección amplia, a los cuales evaluaron como inaceptables. Esto puede deberse a factores relacionados con el presupuesto de las escuelas y con las ramificaciones legales que la aplicación de un programa así podría conllevar. La conclusión a la que llegan los autores es que este tipo de programas probablemente sean implementados con menos frecuencia y se topen con resistencia por parte del personal escolar.

En Estados Unidos se tiene la experiencia de programas introducidos en la currícula escolar. Su objetivo ha sido crear conciencia del problema del suicidio adolescente, entrenar a participantes para identificar adolescentes en riesgo y educar a participantes para utilizar los recursos de salud mental comunitaria y técnicas para referencia. Los programas son presentados por profesionales de la salud mental y están dirigidos principalmente a estudiantes de secundaria, sus padres y profesores. A pesar de que la mayoría de estos programas de prevención han estado funcionando desde 1981, hay pocos estudios de evaluación de los resultados y, entre los que hay, la mayoría han tenido un mal diseño al no incluir grupo control (De Wilde, op.cit. p.255). La conclusión a que se ha llegado es que los programas han tenido una efectividad mínima para impartir conocimientos e inefectivos para el cambio de actitudes.

Un artículo de Shaffer y colaboradores (1990, en Leenaars, 2000, p.219) provocó controversia en la comunidad científica ya que sugirió que programas que buscan concienciar sobre la problemática suicida en el ámbito escolar pueden tener efectos dañinos incluyendo el incremento en actitudes positivas hacia el suicidio. Sin embargo Leenaars (2000, p.219) señala varios problemas en la investigación de Shaffer y hace referencia a otras investigaciones más "sólidas" (Eggert, Thompson, Herting y Nicholas, 1995; Kalafat y Elias, 1994) que concluyen que la prevención en las escuelas sí ayuda.

No obstante, Lester (1992, en De Leo, Bertolote y Lester, op.cit., p.220) hizo una advertencia al señalar que, a medida que el personal escolar recibe entrenamiento, tal vez refiera con menos frecuencia a los estudiantes a los profesionales de la salud mental, hecho que en sí puede dar lugar a más suicidios.

Concluye que, aunque la participación del personal escolar y los padres es sumamente importante, estas personas no pueden reemplazar a los profesionales de la salud mental.

Bertolote (op.cit. p.149) es más moderado en su evaluación de los programas escolares. Según su apreciación, hace falta más información y mientras no exista una evaluación detallada de los programas que se están aplicando actualmente, no se puede hacer una evaluación definitiva sobre la bondad de los mismos.

Debido a las limitaciones de los programas que buscan concienciar sobre la problemática suicida, otras intervenciones le han dado más énfasis a desarrollar habilidades como el afrontamiento, la auto estima, la solución de problemas y la comunicación. En el ámbito escolar parece aconsejable implementar programas generales que se enfoquen en el desarrollo de habilidades en lugar de enfocarse en temas que traten directamente con la conducta suicida (Perkonen y Marttunen, op.cit. p.250).

Un ejemplo de lo anterior es el artículo de Phillips, Corcoran y Grossman (2003) donde reseñan un programa cognitivo-conductual dirigido a la reducción de la depresión en adolescentes en el ámbito escolar. Este programa puede ser usado como prevención primaria, aplicado a todos los estudiantes en ciertas escuelas seleccionadas; como intervención (prevención secundaria), dirigido a estudiantes detectados con depresión, y como prevención terciaria, al tratar estudiantes con riesgo suicida detectados mediante pruebas de tamizaje. El programa incluye el entrenamiento en habilidades cognitivas como: reemplazar patrones de pensamientos negativos por patrones positivos y racionales; habilidades de afrontamiento, entrenamiento en relajación, habilidades sociales y de comunicación y habilidades en la solución de problemas. El programa consiste en reuniones de una hora una vez a la semana por seis semanas. Las autoras reportan que el programa ha sido exitoso al reducir la depresión, pero también ha sido beneficioso en otras áreas, como la mejora académica (Phillips, Corcoran y Grossman, op.cit. p.149).

Otro estudio realizado en la misma línea (Puskar, Sereika y Tusaie-Mumford, 2003) aplicó un programa cognitivo-conductual en el ámbito escolar,

llamado "Enseñando a los chicos a afrontar." La muestra consistió en 89 adolescentes de 16 años en promedio, A los estudiantes que cumplían el criterio (al menos 13 años de edad, vivir en un área rural, tener una calificación en el rango medio en la Escala de Depresión de Reynolds y no tener una historia de muerte de un familiar o amigo durante el año anterior) se les ubicó al azar en el grupo control y el grupo de intervención. La intervención consistió en sesiones grupales de 45 minutos por 10 semanas donde se tocaron estos temas: confianza, auto imagen, estresores en la vida, afrontamiento, asuntos escolares y con maestros, comunicación familiar y con padres y relaciones con los compañeros. En el grupo de intervención los puntajes post-intervención en la Escala de Depresión disminuyeron 8.98%, mientras que en el grupo control sólo cayeron 0.98%. Las autoras sugieren que los adolescentes que experimentan síntomas depresivos pueden ser beneficiados con una intervención en el ámbito escolar que se enfoque en las habilidades de afrontamiento.

González-Forteza y colaboradores (González-Forteza et al., 2002, p.11) observan la escasa oferta de servicios para tender la problemática suicida adolescente en la ciudad de México. Sugieren como una opción llevar a las escuelas las estrategias preventivas y los servicios de atención multidisciplinaria. Sugieren insertar estrategias en la currícula educativa, es decir, incorporar elementos para promover la salud emocional en las actividades académicas vigentes.

King (2001); propone algunos pasos para establecer un programa integral de prevención primaria en el ámbito escolar:

1. Desarrollar una política definida frente al suicidio de los estudiantes. La escuela debe asumir un compromiso para la prevención del suicidio. Tener una política definida incrementa la posibilidad del éxito del programa.
2. Entrenar al personal escolar respecto a las señales de advertencia y los factores de riesgo. Aquí se incluye a los profesores, directivos, enfermeras y orientadores.
3. Favorecer la colaboración entre los profesores, enfermeras y orientadores.
4. Incluir la educación sobre la prevención del suicidio en el currículum. El autor afirma que la investigación muestra que si el tema se trata con tacto y

sensibilidad puede evitarse que la enseñanza de la prevención se convierta en una forma de dar ideas a los estudiantes acerca de cómo quitarse la vida.

5. Desarrollar un programa de apoyo entre compañeros. Más de la mitad de los estudiantes no se sentirían cómodos hablando de sus problemas personales con un profesional de la escuela. Tres de cada cuatro adolescentes recurriría a un amigo para pedir ayuda en caso de que contemplara el suicidio. Por ello, la implementación de esta clase de programas parece apropiada. Estos programas enseñan a los estudiantes a identificar las señales de peligro y cómo referir a sus amigos afligidos con los consejeros escolares.
6. Implementar actividades dirigidas a mejorar la vinculación con la escuela.
7. Desarrollar la colaboración entre la familia y la escuela.
8. Desarrollar la colaboración entre la comunidad y la escuela.
9. Establecer un equipo de intervención en crisis. (King, 2001, p.132-134)

Prevención Secundaria (Intervención)

La intervención se relaciona con el tratamiento y cuidado de un problema o crisis suicida. La problemática de un adolescente suicida es muy compleja, por lo tanto no puede tratarse con enfoques a corto plazo, tiene que ser una ayuda a largo plazo, multidimensional. Por definición, las intervenciones con adolescentes suicidas implican la evaluación y el manejo de una situación de crisis. La intervención en crisis puede provenir de una línea de emergencia, o de un profesional de la salud mental.

Una vez que el adolescente ha salido de una crisis suicida hay una amplia diversidad de enfoques terapéuticos que pueden usarse, de acuerdo a las características del individuo: edad de desarrollo, sexo, estado de salud, etc.

Uno de los factores de riesgo que se asocia fuertemente con la predicción del suicidio es el número de intentos previos de suicidio en los meses anteriores. Por ello el manejo eficaz de un adolescente que ha tenido intento de suicidio es de vital importancia.

La Terapia Cognitivo-Conductual

Como se ha descrito en capítulos anteriores la terapia cognitivo-conductual es una intervención de tiempo limitado, enfocando principalmente los patrones cognitivos y conductuales y habilidades de auto manejo, se presenta en modo individual o grupal. La duración en estudios con niños y adolescentes con depresión va de 5 a 16 semanas (Curry, 2001, en Nobile et al., p.934). El supuesto teórico de esta aproximación, como hemos visto, es que pensamientos automáticos, irracionales y conductas de afrontamiento no apropiadas son las responsables del humor y los síntomas depresivos. Las intervenciones se basan en varias técnicas para ayudar al paciente a auto monitorear cogniciones distorsionadas, identificarlas y cambiarlas, así como a incrementar sus habilidades para la solución de problemas sociales e involucrarlos en más actividades placenteras y manejar sus afectos mediante relajación y técnicas de control de impulsos.

La terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser eficaz para reducir la depresión en adolescentes en numerosos estudios. Lewinsohn et al. (1990, en Pelkonen y Marttunen, op.cit. p.252) hallaron que los adolescentes que recibieron terapia de grupo cognitivo-conductual mejoraron significativamente en síntomas depresivos que los que no recibieron el tratamiento y estaban en una lista de espera. Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops y Seely (1999, en Pelkonen y Marttunen, op.cit. p.252) replicaron el mismo estudio y reportaron también puntajes más altos de recuperación en los grupos con TCC, este efecto se mantuvo en los dos años siguientes a la intervención.

Reed (1994; en Phillips, Corcoran y Grossman, op.cit. p.149) realizó un estudio con 18 adolescentes deprimidos que fueron asignados al azar a un grupo de entrenamiento en habilidades sociales cognitivo-conductuales, otro grupo de terapia estructural, o a un grupo (control) de ejercicios de arte e imaginación. Basado en mediciones clínicas, el grupo de terapia cognitivo-conductual fue moderadamente eficaz y el grupo control fue ineficaz. Sin embargo, por lo reducido de la muestra los resultados deben considerarse preliminares.

Wood, Harrington y Moore, (1996, en Pelkonen y Marttunen, op.cit., p.253) estudiaron la efectividad de la terapia cognitivo-conductual y entrenamiento en relajación en un grupo de 53 pacientes con trastornos

depresivos. La intervención contenía una combinación de terapia cognitiva de solución de problemas e intervenciones enfocadas en los síntomas. La intervención cognitivo-conductual resultó asociada con reducciones significativas en los síntomas depresivos y mejoras en el funcionamiento psicosocial.

Brent et al. (1998, en Phillips, Corcoran y Grossman, op.cit.) condujeron un estudio metodológicamente riguroso con 107 adolescentes con trastorno depresivo mayor. Fueron asignados al azar a una de tres condiciones de tratamiento: terapia individual cognitivo-conductual, terapia conductual-sistémica de familia y tratamiento de apoyo no directivo. Los que recibieron la terapia cognitivo-conductual respondieron más rápidamente y el resultado del tratamiento fue más completo que las otras dos condiciones.

Intervenciones conductuales aplicadas a la conducta suicida se evalúan como "prometedoras" en cuanto a su eficacia por De Leo, Bertolote y Lester (op.cit. p.217), pero afirman que "todavía no hay ninguna respuesta concluyente". Sin embargo también reportan estudios que muestran un efecto benéfico de la terapia conductual en pacientes con intentos de suicidio (Salkovskis, Atha y Storer, 1990; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; MacLeod et al., 1998; en De Leo, Bertolote y Lester, op.cit., p.218).

Es importante notar que se ha reportado que todos los estudios clínicos de la terapia cognitivo-conductual con niños y adolescentes deprimidos han hallado un alto grado de recaídas en el seguimiento, sugiriendo la necesidad de continuar con el tratamiento (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; en Nobile et al., p.935).

Es preciso notar que algunas de las investigaciones reseñadas anteriormente (Por Pelkonen y Marttunen, 2003; Phillips, Corcoran y Grossman, 2003) se refieren principalmente a muestras de adolescentes deprimidos. Aunque se ha correlacionado positivamente la depresión con el suicidio, se ha dicho anteriormente que no todos los adolescentes que han intentado suicidarse están deprimidos. Por lo tanto es prudente poner más atención a las investigaciones hechas con adolescentes que han intentado suicidarse. Sin embargo no hay mucha información al respecto. Heard (op.cit. p.510) realizó una revisión de estudios sobre los resultados de tratamientos a pacientes con historial suicida, no hubo

restricción de edad, y obtuvo 15 estudios que cumplieron con los criterios metodológicos requeridos: sujetos con una historia reciente de intento suicida, asignados al azar a las condiciones experimentales o de control y que al menos una de las condiciones experimentales involucre una aproximación terapéutica.

Los resultados de esta revisión reportaron pocas evidencias de que las condiciones de tratamiento mejoren la conducta suicida, medida en términos de repetición de la conducta de daño auto infligido. Las situaciones experimentales fueron: terapia estándar y cuidados intensivos, terapia de resolución de problemas, terapia de resolución de problemas y cuidados intensivos, terapia conductual dialéctica, terapia cognitivo-conductual en internamiento. Ninguno de los estudios que usaron terapia cognitivo-conductual mostraron resultados significativos (Lieberman y Eckman, 1981; Pastroikas y Clum, 1985; en Heard, op.cit. p.513-514). Los estudios que usaron terapia de resolución de problemas obtuvieron resultados mixtos, no hubo un patrón obvio de beneficio (Hawton et al., 1987; Mc.Leavey et al., 1994; Gibbons et al., 1978; Hawton et al., 1981; Alkovskis et al., 1990; van der Sande et al., 1997; en Heard, op.cit.). Heard atribuye esta falta de contundencia al tamaño relativamente pequeño de las muestras que impidió detectar resultados clínicamente significativos. Sugiere que en el futuro deben hacerse estudios con mayor cantidad de sujetos.

Desafortunadamente los distintos revisores que se han consultado coinciden en afirmar que actualmente no es posible saber qué clase de aproximación terapéutica funciona mejor con cada tipo de adolescente suicida (según diagnóstico, número de intentos, con ideación, con intento) (Donaldson, Spirito y Overholser, 2003, p.300).

Terapia de Resolución de Problemas

Las terapias de resolución de problemas son las únicas aproximaciones que han desarrollado manuales de tratamiento, lo cual ha permitido su amplia difusión, y han demostrado alguna evidencia de eficacia clínica (Heard, 2000, p.505).

El postulado fundamental de esta terapia sostiene que la conducta inadaptada ocurre cuando los individuos carecen de los recursos psicológicos para resolver sus problemas en cualquier otra forma. Como se vio en el capítulo

anterior, estudios realizados con suicidas sugieren que estos tienden a resolver sus problemas pasivamente. Las terapias de resolución de problemas contrarrestan este estilo enseñando al paciente a asumir un papel activo para identificar y comprender sus problemas y generar e implementar soluciones adaptativas.

La terapia se divide en dos fases. En la primera se analiza el problema. Con la ayuda del terapeuta el paciente define el problema y evalúa las variables que contribuyen al problema. Para entender estas variables el terapeuta puede dirigir un análisis conductual en el que se identifica cada evento, pensamiento, emoción y conducta que lleva a una conducta inadaptada. En la segunda fase el terapeuta ayuda al paciente a generar alternativas al problema, a evaluar dichas soluciones y entonces implementar los remedios escogidos. Como se vio en el capítulo anterior los pacientes suicidas tienden a tener dificultades para generar soluciones alternativas a sus problemas, probablemente esto se relaciona con la rigidez cognitiva y el humor depresivo de estos pacientes. La técnica usada en este caso es la "lluvia de ideas", es decir, pensar en tantas soluciones como sea posible, incluso si éstas son extrañas o irrealizables, para después evaluarlas. Al evaluar los pros y los contras de cada solución el paciente puede enfatizar los posibles resultados negativos de las soluciones. Este énfasis negativo puede explicarse por: a) falta de habilidades relacionadas con la solución, b) distorsiones cognitivas, c) anticipación de afectos intensos, como temor, y d) ambientes que castigan o no refuerzan las soluciones. Para vencer esta tendencia el terapeuta puede: a) enseñar nuevas habilidades al paciente; b) desafiar el estilo de pensamiento del paciente; c) exponer al paciente con las claves que facilitan el temor, u otras emociones; y d) ayudar al paciente a obtener recompensas por implementar las soluciones. El paciente puede ensayar las soluciones durante la sesión, cognitiva o conductualmente. Este ensayo permite al terapeuta identificar los problemas que el paciente puede tener para implementar las soluciones escogidas (Heard, op.cit. p.506).

Una aproximación para el entrenamiento de las habilidades de resolución de problemas es el sistema SOLVE (por sus siglas en inglés). Este sistema cubre los pasos básicos del proceso de resolución de problemas. Cada letra del acrónimo SOLVE indica un paso diferente. La "S" (Select) representa la selección de un

problema. El primer paso es identificar cuál es el problema. El segundo paso es la letra "O" (Options). Después de identificar el problema se ayuda al adolescente a hacer una lista de todas las opciones posibles incluyendo las que el adolescente piensa que no funcionarían. La siguiente letra, la "L" (Likely Outcomes) consiste en tomar la lista y decidir que posibles resultados podrían suceder con cada opción y así ordenar las opciones de más beneficiosas a menos. El paso siguiente, la "V" (Very best one) consiste en escoger la mejor opción. Entonces se guía al adolescente a probar esta opción y finalmente, la letra "E" (Evaluate), evaluar o decidir si el problema todavía existe. Si el problema continúa, regresa a las opciones y escoge la siguiente mejor y prueba con esa, y así hasta que el problema quede resuelto (Donaldson, Spirito y Overholser, op.cit. p.305).

Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual

Deben valorarse las características cognitivas en una entrevista usando medidas diseñadas para intervenir estas características. Las técnicas de terapia cognitiva se usan para tratar el déficit cognitivo junto con terapia de resolución de problemas para ayudar a enseñar a los adolescentes nuevas formas de conceptuar sus problemas y generar alternativas. Se debe monitorear los patrones de pensamiento para enseñar la relación entre cogniciones y, tanto emociones como conducta.

Las aproximaciones cognitivas han incorporado una serie de técnicas útiles para las personas suicidas (Freeman y Reinecke, 1993; en Donaldson, Spirito y Overholser, op.cit. p.303) y a continuación se enlistan:

Técnicas Cognitivas:

Cuestionar la evidencia. Los suicidas con frecuencia atienden selectivamente un grupo de evidencias que confirma su interpretación negativa. En esta técnica, el terapeuta ayuda al adolescente a cuestionar la evidencia que está usando para apoyar un punto de vista negativo.

Reatribución. En esta técnica el terapeuta trata de ayudar al adolescente a cambiar la afirmación "Todo es mi culpa" a una nueva afirmación en la cual la

responsabilidad sea distribuida apropiadamente, tal vez entre amigos, padres, el azar, o estados de humor negativos.

Examinar las opciones y alternativas. En esta técnica el terapeuta coincide con el adolescente en que el suicidio es una opción pero le ayuda a generar otras opciones.

Descatastrofizar, es decir, ayudar a los adolescentes con intento de suicidio a reevaluar si están sobreestimando la naturaleza catastrófica de sus problemas. Al explorar varias posibilidades, el terapeuta ayuda al adolescente a ver la situación como difícil, pero no imposible (Spirito, 1997).

Pros y contras. En esta técnica se le pide al adolescente que haga una lista de ventajas y desventajas de diferentes opciones. Por ejemplo, de terminar una relación romántica. Puede ser útil crear una lista de pros y contras porque los adolescentes suicidas tienden a ver el mundo en blanco y negro (pensamiento dicotómico).

Escala de la severidad de un evento. Esta técnica consiste en asignar un número (por ejemplo, en una escala del 1 al 100) a la severidad de los eventos, para prevenir que el adolescente conceptúe todo como blanco o negro.

Otra técnica es pedir al adolescente que haga una lista de acciones que pueden tomarse en respuesta al factor precipitante y entonces ordenar las acciones de la menos a la más difícil de implementar. En seguida se discuten las acciones comenzando por la menos difícil. Esto ayuda al adolescente a dejar de pensar en el suicidio como la única opción y a que empiece a verlo como la peor elección entre varias opciones.

Técnicas Conductuales:

Programación de actividades. La inactividad física, social e intelectual de los pacientes con alto riesgo suicida incrementa su vulnerabilidad. La programación de ciertas actividades, la planeación del tiempo para evitar el aislamiento y la inmovilidad. Se asume que la ejecución de tareas conductuales produce cambios en la esfera cognitiva y que la práctica de técnicas cognitivas provoca cambios comportamentales.

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 aumenta su sentimiento de indefensión y minusvalía. A medida que logra el éxito en tareas relativamente sencillas se le asignan nuevas tareas cada vez más complejas.

Tareas para casa. Esta técnica consiste en asignar actividades sencillas para realizar en casa, que puedan ser objetivas y medibles. Ejemplo de estas tareas son: una lista de razones para vivir y razones para morir, una lista de los "asuntos inconclusos" en su vida, identificar a las personas que se preocupan por él, anotar en listas de pensamientos distorsionados cuáles son los que ha tenido al sentirse suicida, formatos para auto monitorear pensamientos y sentimientos, etc. (Ellis y Newman, op.cit. pp.61-83).

La estrategia cognitiva por la que abogan la mayoría de los clínicos que trabajan con adolescentes que han intentado suicidarse es la resolución de problemas. En la terapia de resolución de problemas se enseña al adolescente nuevas formas de conceptualizar sus problemas, a considerar soluciones y a planear un curso de acción basado en esta información. Al trabajar con el adolescente para enfocar un problema a la vez y generar alternativas de solución el terapeuta puede ayudar a restaurar la esperanza en lo que parece una situación desesperada (Spirito, 1997).

Prevención Terciaria (Postvención)

Postvención es el término usado para referirse a las intervenciones posteriores a que un suicidio ha ocurrido. Después del suicidio de un adolescente se recomienda la intervención en crisis con los sobrevivientes, por ejemplo en la escuela. Se reporta que los amigos de individuos que han cometido suicidio están en riesgo de desarrollar depresión, trastorno de estrés post-traumático y complicaciones en el duelo (Brent, Perder y Moritz, 1994; Brent, Moritz, Bridge et al., 1996; en Pelkonen y Marttunen, op.cit. p.259). Estudios preliminares han descubierto que después de un suicidio, el número de suicidios se incrementó durante el año siguiente en las escuelas donde no existen programas adecuados de postvención, mientras que en las escuelas donde tienen programas de intervención en crisis

apropiadas las cifras son inferiores (Poijula, Dyregrov y Wahlberg, 2001, en Pelkonen y Marttunen, op.cit. p.259).

La meta de la postvención es minimizar el trauma para los estudiantes y reducir la probabilidad de la imitación. Las actividades de postvención son más eficaces cuando se planean con anticipación, antes de que se presente cualquier emergencia.

En el ámbito escolar King sugiere que la respuesta sea rápida después del suceso (dentro de las 24 horas siguientes), actuar de manera conservadora y preocupada, informar a todo el personal acerca del evento y los pasos de acción, indicar a los profesores que anuncien la muerte del estudiante en su primera clase del día, establecer lugares de consejería en la escuela que estén disponibles, evitar cualquier glorificación del suicidio, monitorear el clima emocional de la escuela y evaluar todas las actividades de postvención (King, op.cit. p.137).

Capítulo 7: Conclusiones

Hace unas décadas todavía, existía una falta de equilibrio en producción académica de la psicología del desarrollo. Los libros e investigaciones dedicados a las primeras etapas del desarrollo, es decir la etapa de la infancia, superaban con creces a la literatura disponible acerca de la etapa de la adolescencia. Como se describió en el primer capítulo, la posible explicación a este descuido se halla en la noción de que la adolescencia es una etapa turbulenta y por lo tanto algunas conductas inadaptadas de los jóvenes se consideraban típicas de su edad y no eran investigadas. Adicionalmente, los postulados fundamentales de la teoría psicoanalítica, que influyó grandemente en la psiquiatría y la psicología, se anclan en los primeros años del desarrollo. Por semejantes razones la investigación de los años adolescentes era descuidada. Afortunadamente ya no es el caso. Actualmente existe una vasta producción científica alrededor de esta fase del desarrollo, existen revistas especializadas exclusivamente en la adolescencia, etc.

Sin embargo todavía resta mucho por hacer, sobre todo al mirar con impotencia que las frías estadísticas siguen mostrando el incremento en la frecuencia con que los adolescentes se involucran en actividades que ponen en riesgo su salud: enfermedades sexualmente transmisibles, embarazos no deseados, abandono de los estudios, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, ansiedad y depresión, delincuencia y agresividad (Goleman, 2000, p.269).

En cuanto a los objetivos de esta investigación, se realizó una revisión de las investigaciones científicas acerca del suicidio adolescente desde la aproximación cognitivo-conductual. El período de revisión tuvo que ampliarse. Originalmente el objetivo era abarcar los últimos cinco años, sin embargo la escasez de trabajos que enfocaran específicamente los factores cognitivos en adolescentes con problemática suicida en los últimos cinco años, provocó que el período se ampliara a diez años atrás. La literatura sobre desesperanza, resolución de problemas, estilos de afrontamiento y cognición es muy abundante, pero al restringir la búsqueda al campo del suicidio adolescente los resultados disminuyen notablemente.

A pesar de ello la literatura revisada pudo ofrecer un panorama actual acerca de las líneas de investigación que se siguen desde la perspectiva cognitivo-conductual. Es un hecho demostrado la asociación entre la conducta suicida en adolescentes y los constructos cognitivos revisados: la desesperanza, el afrontamiento y la resolución de problemas. Todavía tiene que investigarse más cómo se explica esta relación en adolescentes con conductas suicidas.

Investigación

Uno de los pasos lógicos es que se siga fomentando la investigación de esta problemática desde la realidad social y cultural de México. Desde los inicios de la investigación del suicidio en México han sido notables las aportaciones desde la perspectiva epidemiológica. Sin embargo la mera descripción del fenómeno tiene una utilidad limitada. Los estudios epidemiológicos explican el *qué*, pero no el *por qué*. Hacen falta estudios más profundos sobre los factores de riesgo, factores de género, factores cognitivos, psiquiátricos, etc. que sean más útiles para la prevención.

En particular la investigación sobre factores cognitivos relacionados con el suicidio se halla en una fase de desarrollo muy limitada. Salvo unos pocos artículos publicados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, fue muy difícil obtener investigación actual sobre el tema específico de la cognición y el suicidio publicada en español. Una de las posibles razones es que parece ser que la tendencia en México en las investigaciones sobre el suicidio sigue siendo principalmente epidemiológica. Otra posible razón es que si no tiene un enfoque epidemiológico, la generalidad de las investigaciones parten de modelos psicosociales en los cuales los factores cognitivos son un fragmento del todo formado por la psicopatología, la salud física, el estrés psicosocial, los problemas interpersonales, las diferencias de género, la disponibilidad de los medios, etc. Probablemente las investigaciones que se enfocan exclusivamente en los factores cognitivos carezcan de interés para los investigadores en México por ser consideradas estrechas en el contexto de un planteamiento multifactorial.

El campo de la investigación y el tratamiento del suicidio en México no está muy desarrollado, lo cual quiere decir que falta mucho por hacer, sin embargo,

esto también significa que es un terreno propicio dar pasos estratégicos usando la experiencia internacional.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 85% de los suicidios de todo el mundo tiene lugar en los países de nivel económico bajo e intermedio (Krug, Dahlberg, Mercy et al., 2002) sin embargo menos del 10% de los estudios de investigación sobre el suicidio provienen de esos países (Phillips, 2004, p.156). Las enormes diferencias económicas y culturales entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo nos hacen pensar que es poco probable que los resultados de la investigación y los programas de intervención aplicados en los países industrializados tengan relevancia para los países en desarrollo.

Una debilidad de este trabajo es que la mayor parte de las investigaciones reseñadas provienen del extranjero. En México existen investigadores importantes sobre el tema del suicidio, sin embargo no se halló mucha información bajo el rubro específico de la cognición y el suicidio adolescente.

Es posible adaptar los métodos de investigación, los métodos de vigilancia epidemiológica y tomar en cuenta los resultados de la investigación realizada en países desarrollados, o simplemente en otros países, pero es necesario desarrollar una comprensión del fenómeno suicida específico a la situación que se vive en México y a sus factores socioculturales.

Es deseable que la investigación sobre el suicidio en México se amplíe, y que estas líneas de investigación se exploren en un futuro no lejano.

Evaluación de las teorías revisadas

Se revisaron las ideas de Freud sobre el desarrollo y la naturaleza de la personalidad. Freud tuvo un gran impacto sobre la psicología y la psiquiatría con sus aportaciones, sin embargo sus conceptos surgen de un contexto cultural e histórico muy particular que indudablemente sesgó su visión sobre ciertos tópicos. El desarrollo del psicoanálisis posterior a Freud está lleno de propuestas contradictorias que hacen muy difícil considerar al psicoanálisis como un cuerpo teórico consistente.

La teoría conductista clásica no discute sobre estados internos, se enfoca en la conducta observable externa. Se ha criticado al conductismo por ser simplista.

Sin duda la conducta humana es muy compleja y no puede reducirse a categorías simples de estímulo – respuesta. Si se hiciera, se estaría pasando por alto las influencias sociales y culturales y la libertad del individuo.

Las teorías sociológicas enfatizan demasiado la importancia del medio sobre la conducta del individuo, menosprecian los procesos internos y los valores y creencias humanas.

Tienen razón aquellos que piensan que la conducta humana refleja la interacción entre las tendencias biológicas hereditarias, los procesos cognitivos internos y las influencias del medio ambiente. Cada una de las teorías que se revisaron enfatizan alguna parte del todo. Freud enfatiza los impulsos internos sexuales y de muerte, Durkheim subrayaba la influencia de la sociedad, Erikson insiste en la importancia de la identidad. Ninguna teoría abarca todo, ni tampoco puede explicar totalmente el fenómeno suicida. Cada una aporta elementos que nos ayudan a comprender al adolescente que tiene alguna conducta suicida.

El enfoque cognitivo conductual conjunta las bondades de una teoría cimentada en hechos susceptibles de ser medidos y observados y la inclusión de variables consideradas internas. Los modelos surgidos de este enfoque tratan de explicar las relaciones entre los factores ambientales externos y las variables individuales internas y su vínculo con la conducta observable, en este caso el suicidio.

Tratamiento

Desde el punto de vista terapéutico, las distintas opciones que ofrecen las terapias cognitivo-conductuales precisan ser investigadas en cuanto a su eficacia se refiere. En este renglón los estudios realizados en idioma español se tornan inexistentes, por lo menos en las fuentes documentarias que se consultaron. Sin interesar cuál sea el modelo que se esté usando para *explicar* el fenómeno suicida en los adolescentes, resulta obvio pensar que a los individuos detectados con alto riesgo suicida es necesario ofrecerles una estrategia de *intervención*. ¿Cuál es la opción de tratamiento más adecuada para tales individuos? Desafortunadamente, de acuerdo a la revisión realizada, todavía no es posible saberlo. La decisión se debe tomar bajo criterios sesgados ya que no hay muchos elementos empíricos

documentados para establecer qué modelo de terapia es el mejor para cada tipo de adolescente suicida.

A pesar de la abundante literatura existente, su utilidad para la práctica clínica se ha visto limitada por el enfoque teórico estrecho con que han sido diseñadas muchas investigaciones. Por esto los psicólogos clínicos con frecuencia batallan para aplicar los resultados de la investigación de una manera provechosa en su trabajo cotidiano con sus pacientes y a menudo optan por usar elementos de diferentes aproximaciones para entender y tratar los diferentes aspectos de la condición de sus pacientes. Esto sucede a pesar del riesgo de violar los mismos fundamentos con que las aproximaciones teóricas se han desarrollado.

Hay varios estudios que reportan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para remitir los síntomas de la depresión en adolescentes, así mismo, existe evidencia de los buenos resultados de la terapia de resolución de problemas con adolescentes suicidas. Sin embargo, también hay estudios que reportan lo contrario, o que reportan que la eficacia no está totalmente demostrada. Las investigaciones reseñadas se refieren a la terapia de resolución de problemas por ser de las pocas que cuenta con manuales de implementación y se prestan a un control más riguroso. ¿Qué estará pasando con otras aproximaciones de las que no se cuenta con mucha información, o en algunos casos, no existe información? Sería de gran utilidad para la comunidad profesional de psicólogos contar con investigaciones serias sobre la eficacia de las terapias utilizadas no sólo en la problemática suicida, sino en general en todas las áreas de intervención. Sin duda sería un incentivo poderoso para mejorar los procesos de formación de los terapeutas.

Prevención

La prevención del suicidio es, sin duda, la meta final de toda investigación sobre este fenómeno. De nada sirve *saber* mucho acerca del suicidio si toda esa información no se traduce en la aplicación de medidas para *reducir* la incidencia de este problema entre la juventud. Por supuesto, ante un problema tan complejo no pueden ofrecerse soluciones simplistas y, en la revisión realizada, el panorama no es alentador.

Desafortunadamente los esfuerzos por reducir la problemática suicida, en los países donde se han implementado estas medidas, no han sido del todo exitosos. Sin embargo, se menciona el caso de Finlandia, con un porcentaje interesante de reducción de la tasa de suicidios. Esto significa que hay modelos que tienen resultados y que hay que estudiarlos más a fondo para identificar los factores clave para un proyecto de prevención eficaz.

Las terapias cognitivo-conductuales ofrecen una alternativa de prevención importante. Se ha comprobado empíricamente la eficacia de las TCC para disminuir los niveles depresivos en adolescentes. Aunque todavía no está plenamente demostrada su eficacia en reducir la conducta suicida con adolescentes, el balance final es alentador. De igual manera las investigaciones subrayan la importancia de contar con estrategias de prevención a nivel escolar. Los programas cognitivo-conductuales en el ámbito escolar son otra área de sumo interés para la investigación y la prevención.

La prevención primaria en las escuelas a través de programas cognitivo-conductuales y la prevención secundaria por medio de intervenciones terapéuticas en el ámbito escolar, parecen ser un terreno fértil para realizar investigación desde esta aproximación.

En los programas destinados a aplicarse en un ambiente escolar debe tenerse mucho cuidado de que sean atractivos en su presentación para que se asegure la participación del joven. Una queja común de los profesores de adolescentes es la pasividad generalizada de los estudiantes, así que no es probable que tuviera éxito un programa de prevención que se presentara como una clase. Las necesidades de los adolescentes suicidas son tan grandes y de tan diversa índole, que muy probablemente un obstáculo que enfrentaría un programa de prevención es que sería puesto a un lado ante otras necesidades que se perciben como apremiantes y que entretienen las funciones mentales. Así que el desafío para diseñar un programa preventivo es una tarea bastante difícil. No es posible llegar con soluciones simplistas a problemas muy complejos.

Políticas de Salud

Los datos consultados nos permiten concluir que el suicidio adolescente es efectivamente un problema importante de salud pública en México. En las últimas tres décadas las tasas de suicidios en adolescentes han aumentado en 128%. Esta parece ser una tendencia constante que se sostiene a lo largo del tiempo y que es similar a la que se ha detectado globalmente en este grupo de edad.

Estas cifras nos llevan a meditar en la importancia de que en México exista una política gubernamental clara y eficaz respecto a la prevención del suicidio. Aunque México se ubique entre los países con tasas bajas de suicidio, el hecho es que las cifras de suicidio adolescente han aumentado significativamente en la historia reciente del país. Por lo anterior es preciso dar pasos inteligentes para evitar que siga creciendo esta problemática. Muchos adolescentes en la población en general deben estar necesitados de ayuda. Enfrentan un período de turbulencia en el que tienen que enfrentar situaciones estresantes en su hogar, en la escuela y en el medio social.

Es obvia la necesidad de una política de prevención global, que integre los esfuerzos que se realizan actualmente. Una de las áreas que es preciso mejorar es la de los sistemas de recolección de datos. Es preciso que reflejen con más veracidad las dimensiones de este fenómeno. Como se reportó en la investigación, las cifras oficiales no son totalmente fidedignas, hecho que se pone en evidencia por la diferencia notable entre el número de intentos suicidas y los suicidios consumados. En México los suicidios consumados superan en frecuencia con mucho a los intentos suicidas, mientras que en países con mejores sistemas de registro es precisamente lo opuesto (como lo afirman Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001), lo que corresponde más al desarrollo natural de la conducta suicida. Es necesario seguir realizando evaluaciones directas de la población general.

El problema del suicidio presenta numerosos retos para el psicólogo. Este tema lo confronta con su propia vulnerabilidad, con su propia muerte, probablemente incluso con sus propios pensamientos suicidas. Esto no se halla fuera de la realidad ya que encuestas realizadas en la población general muestran

que alrededor de 16% de la gente ha pensado alguna vez en terminar con su vida (Ellis y Newman, 1996). Así que no sería raro que un paciente suicida removiera situaciones no resueltas en el terapeuta. El tema mismo de la muerte es difícil, hay mecanismos inconscientes que para proteger la psique llevan a la negación de nuestra condición de seres mortales y a alejarnos instintivamente de quienes con su conducta parecen oponerse al impulso básico de auto preservación, que asumimos debe ser universal. Por otro lado surge el comprensible temor al daño en la reputación como profesionales si el paciente se llegara a suicidar. Recientemente apareció en la televisión una serie cuya trama inicia cuando el personaje principal, un psiquiatra, enfrenta el suicidio de su paciente adolescente justo en medio de una sesión de terapia. Este suceso desencadenó una crisis en la vida personal del psiquiatra y el resurgimiento de antiguos conflictos, aparentemente ya superados. Por ello no es cualquier cosa aceptar la responsabilidad de un paciente suicida.

El psicólogo cuenta con las herramientas para proporcionar la ayuda adecuada a estas personas que sufren, pero antes debe explorar sus propias actitudes ante el suicidio y mirarlo con objetividad científica, despojándose de ideas preconcebidas y temores irracionales. Al mismo tiempo debe dar el máximo esfuerzo para ofrecer la mejor atención al paciente.

Muchos de los puntos tocados en este trabajo son fáciles de decir, pero difíciles de hacer. Los retos planteados son grandes y plantean años de investigación, cuestionamientos éticos, amplios recursos económicos y seguimiento diligente. No es una tarea sencilla, pero beneficiará a miles de jóvenes que sufren.

Bibliografía

- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Arieti, S., Bemporad, J. (1990) Psicoterapia de la Depresión (S. Abreu, Trad.). México: Paidós (Trabajo original publicado en 1978).
- Barraza, E. (2001) La conducta suicida y la depresión: Una revisión de la perspectiva cognitivo-conductual. Tesina de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- López, C., Reyes, I. y Rivera, S. (1998). Estrategias de Enfrentamiento: Desarrollo y validación del inventario. La Psicología Social en México, 7, 91-96.
- Beck, A.T. (1988). Terapia cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, un continuo cognitivo. En M.J. Mahoney y A.Freeman Cognición y psicoterapia (pp. 349-371) Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T. (2001). Con el amor no basta (E. y O. Fisher, Trads.). México: Paidós. (Trabajo original publicado en 1988).
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. (3a.ed.) Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bemporad, J. (1990a). Revisión crítica de los principales conceptos de depresión. En: S. Arieti y J. Bemporad Psicoterapia de la Depresión (pp. 25-72). México: Paidós.
- Bemporad, J. (1990b). Psicodinámica de la depresión y del suicidio en niños y adolescentes. En: S. Arieti y J. Bemporad Psicoterapia de la Depresión (pp.199-222). México: Paidós.
- Bertolote, J.M. (2004). Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. World Psychiatry (Ed.Esp.), 3, 147-151.
- Borges, G., Wilcox, H.C., Medina-Mora M.E., Zambrano, J., Blanco, J. y Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. Salud Mental, 2, 40-47.
- Brown, J.H. y Brown, C.S. (1977). Systematic Counseling. A Guide for the Practitioner. Champaign, Ill., EUA: Research Press Company.
- Caro, I. (Comp.)(1997a). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (1997b). Las psicoterapias cognitivas: Modelos básicos. En I.Caro. Manual de psicoterapias cognitivas. (pp.37-52). Barcelona: Paidós.

- Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1997). El Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. En I.Caro. Manual de psicoterapias cognitivas. (pp.119-129) Barcelona: Paidós.
- Coleman, J.C. (1985). Psicología de la adolescencia (A. Guerra, Trad.). Madrid: Morata.
- De Leo, D., Bertolote, J. y Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. En: OPS Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (pp.201-231) Washington, D.C., EUA: Autor.
- De Wilde, E.J. (2000). Adolescent Suicidal Behaviour: a General Population Perspective. En: K. Hawton, y K. van Heeringen, (Eds.) (pp.249-259) The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. London, England: Wiley.
- Donaldson, D., Spirito, A., Farnett, E. (2000) The Role of Perfectionism and Depressive Cognitions in Understanding the Hopelessness Experienced by Adolescent Suicide Attempters. Child Psychiatry and Human Development, 2, 99-111.
- Donaldson, D., Spirito, A., Overholser, J. (2003). Treatment of Adolescent Suicide Attempters. En: A. Spirito, J. Overholser (Eds.) (pp.295-321). Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters. From Research to Practice. San Diego, Cal. E.U.A.: Academic Press.
- Durkheim, E. (1987) El Suicidio. Mexico: Premiá. (Trabajo original publicado en 1897).
- Ellis, A. (1988). Desarrollando los ABC de la terapia racional-emotiva. En: M.J Mahoney, y A. Freeman, (pp.337-348) Cognición y psicoterapia (I. Caro Trad.). Barcelona: Paidós (Trabajo original publicado en 1985).
- Ellis, A. y Abrahams, E. (1989). Terapia Racional-Emotiva. (Díes, H. Trad.) México: Pax. (Trabajo original publicado en 1978).
- Ellis, T.E. (2000). Psychotherapy with Suicidal Patients. En: D. Lester (Ed.) (pp.129-151). Suicide Prevention. Resources for the Millenium. Ann Arbor, MI, EUA: Brunner-Routledge.
- Ellis, T.E., y Newman, C.F. (1996). Choosing to Live. How to defeat suicide through cognitive therapy. Canada: New Harbinger Publications.
- Esposito, C., Johnson, B., Wolfsdorf, B. y Spirito, A. (2003a). Cognitive Factors: Hopelessness, Coping, and Problem Solving. En: Spirito, A., Overholser, J.

- (Eds.) Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters. From Research to Practice (pp. 89-112). San Diego, Cal., E.U.A.: Academic Press.
- Esposito, C. Spirito, A., Boergers, J. y Donaldson, D. (2003b). Affective, Behavioral, and Cognitive Functioning in Adolescents with Multiple Suicide Attempts. Suicide and Life Threatening Behavior, 4, 389-399.
- Farberow, N., Shneidman, E. (1961) ¡Necesito Ayuda! México, Prensa Médica.
- Feixas, G. y Miró, T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Finch, A.J., Nelson, W.M. y Ott, E. S.(1993). Cognitive –Behavioral Procedures with Children and Adolescents. Massachussets, EUA: Allyn and Bacon.
- Fonseca, J. (comp.) (2004a). Estadística de Adolescentes México. Guadalajara, Jalisco, México: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud al Adolescente Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado el 14 de marzo de 2005, de <http://www.adolesc.org.mx/indicadores/AdolescenciaEstadistica.pdf>
- Fonseca, J. (2004b). Estadística. Boletín Latinoamericano Adolescencia, 10, 5. Guadalajara, Jalisco, México: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud al Adolescente Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado el 14 de marzo de 2005 de <http://www.adolesc.org.mx/litcién/boletín/boInvo10/suicidio.pdf>
- Freud, S. (1981). Contribuciones al simposio sobre el suicidio. En: L. Ballesteros (Trad.) y J. Numhauser (Ed.). Obras Completas de Sigmund Freud. (Tomo II). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1910).
- Freud, S. (1981). Duelo y Melancolía. En: L. López-Ballesteros (Trad.) y J. Numhauser (Ed.). Obras Completas de Sigmund Freud. (Tomo II). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S (1981) El Por qué de la Guerra. En: L. López-Ballesteros (Trad.) y J. Numhauser (Ed.), Obras Completas de Sigmund Freud. (Tomo III) Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1933).
- Gardner, H. (1987). La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva. (L.Wolfson Trad.) Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1985).
- Goldney, R.D. (2000). Prediction of suicide and attempted suicide. En: K. Hawton y K. Van Heeringen (Eds.) (pp.585-595). The International Handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: John Wiley & Sons.
- Goleman, D. (2000). La Inteligencia Emocional. (E. Mateo Trad.). México: Juan Vergara Editor. (Trabajo original publicado en 1995).

- Gómez, C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud Mental, 19, 45-55.
- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C., Jiménez. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. Salud Mental, 19, 33-38.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.E. y Sánchez, M.A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental, 3, 1-9.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L.E. y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. Salud Mental, 6, 16-25
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes de la Ciudad de México:1997 y 2000. Salud Mental, 6, 1-12.
- González Núñez, J.J. (Ed.) (2001) Psicopatología de la Adolescencia. México: El Manual Moderno.
- Hart, K.J. y Morgan, J.R. (1993). Cognitive-Behavioral Procedures with Children. Historical Context and Current Status. En A.J. Finch, W.M. Nelson, y E. Ott, (pp. 1-24) Cognitive –Behavioral Procedures with Children and Adolescents. Massachusetts, EUA: Allyn and Bacon.
- Hassan, R. (1996). Social Factors in Suicide in Australia. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
- Hawton, K. y Van Heeringen, K. (Eds.) (2000) The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester: John Wiley & Sons.
- Heard, H.L. (2000). Psychotherapeutic Approaches to Suicidal Ideation and Behavior. En: K. Hawton y K. van Heeringen (Eds.) (pp.502-518). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester: John Wiley & Sons.
- Heaven, P.C. (2001). The Social Psychology of Adolescence. New York: Palgrave MacMillan.
- INEGI (2004). Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. Serie Boletín de Estadísticas Continuas, Demográficas y Sociales. Aguascalientes, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

- Jiménez, A. y González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Salud Mental, 6, p.35-46.
- King, K.A. (2001). Developing a Comprehensive School Suicide Prevention Program. Journal of School Health, 4, 132-137.
- Klopper, B. (1961). Suicidio: el punto de vista de Jung. En Farberow, N.L. y Shneidman, E.S. (1961) ¡Necesito Ayuda! México: Prensa Médica Mexicana.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (Eds.) (2002). World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. (M. Zaplana tr.) Mexico: Martínez Roca. (trabajo original publicado en 1984).
- Leenaars, A.A. (2000). Suicide Prevention in Schools: Resources for the Millennium. En: D. Lester (pp.213-235) Suicide Prevention. Resources for the Millennium. Ann Arbor, MI, EUA: Brunner-Routledge.
- Lennings, C.J. (1994). A cognitive understanding of adolescent suicide. Genetic, Social & General Psychology Monographs, 3, 289-308. Recuperado el 19 de febrero de la base de datos EBSCO.
- Lester, D. (Ed.) (2000). Suicide Prevention. Resources for the Millennium. Ann Arbor, MI, EUA: Brunner-Routledge.
- Levisky, D.L. (1998). Adolescencia, Reflexiones Psicoanalíticas. Argentina: Lumen.
- López, C., Reyes, I., Rivera, S. (1998). Estrategias de Enfrentamiento: Desarrollo y validación del inventario. La Psicología Social en México, 7, 91-96.
- Lucio-Gómez, E., Loza, G. y Durán, C. (1998). Comparación entre la personalidad de adolescentes con intento suicida y sin intento suicida. La Psicología Social en México, 7, 80-85.
- Lucio-Gómez, E., Loza, G. y Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. Psicología Contemporánea, 7, 58-65.
- Lucio-Gómez, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. y Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. Salud Mental, 5, 17-24.
- Machado, A. (2004). Detección del riesgo suicida en una secundaria del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura inédita, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Mahoney, M.J. y Freeman, A. (1988) Cognición y psicoterapia (I. Caro Trad.). Barcelona: Paidós (Trabajo original publicado en 1985).
- Mazza, J.J., y Reynolds, W.M. (1998). A Longitudinal Investigation of Depression, Hopelessness, Social Support, and Major and Minor Life Events and Their Relation to Suicidal Ideation in Adolescents. Suicide & Life Threatening Behavior, 4, 358-374.
- McKinney, J.P., Fitzgerald, H.E. y Strommen, E.A. (1982). Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente (P. Rivera, Trad.). México, D.F.: El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1977).
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. Salud Mental, 6, 4-15.
- Muuss, R.E., Porton, H.D. (Eds.) (1999). Adolescent Behavior and Society: A book of readings (5a.ed.). Boston: McGraw-Hill College.
- Muuss, R.E., Porton, H.D. (1999) Increasing risk behavior among adolescents. En: R.E. Muuss, y H.D. Porton (Eds.) (422-431). Adolescent Behavior and Society: A book of readings (5a.ed.). Boston: McGraw-Hill College.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Deanes, S.L. y D'Zurilla, T.J. (1997). El estado de la cuestión de los enfoques en resolución de problemas. En: I. Caro (Comp.). (pp.171-179). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.
- Nobile, M., Cataldo, G.M., Marino, C. Y Molteni, M. (2003). Diagnosis and Treatment of Dysthymia in Children and Adolescents. CNS Drugs, 13, 927-946.
- Nock, M. K. y Kazdin, A.E. (2002) Examination of Affective, Cognitive, and Behavioral Factors and Suicide-Related Outcomes in Children and Young Adolescents. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31, 48-58.
- OPS (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C. EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2003). Child and Adolescent Suicide. Epidemiology, Risk Factors, and Approaches to Prevention. Pediatric Drugs, 4, 243-265.
- Perelberg, R. (Ed.) (1999) Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide. London: Routledge
- Pérez Barrero, S. A. (s.f.) ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Recuperado el 28 de febrero de 2005, de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>

- Phillips, J.H., Corcoran, J. y Grossman, C. (2003). Implementing a Cognitive-Behavioral Curriculum for Adolescents with Depression in the School Setting. Children and Schools, 3, 147-158.
- Phillips, M. (2004). Prevención del suicidio en país en vías de desarrollo: ¿dónde debemos comenzar? World Psychiatry (Ed. Esp.), 3, 156-157.
- Piquet, M.L., y Wagner, B.M. (2003). Coping Responses of Adolescent Suicide Attempter and Their Relation to Suicidal Ideation Across a 2 Year Follow-up: A Preliminary Study. Suicide & Life – Threatening Behavior, 3, 288-301.
- Puskar, K., Sereika, S. y Tusaie-Mumford, K. (2003). Effect of the Teaching Kids to COPE (TKC©) Program on Outcomes of Depression and Coping among Rural Adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2, 71-80.
- Reinecke, M.A., DuBois, D.L. y Schultz, T.M. (2001). Social Problem Solving, Mood, and Suicidality Among Inpatient Adolescents. Cognitive Therapy and Research, 6, pp.743-756.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S. Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Beuhring, J., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, D., Udry, J.R. (1999). Protecting Adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. En: R.E. Muuss y H.D. Porton (376-395). Adolescent Behavior and Society: A book of readings (5a. ed.) Boston: McGraw-Hill College.
- Rudd, M.D., Joiner, T.E., y Rajab, M.H. (2001). Treating suicidal behavior: An effective time-limited approach. New York: Guilford Press.
- Sarró, B. y De La Cruz, C. (1991). Los Suicidios. Barcelona: Martínez Roca.
- Scherff, A.R., Eckert, T.L., Miller, D.N. (2005). Youth Suicide Prevention: A Survey of Public School Superintendents' Acceptability of School-Based Programs. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2, 154-169.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., y Trautman, P. (1988) Preventing Teenage Suicide: A Critical Review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 675-687.
- Slaikeu, K.A. (1988). Intervención en crisis. (G. Ledesma, Tr.) México: El Manual Moderno.
- Spence, S.H., Sheffield, J., y Donovan, C. (2002). Problem – Solving Orientation and Attributional Style: Moderators of the Impact of Negative Life Events on the Development of Depressive Symptoms in Adolescence? Journal of Clinical Child Psychology, 2, 219-229.

- Spirito, A. (1997). Cognitive characteristics predict adolescent suicide attempts. Brown University Child & Adolescent Behavior Letter; 6, 1-3.
- Spirito, A., Francis, G., Overholser, J., y Frank, N. (1996) Coping, Depression, and Adolescent Suicide Attempts. Journal of Clinical Child Psychology, 2, 147-155.
- Spirito, A., Overholser, J. (Eds.) (2003). Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters. From Research to Practice. San Diego, Cal. E.U.A.: Academic Press.
- Thompson, E.A., Mazza, J.J., Herting, J.R., Randell, B.P. y Eggert, L.L. (2005). The Mediating Roles of Anxiety, Depression, and Hopelessness on Adolescent Suicidal Behaviors. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1, 14-34.
- Villardón, G.L. (1993). El Pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Williams, J.M.G. y Pollock, L.R. (2000). The Psychology of Suicidal Behaviour. En: K. Hawton y K. van Heeringen (Eds.) (pp.79-93) The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. London, England: Wiley.
- World Health Organization (1999). Figures and facts about suicide. Génova: Autor. (recuperado el 23 de agosto de 2005 en: http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf)