



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA**

**“LA TERAPIA COGNITIVA EN TRASTORNOS DE DEPRESIÓN E
IDEACIÓN SUICIDA”**

**TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MARTHA SUSANA ISAÍAS SILVA

JURADO DE EXAMEN

**TUTOR: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA
MTRA. MARÍA DEL SOCORRO CONTRERAS RAMÍREZ
MTRA. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE
MTRO. RUBÉN LARA PIÑA
LIC. MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BAROJAS**



MÉXICO, D. F.

Abril 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mis padres

Bucha y Chuy:

Quisiera tener las palabras adecuadas y acertadas que por sí mismas explicaran lo mucho que aprecio y agradezco lo que han hecho por mí, por lo que me han dado, por su apoyo incondicional, aún a estas alturas de la vida, por sus enseñanzas transmitidas, que me han hecho ser la mujer que soy y sobre todo por sus muestras de amor y de respeto hacia mi persona.

Con amor.

Susy.

A mis hermanos:

Mely, Chucho, Toño; Yuyo, Luis, Gus, Vero y Jorgito:

Gracias por estar, por su apoyo, por creer en mí, por sus muestras de cariño y por compartir este momento de mi vida.

Los Quiero.

A mis sobrinos:

Rashid, Hammed, Ángelo, Ivanna, Julio y Gabo

Son el regalo más grande que me ha dado Dios o la vida

Los quiero.

A mi abuela:

Por enseñarme lo que es el respeto a uno mismo, por tu fortaleza y tu gran amor a la vida y por conservar siempre tu buen sentido del humor.

Te quiero

A mi tía Martha:

Gracias por ser una tía presente a lo largo de mi vida por estar conmigo en el momento que te he necesitado, por tu apoyo y cariño.

A mis cuñadas (os) y ex cuñadas

Martha, Ale, Ángela, David y Adriana:

Gracias por sus muestras de confianza y cariño hacia mi persona.

Dra. Cristina Bottinelli:

Gracias por estar en este trayecto de mi vida por tus conocimientos y enseñanzas transmitidas a lo largo de este tiempo en supervisión que me han hecho crecer tanto en lo profesional como ser humano.

Con admiración, cariño y respeto.

Dra. Guadalupe Núñez:

Agradezco el acompañamiento que me has brindado en esta gran aventura de mi proceso personal.

Con respeto y cariño.

A mis amigos y compañeros de trabajo

Sandra García, Leódice Vieyra, Vicky Cordero, Jorge Rodríguez, Aída Rodríguez, Antonio Serrano, Illich Carballido, Melina Chávez

Gracias por compartir sueños, por los momentos agradables y no agradables, por ser unas personas que siempre me llenan de fortalezas para seguir adelante.

Los quiero

A mis maestros del diplomado

Lic. Arturo Manrique (tutor y coordinador del diplomado) y Lic. Brenda L. Nieto

Gracias por sus conocimientos transmitidos y por su preocupación por formar psicólogos con ética profesional.

Con cariño

Lic. Javier Ramos Cruz (Coordinador Operativo Saptel/CRM):

Gracias por tu apoyo para poder concretar este sueño tantas veces postergado.

Con respeto

A mis sinodales:

Mtra. María del Socorro Contreras Ramírez

Mtra. María Felicitas Domínguez Aboyte

Mtro. Rubén Lara Piña.

Lic. Miguel Ángel Martínez Barojas

Agradezco el tiempo que dedicaron para la revisión de este trabajo, así como sus observaciones y comentarios al mismo.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo I	10
1.1 Modelo de Intervención en Crisis	10
1.1.1 Orígenes de la Intervención en Crisis	11
1.1.2 El tratamiento de las Crisis Neurosis Traumática en la Segunda Guerra Mundial.	11
1.1.3 Las intervenciones en las etapas de duelo de Lindermann	12
1.1.4 Prevención del suicidio.	15
1.1.5 El movimiento de Clínicas comunitarias.	16
1.2 Influencias Teóricas.	18
1.3 Teoría de las Crisis	20
1.4 Algunas definiciones del concepto crisis	22
1.5 Tipos de crisis:	24
1.6 Modelo de Intervención en Crisis.	26
1.7 Tipos de intervención en crisis:	28
1.7.1 A) Primeros auxilios psicológicos (PAP) o de Primera instancia	29
1.7.2 B) Intervención de Segunda instancia, Terapia Multimodal para Crisis.	39
1.8 Los factores de riesgo suicida.	41
Capítulo II	50
2.1 Depresión e Ideación Suicida	50
2.1.1 Orígenes:	52
2.1.2 El Concepto de Depresión.	57
2.1.3 Clasificación de las depresiones:	58
2.1.4 Características de las depresiones:	59
2.1.5 Características de pacientes depresivos suicidas hospitalizados.	60
2.2 Marco histórico del suicidio	61
2.3 Depresión e intento suicida.	70
2.3.1 Ideación suicida.	71
2.3.2 Poblaciones especiales:	77
2.3.4 Algunas variables relacionadas con mayor riesgo de suicidio:	79
2.4 Aportaciones teóricas sobre el suicidio:	80
2.4.1 Cognitivo-sociales.	80
2.4.2 Modelos cognitivos conductuales.	84
2.4.3 Modelos conductuales.	85
2.4.4 Los modelos vinculares.	86
2.4.5 Los modelos socioculturales	89
2.5 Entendiendo el suicidio.	90
2.6 Tratamiento farmacológico del riesgo de suicidio asociado con trastornos depresivos:	92
Capítulo III	94
3.1 La Terapia Cognitiva en Trastornos de Depresión e Ideación Suicida.	94
3.2 El modelo cognitivo.	94
3.3 Procedimiento para aplicar la Terapia Cognitiva de Beck en Trastornos Depresión e Ideación Suicida.	101
3.4 Técnica de Inoculación de estrés	108
3.5 Incremento de los deseos suicidas durante la terapia.	109
Conclusiones	111
Referencias.	113
Anexo 1	117
Anexo 2	120
Anexo 3	122
Anexo 4	124

Resumen

El trabajo que se presenta se desarrolla de la siguiente manera: en primer lugar se hablará del Modelo de Intervención en Crisis, desde sus orígenes hasta el día de hoy, en segundo lugar, se señalan algunos aspectos de la Depresión e Ideación Suicida y por último se incluye de manera general los principales conceptos de la Terapia Cognitiva de Beck, así como una propuesta de aplicación de la misma, para dichos trastornos.

Introducción

El ser humano a lo largo de su vida puede estar ante diversas situaciones estresantes, que podrían provocarle una crisis y por lo tanto un desequilibrio emocional.

Una crisis según Slaikeu (1996) *“es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”* (p.16).

Estas pueden deberse a situaciones tales como: la pérdida del trabajo, la separación o divorcio, embarazo, adolescencia, desastres naturales o artificiales, entre otras.

No es sino a partir de la segunda guerra mundial que crece el interés por desarrollar un Modelo de Intervención en Crisis junto con otros movimientos como son: las intervenciones en las etapas de duelo, la prevención del suicidio y el movimiento de las clínicas gratuitas.

Ésta tendencia creció en virtud de la demanda que tenían los centros hospitalarios sobrepasando su capacidad para poder atender a tantas personas, además de que esto implicaba grandes costos, viéndose la necesidad de crear un método que fuera eficaz para atender de forma oportuna y adecuada a tantas personas. De ahí que se tendiera a desarrollar un modelo de intervención en crisis, el cual fuera no sólo un tratamiento breve, sino que también tuviera un costo bajo; y contrariamente a los sistemas tradicionales de ayuda psicológica fuera accesible a cualquier hora del día y del año.

Dichos Modelos de Intervención se han clasificado como Modelos de Intervención de Primera Instancia o Primeros Auxilios Psicológicos, los cuales tienen como meta establecer el equilibrio de la persona; y el Modelo de Intervención de Segunda Instancia o Terapia Multimodal para Crisis, cuya propósitos es resolver la crisis, los cuales pretenden dar una atención adecuada y oportuna de acuerdo a la situación que se presente.

Se aborda el tema: “La Terapia Cognitiva en Trastornos de Depresión e Ideación Suicida”, entrando éste dentro de un Modelo de Intervención en Crisis de Primer Orden y dentro de las Crisis Circunstanciales.

El incremento de los trastornos de la Depresión y Suicidio es un problema alarmante, tan sólo en México hubo 3,553 suicidios y 227 intentos de suicidio en 2005, según reporte del Instituto Nacional de Geografía y Estadística e Informática (INEGI) siendo también considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un problema de salud mental a nivel mundial; dicho organismo señaló el 10 de septiembre del 2007, al celebrar la Jornada Mundial de Prevención del Suicidio que *“cerca de 3000 personas se suicidan al día y otras 60,000 intentan hacerlo pero no lo logran... las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos 50 años.”* El reporte anterior lo emitió el Centro de Noticias de la OMS, en la fecha antes citada (www.inegi.gob.mx; <http://www.un.org/spanish/news>).

El interés por el estudio de la depresión data desde Hipócrates (460-370 a.c.) quien decía que la melancolía se caracterizaba por la aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia y lo atribuía a una sintomatología somática.

La palabra depresión proviene del latín *deprimere* que significa hundimiento o abatimiento, es un tono afectivo, basado en un sentimiento de tristeza, por otra parte el término suicidio surge en Gran Bretaña en el siglo XVII, siendo incluido

éste y de acuerdo a la Academia Francesa de la Lengua en 1762 como: "el acto del que se mata a sí mismo" (citado en Clemente, 1996:19).

El tema del suicidio a lo largo de la historia ha causado gran controversia por la forma en que éste ha sido visto; por una parte la iglesia católica, contribuyó a que se creara el estereotipo de suicida como "loco" ya que era mejor tenerlo en este concepto que saber que éste se había condenado al "infierno". *Anteriormente algunos filósofos como Sócrates abordaron este punto, dando argumentos en pro y contra del suicidio de tipo social y existencial principalmente* (Clemente, 1996).

Las creencias populares, motivadas por las leyes eclesiásticas de ese entonces, negaron la sepultura en Campo Santo al suicida promoviendo que en el caso de producirse este hecho se alegara enajenación mental si no se podía ocultar por otros medios de forma que se pudiera admitir al sujeto en los cementerios en aquel momento regentados por la iglesia. *De esta manera, la religión católica contribuyó a que se creara el estereotipo del suicida como loco, pues era mejor pensar que alguien allegado no era consciente de sus actos, una enfermedad mental, a saber que se había condenado al infierno eternamente* (Pelicier, 1985; en Clemente; 1996).

La filosofía se ha considerado más sincera al abordar el tema del suicidio, si bien no descarta la locura, generalmente resalta argumentos y razones pro y contra del suicidio tipo social y existencial principalmente, manteniendo una postura más realista y objetiva.

Durkheim (1990) señala: *"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 debía producir este resultado"* (p.16).

Este autor señala tres factores desencadenantes de éste y son: los individuos que componen la sociedad, su organización social y los acontecimientos pasajeros que

afectan el funcionamiento de la vida colectiva, sin alterar su constitución anatómica, como serían las crisis nacionales, económicas, etcétera., por lo que él considera que es la sociedad la que promueve e impulsa que el hombre se exponga a la muerte de manera indirecta e inconsciente.

El sistema de clasificación de trastornos psiquiátricos DSM-IV TR (2002), plantea la ideación suicida como un síntoma de muchas categorías diagnósticas, en las que aparecen ideas y actos suicidas.

Las ideas suicidas que no han sido convertidas en actos se hallan prácticamente presentes en toda depresión, constituyendo un síntoma de los más importantes (Costa, 1992; en Ayuso, 1997).

Los trastornos de depresión y suicidio son un tema de interés desde épocas remotas y el aumento de éstos es cada vez mayor, de ahí la importancia de realizar estudios, que no sólo vayan encaminados a saber cuántas personas han presentado riesgo suicida o el número de personas que lo han logrado, sino que deberían de avocarse más hacia la prevención del mismo, ya que no sólo tiene implicaciones a nivel individual, sino también, a nivel económico y social.

Si bien es cierto, que este trabajo es monográfico, y tal vez puede ser ambicioso, pretende dar pie a que se realicen en nuestro país investigaciones relativas a este asunto, ya que aún habiendo estadísticas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2005) relacionadas con el riesgo suicida y con el suicidio consumado, no existen estudios en cuanto a la depresión e ideación suicida, aspectos que deberían considerarse como una tarea del profesional de salud a fin de prevenir el riesgo suicida.

En la experiencia personal y de acuerdo al modelo SAPTEL de Cruz Roja Mexicana (Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis) , aún cuando hay un Modelo de Intervención en Crisis y una Cédula de

Registro con la historia clínica del usuario y en uno de sus puntos evalúa el riesgo suicida; sobre todo tratándose de casos de depresión; no se llega a trabajar con la ideación suicida, si es que la persona la presentara al momento de hacer la llamada, y aún cuando se hace una indagación de intentos anteriores evaluándose el grado de gravedad del mismo como pseudo intentos o intentos serios, y en otros casos al no tener un buen manejo de éste se abre la posibilidad del suicidio.

La mayoría de las veces queda como puro formulismo, sin tratar la desesperanza por mencionar algo, como tampoco lo que la persona pudiera estar pensando sobre el suicidio en ese momento, las circunstancias que lo llevan a tomar una decisión tan drástica, aspectos importantes que sirven para determinar no sólo el tipo de atención que deberá emplearse sino también, para saber si es de la competencia del profesional de la salud mental o hay que buscar otras alternativas a fin de dar un mejor servicio.

Esta situación debe ser no sólo evaluada sino también, debe ser trabajada, y para tal efecto se propone hacerlo desde la Terapia Cognitiva de Beck.

La terapia cognitiva de Beck, propone que las ideas de los hombres, en función de su experiencia, crean sus categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan su realidad; y desde ellas, orientan la conducta, es decir, *el sujeto realiza conductas concretas en función de sus percepciones determinadas de la realidad* (Beck, 1983).

Dicha terapia ha demostrado su eficacia en este tipo de trastornos básicamente los relacionados con la depresión, pero puede abrir la brecha hacia casos de ideación suicida.

Por otra parte es importante no olvidar que el trabajo del psicólogo es brindar apoyo a la persona que lo solicita ya sea por medio de la línea telefónica o bien en el consultorio. Si bien es cierto que no depende del psicólogo que la persona

decida estar con vida, sí es su labor “convencer” a la persona de que haga un alto con el objeto de trabajar con ella misma esas ideas que no le permiten tal vez funcionar como habitualmente lo venía haciendo, es decir, con aquéllas que le aquejan y ver la posibilidad de que se permita cambiarlas o dirigirlas hacia otro lugar más positivo, con el único fin de poder preservar la vida del individuo.

Capítulo I

1.1 Modelo de Intervención en Crisis

La ayuda psicológica tradicional frecuentemente no está disponible para personas que están experimentando una situación emocional o de estrés, por la inmediatez y urgencia de los problemas de la vida real, por la aparente inmovilidad o inhabilidad de cada persona para moverse hacia su resolución satisfactoria por sí mismos, ante una situación de crisis en la cual el resultado es inevitable una rápida acción correcta es por consiguiente importante. Una intervención oportuna en el momento de la crisis no sólo permite aliviar la crisis, o que la persona tome decisiones sino también puede ser más efectiva que muchos años de terapia posterior.

Una justificación para el concepto de crisis no es difícil de encontrar, debido a que muchos individuos han estado en una crisis psicológica y encontraron que clínicas y hospitales estaban inaccesibles cuando ellos estaban al máximo de la crisis, ya que las instituciones de salud mental laboraban de 9 a 5 pm, así mismo, algunos individuos manifestaron que han tenido experiencias negativas o de rechazo de algunas instituciones tradicionales para su tratamiento, en el cual puede parecer (a una persona que está necesitando ayuda) que se encuentran mas preocupados por llenar las formas que en escuchar su problema. Las instituciones establecen su propia forma de operar, lo que les impide estar sensibles o dispuestas a enfocarse a ciertos problemas humanos como: el aborto, o problemas de la adolescencia (Weiner, 1992).

Han surgido diversos movimientos de salud mental dentro de los que se encuentra la teoría del inconsciente en la última parte del siglo XIX, el descubrimiento de las phenothiazinas y el modelo de intervención en crisis, el cual requiere de personal voluntario y profesional y que se originó como un intento de servir a las

necesidades de los individuos y como una parte de la solución a dichos movimientos (Tapp y Spanier, 1973; en Weiner, 1992).

1.1.1 Orígenes de la Intervención en Crisis

Son varias las circunstancias que dieron origen a la intervención en crisis. En la mayoría de los casos en que se realizaron intervenciones terapéuticas de urgencia, dependiendo de la situación se requería de acciones o atención inmediata, y por lo regular se trataba de tal cantidad de individuos que no era posible atenderlos con los recursos terapéuticos acostumbrados, además resultaba sumamente difícil recopilar tantos antecedentes personales.

Las primeras preocupaciones en torno al papel que ocupan los sucesos externos en la salud del individuo se inician a mediados de los años treinta. En este tiempo el médico holandés Querido, por imperativos económicos y para reducir la hospitalización psiquiátrica desarrolló las primeras intervenciones (Martínez, 1995; en González, 2003).

Para el desarrollo de la intervención en crisis han contribuido 4 movimientos que a continuación mencionaremos y explicaremos: El tratamiento de neurosis traumática durante la segunda guerra mundial, las intervenciones en las etapas de duelo con Lindermann, el interés en la prevención del suicidio y el movimiento de clínica gratuitas.

1.1.2 El tratamiento de las Crisis Neurosis Traumática en la Segunda Guerra Mundial.

La segunda guerra mundial, trajo como consecuencia trastornos y situaciones estresantes en las relaciones familiares, lo que originó una gran necesidad de

ampliar los servicios psicológicos, para dar tratamiento a un gran número de soldados quienes experimentaban estrés relacionado con la neurosis; nuevos tratamientos fueron desarrollándose ,a corto plazo, después de que ocurría que el individuo perdía el control y presentaba problemas de conducta, ésta podría consolidarse e incorporarse en el ajuste total de los soldados (Grinker y Spiegel, 1944, 1945, Kardiner, 1941; en Weiner, 1992).

Para prevenir el derrumbe de la autoestima, los individuos se mantuvieron en su unidad y les dieron pocas tareas estresantes. Estas formas tempranas de intervención en crisis fueron altamente efectivas en aliviar los síntomas de neurosis y previniendo que los individuos se refugiaran en patrones de conducta maladaptativas. Esto sirvió para saber los principios de la Teoría de las crisis, la intervención a tiempo no sólo es efectiva para el trastorno sino también es preventiva.

1.1.3 Las intervenciones en las etapas de duelo de Lindermann

La siguiente etapa que identifica el origen de la intervención en crisis es el trabajo de Eric Lindermann (1944; en Caplan, 1985) en el cual describe el tratamiento de las reacciones de dolor de los familiares de las personas que habían muerto en el incendio del centro nocturno de Coconut Grove en Boston el 28 de noviembre de 1942, como un clásico estudio sobre intervención en crisis.

Lindermann comparó breves y prolongadas reacciones de dolor en individuos, y concluyó que la duración de éste fue en función del proceso de pérdida o cómo el individuo manejaba el duelo.

Lindemann y otros colaboradores del hospital General de Massachusetts desempeñaron un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes, aquéllos que perdieron un ser querido en el desastre. Su informe clínico (Lindermann, 1944) acerca de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue piedra angular para

teorías subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida.

Contribuyó al entendimiento del proceso normal del duelo y demostró que los individuos pueden ser ayudados durante el proceso, estableciendo así un tratamiento de intervención en crisis eficaz. Una de las aportaciones más importantes de Lindermann para la formulación de las teorías de las crisis, es que la conducta en situaciones de crisis es única, está relacionada con una situación de crisis de sí mismo y no por una personalidad premórbida, como postulan algunos psiquiatras tradicionales (Kaplan, 1968; en Weiner, 1992). Lindermann describe varias características asociadas con el desorden de estrés:

a) Usualmente son de naturaleza extrema, con un inicio determinado y relativamente de breve duración, b) El número de alternativas o medidas de acción está limitada para adaptarse o desadaptarse, c) Los posibles cursos de acción son identificables y predecible su resultado, d) Los síntomas que se observan en el estrés son usualmente transitorios, el individuo lucha por resolver sus problemas o situación antes de que haya signos de “desorden mental” e) Las características psicológicas presentadas para cada situación son específicas.

Desde el trabajo de Lindermann otros investigadores han estudiado las crisis relacionadas con el duelo. Weiner (1992) informa que: Graus y Lilienfeld, en 1959; Madison, en 1968; Parkes, en 1964; Parkes, Benjamín, y Fitzgerald, en 1969, se refirieron a los estados de transición y nacimiento prematuro. Estos estudios se han apoyado en la teoría de patología transicional asociada con estados de crisis de Lindermann.

Los trabajos de Lindermann y su colaborador Caplan, no únicamente contribuyeron al trabajo en la formulación de las crisis, sino también influyó en el desarrollo de las primeras clínicas para crisis. Éstas fueron apoyadas frecuentemente por clínicas y hospitales. Caplan inició un proyecto en el estudio de crisis en el Centro de Orientación para Familias en Harvard (1954), otros

facilitaron el tratamientos en crisis y siguieron tempranamente en 1950 en Galveston (Ritchie,1960; en Weiner,1992), clínica de problemas de asesinato de Bellak en Elmhurst, New York 1958 (Trouble-Shooting clinic), en el Langley Porter Clinic en San Francisco (Kalis, 1961; en Weiner, 1992);en el centro Benjamín Rush en los Angeles (Jacobson, Wilner, Morley, Schneider, Strickler, y Sommer, 1965; en Weiner, 1992), Hospital general de Cincinnati (MacLeod y Tinnin, 1966; en Weiner,1992) y en el Hospital general de Massachusetts en Boston (Sifneos, 1964; en Weiner, 1992).

A partir de los principios dados por Lindermann, Gerald Caplan, también miembro del Hospital General de Massachusetts y de la Escuela de Salud Pública de Harvard, fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos. Estableció el asunto de modo muy breve, *“un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis”* (Caplan, 1964: 35; citado en Slaikeu, 1996).

Si una investigación de pacientes psiquiátricos adultos concluyera que las crisis o transiciones tratadas en forma deficiente conducen a desorganizaciones y enfermedad mental subsecuentes, entonces la prevención debería contemplarse por transiciones del desarrollo en la infancia y en la adultez temprana. La teoría de la crisis de Caplan, en consecuencia, “se incluyó en la estructura de la psicología del desarrollo de Erickson (1963), en la que los seres humanos fueron concebidos como susceptibles de crecer o desarrollarse a lo largo de una serie de ocho transiciones clave” (citado en Slaikeu; 1996: 7).

El interés de Caplan fue cómo la gente trataba las diversas transiciones de una etapa a otra. Pronto identificó la importancia de los recursos personales y sociales en determinación de si las crisis del desarrollo (lo mismo que las incidentales o inesperadas) resultarían en un mejoramiento o empeoramiento.

La psiquiatría preventiva de Caplan (1985), y su enfoque sobre la intervención temprana para procurar el crecimiento positivo y aminorar el riesgo de un deterioro psicológico, lo condujeron a un énfasis de la consulta en salud mental.

Puesto que muchas de estas crisis precoces podrían ser identificadas y aún pronosticadas, se hizo muy importante prevenir y adiestrar a diversos practicantes comunitarios para ayudar a niños y adultos jóvenes a manejar este tipo de desorganización. El papel del profesional de la salud mental se convirtió en un asistente de maestros, enfermeras, clero, consejeros orientadores y otros, en cuanto al aprendizaje para detectar y abordar las crisis en establecimientos comunitarios.

1.1.4 Prevención del suicidio.

Las inminentes crisis de suicidio han ocupado por largo tiempo una posición visible en el estado de crisis, consecuentemente han impulsado la intervención en crisis derivada de los movimientos de prevención del suicidio. En Bretaña los “protectores” o movimientos samaritanos se iniciaron en 1953, dirigido por el reverendo Chad Varah; este grupo se preocupaba por poner personas con el objetivo de prevenir el suicidio, proporcionando compañía a personas que se identificaban a ellas mismas en crisis (Bagley, 1971; en Weiner, 1992).

En 1958 se establece el primer centro de prevención del suicidio en los Angeles (Farberow y Schneidman, 1961; en Weiner, 1992). El éxito en el manejo del suicidio relacionado con las crisis fue posible por algunos momentos innovadores de decisión, los cuales fueron subsecuentemente incorporados en los movimientos de intervención en crisis (Farberow, 1968; en Weiner, 1992). Esto incluyó el desarrollo del teléfono como un medio básico de comunicación con personas que necesitaban ayuda, la institución daría el servicio todo el día y en fines de semana, e incluiría personal no profesional que proporcionaría al paciente atención directa.

A principios de la década de 1960 el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en E.U.A., al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan. Centros como Prevención del Suicidio y Atención en Crisis en los Ángeles y Erie County (Búfalo) ofrecían durante las 24 horas los 365 días del año líneas telefónicas directas para la prevención de suicidios vinculados a la mentalidad activista social de la época: los centros se apoyaron mucho en los esfuerzos de voluntarios no profesionales y paraprofesionales para sus programas de orientación por teléfono (McGee, 1974; en Slaikeu, 1996). Si bien los centros inicialmente se dedicaban a la prevención de suicidios, la mayor parte cambiaron rápidamente a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis. La idea fue efectuar una asesoría de apoyo disponible inmediatamente por teléfono a cualquier hora del día o la noche. Este planteamiento fue ampliamente desarrollado para incluir una función de alcance extremo con la que los colaboradores pudieran, cuando fuera necesario, viajar a hogares, estaciones de autobús, campos de recreo y sitios similares para proporcionar la intervención en el lugar mismo del incidente (McGee, 1974; en Slaikeu, 1996). Las técnicas adecuadas sólo para asistir telefónicamente durante las crisis tuvieron que desarrollarse (Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; Slaikeu y otros, 1973; Slaikeu y otros, 1975; citados en Slaikeu, 1996). La principal estructura teórica de este trabajo, se apoyó en la orientación para crisis vital de Caplan. La idea fue comprender la grave desorganización y perturbación en términos de la teoría de las crisis, en todos los casos, lo mismo en las crisis de suicidio que en las de divorcio, desempleo, maltrato conyugal o rebeldía del adolescente.

1.1.5 El movimiento de Clínicas comunitarias

El desarrollo de clínicas comunitarias representa la más reciente contribución al movimiento de intervención en crisis y proporciona la principal experiencia; justo hace pocos años, la escena de la salud mental atestiguó el crecimiento de un gran número de servicios de tratamientos no tradicionales: la atención o el foco de cada

intervención de ayuda ha ido proporcionando el manejo de las crisis para aquellos individuos que no tenían algún lugar para ir.

Posteriormente y conforme crecía la demanda de estos servicios, ya no sólo se dedicaron a la prevención del suicidio sino que empezaron a tratar diversos problemas como: atención a homosexuales, orientación antialcohólica, servicio telefónico de urgencia para casos de abuso, problemas de farmacodependencia, enfermedades venéreas y programas de orientación de urgencia. Estos tratamientos se iniciaron con profesionistas como: psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, sin embargo muchas están constituidas por ciudadanos comunes y estudiantes (Weiner, 1992).

Paralelamente al crecimiento de los centros de prevención para el suicidio se presentó la urgencia formal de los movimientos comunitarios de salud mental en E.U.A. Como medida para ejecutar las recomendaciones de la Comisión del Congreso Estadounidense para la Salud y Enfermedad Mental en 1961, y con el apoyo activo de la administración de Kennedy, el Congreso aprobó el acta de los Centros Comunitarios de Salud Mental en 1963. En concordancia con el propósito de proveer servicios de salud mental en medios comunitarios (esto es, sin restringirlos a los hospitales) un énfasis en la intervención temprana se dirigía a preservar los problemas menores lejos de un desarrollo que los convirtiera en patologías graves. La intervención en crisis y servicios de urgencia (las 24 horas del día), se consideraron como una parte integral de cualquier sistema de salud mental en una comunidad extensa, tanto, que una fundación federal era imposible, a menos que un componente de servicios de urgencia fuera incluido en cualquier programa de los centros. Aún cuando el establecimiento del concepto de salud mental comunitaria afrontó obstáculos muy pronto (Bloom, 1977; en Slaikeu, 1996), la preeminencia del componente de servicios, establecido dentro de la estructura de la crisis, ha perdurado. El sistema de servicio equilibrado de los años de 1970 identificó cinco áreas de programación (Comisión Mixta de Acreditación

de Hospitales, 1979; en Slaikeu, 1996): a) Servicio, b) Administración, c) Participación Ciudadana
d) Investigación y evaluación y e) Capacitación del personal. El área de servicios fue subdividida en ocho subáreas, dos de las cuales (estabilización de las crisis y crecimiento) incluyen actividades comprendidas bajo la noción Caplaniana de intervención durante las crisis vitales.

Mientras los programas de intervención en crisis se desarrollaban en la década de 1960 y 1970, comenzó a surgir bibliografía sobre intervención. En publicaciones de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social aparecieron numerosos informes de casos sobre cómo ayudar a individuos y familias en crisis. Se publicaron órganos informativos específicamente para tratar temas sobre las crisis, como Crisis Intervention y Journal of life Threatening Behavior. También según varios autores de los años de 1973 a 1979 (Slaikeu, 1996) se editaron numerosos libros con instrucciones prácticas sobre “cómo hacer” la intervención en crisis.

Durante este tiempo (Slaikeu, 1996) los investigadores como: Fowler y McGee, 1973; Heaton y otros, 1972; Knickerbocker y McGee, 1972; Slaikeu y cols., 1975; Slaikeu y cols., 1973; dirigieron su atención a programar la evaluación en los centros de atención en crisis.

Con su apoyo en el tratamiento breve, la intervención en crisis se valoró más aún, en tanto que las restricciones económicas condujeron al énfasis sobre la utilización diligente de los escasos recursos. Por ejemplo Cummings y sus colaboradores en el Kaiser Permanente de California demostraron la eficacia del costo en psicoterapia breve (un promedio de 6.2 sesiones) en un plan de salud pagado por adelantado (Cummings, 1977). Esta innovadora terapia a corto plazo fue más efectiva que la psicoterapia a largo plazo, compensándose su costo con la reducción de los cuidados médicos futuros. Por lo tanto la intervención en crisis, desempeña un papel importante en los paquetes de servicios de salud completos.

Más allá de la necesidad de economizar, de cualquier modo, el interés renovado en la intervención en crisis fue catalizado por la sugestividad del concepto de crisis. El dolor emocional y el sufrimiento están limitados en el tiempo y puede, potencialmente, haber resultados positivos o negativos a largo plazo.

Baldwin (1979; en Slaikeu, 1996), sugiere que el modelo de intervención en crisis, en virtud de su carácter interdisciplinario fuerte tanto en la teoría como en la práctica, puede conducir a una influencia unificadora entre los profesionales de salud. Estas ideas son congruentes con el creciente énfasis en la interconexión del cuidado de la salud mental y física en el tratamiento integral de la persona.

1.2 Influencias Teóricas.

Moos (1976; en Slaikeu, 1996), identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de las crisis: La primera es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales al ambiente, la idea de Darwin de la supervivencia del más apto, analiza la lucha por la existencia entre los organismos vivos en relación con su medio, sus ideas condujeron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio (Moos, 1976: 6; en Slaikeu, 1996).

Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano. Las preguntas básicas conciernen a la motivación y al impulso. La idea de Freud de que la motivación es un intento de reducir la tensión fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada años más tarde por teóricos como Carl Rogers (1961; en Slaikeu, 1996) y Abraham Maslow (1954; en Slaikeu, 1996), quienes hicieron énfasis en la realización y el crecimiento positivos del hombre. Ambos se enfocaron en la

tendencia de los seres humanos hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes.

La premisa de autorrealización del hombre es congruente también con el énfasis de Buhler (1962; en Slaikeu, 1996) y otros para quienes la conducta humana es intencional y está constantemente dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas. Este último concepto es un punto esencial de las teorías en las que se considera a las crisis como momentos en que los propósitos se ven obstaculizados o súbitamente parecen inalcanzables.

El enfoque de Erikson (1963; en Slaikeu, 1996) del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia para la teoría de la crisis. La visión de Erikson en cuanto a ocho etapas, cada una de las cuales presenta un reto, transición o crisis proporcionó una alternativa para la teoría psicoanalítica primitiva, que sugiere que la vida se basaba esencialmente en los sucesos de la infancia y la niñez muy temprana. La teoría de las etapas de Erikson suponía que, con cada transición el desarrollo subsecuente estaba “en la línea”, por así decirlo. Un adolescente que no pudo resolver la crisis de identidad frente a una confusión de roles, al hacer elecciones sobre su carrera, sus creencias y compromiso matrimonial corrió el riesgo de obnubilarse y confundió sus decisiones de adulto mientras el conflicto original se resolviera.

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis surgió de datos empíricos sobre cómo los humanos lidian con el estrés vital extremo. Los estudios en este ámbito incluyen luchar con traumas de los campos de concentración, la muerte repentina del cónyuge o parientes, cirugía mayor, la lenta agonía de un niño y los desastres. Al generalizar este concepto para incluir el impacto de una serie de sucesos de menor importancia, Holmes y sus colaboradores demostraron cierta relación entre el estrés asociado con sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad (Holmes y Masuda, 1973; en Slaikeu, 1996).

1.3 Teoría de las Crisis

Todos los seres humanos alguna vez en la vida han experimentado situaciones o circunstancias que precipitan una gran desorganización emocional, perturbación y trastorno en las estrategias previas de enfrentamiento al desequilibrio emocional. Son estados de crisis las etapas concretas del desarrollo, o las situaciones que llegan de improviso y que toman por sorpresa a la persona, no teniendo oportunidad de utilizar los mecanismos de adaptación adecuados para el manejo de la situación inesperada (Slaikeu, 1988; en González, 2003).

La crisis va a aparecer en la vida de un individuo cuando un determinado suceso o situación amenaza con alterar su equilibrio personal. Dependiendo de sus recursos adaptativos, así como de la ayuda que pueda recibir del exterior, esta crisis podrá solucionarse de forma constructiva favoreciendo el propio proceso de maduración personal.

La crisis es relativa, en el sentido de que lo que pueda ser crítico para una persona no tiene por qué serlo para otras.

Caplan (1985) caracterizó los periodos de crisis, como: alteraciones psicológicas agudas, alteración que más que un signo de trastorno mental parece resultar de la lucha por lograr un ajuste y adaptación frente a un problema tempranamente insoluble. Estos problemas radican en situaciones nuevas que el individuo no puede manejar con los mecanismos de superación y defensa que ya posee.

Para Caplan (1985), *“la crisis es un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, cuyo desenlace en cualquier ejemplo particular depende hasta cierto punto de la forma en que se maneje la situación. Los individuos que logran dominar una experiencia penosa, resultan a menudo*

fortalecidos y más capacitados para encarar en forma efectiva en el futuro no sólo la misma situación sino también otras dificultades” (p. 53).

Este autor señala que una crisis es: un estado provocado, cuando una persona encara un obstáculo a las metas importantes de la vida, que por un tiempo, resulta inmanejable por medio de la aplicación de métodos usuales para resolver problemas. Sigue un periodo de desorganización y de perturbación durante los cuales se hacen diversos intentos que abortan en la solución de problema. Eventualmente se consigue algún tipo de adaptación que puede o no ser de interés para la persona y sus parientes.

Taplin (1971) subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su “mapa cognoscitivo” para manejar situaciones nuevas y dramáticas (González, 2003).

Schulberg y Sheldon (1968; en Slaikeu, 1996) se enfocan sobre la interacción entre el estado de crisis subjetiva y algunas situaciones ambientales objetivas.

El estado de crisis se caracteriza por un desequilibrio y trastorno emocional que puede afectar diversos aspectos de la vida de una persona, los cuales provocan sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones y funcionamiento inadecuado.

1.4 Algunas definiciones del concepto crisis

Un análisis semántico de la palabra crisis revela conceptos que son ricos en significado psicológico. El término chino de crisis (Weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo (Wilhelm, 1967; en Slaikeu, 1996). La palabra inglesa se basa en el griego Krinein, que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un momento crucial durante el

que habrá un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scout, 1968; en Slaikeu, 1996).

Crisis, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, quiere decir “mutación considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el enfermo” (Real Academia de la Lengua, 1992; citado en Worn, 2004).

La crisis es una experiencia subjetiva. Algunas personas pueden sobrellevar una agresión relativamente masiva sin consecuencias aparentemente anormales, mientras que otras se derrumban ante un estrés aparentemente leve. Sea cual fuere su origen, una crisis amenaza con agotar los recursos psicológicos de una persona. Esta amenaza puede resultar de la magnitud del peligro o de la fragilidad de la persona que lo experimenta, o bien originarse de una característica especial del problema presentado que desafía la vulnerabilidad de un individuo de forma particularmente amenazadora (Hyman, 1996; en Slaikeu, 1996).

“Una crisis es una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico” (Lillibridge & Klukken, 1978; citado en Bloch, 2001: 29).

Para Aguilera y Messick (1976) una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva se siente desamparada, envuelta en un estado de gran trastorno emocional e incapaz de actuar por su propia cuenta.

Erik Erikson (1950; citado en Bloch, 2001) señala que: *“la crisis ya no connota una catástrofe inminente...(en vez de ello) designa un punto crítico necesario, un momento crucial en el que el desarrollo debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación y una mayor*

diferenciación” (p. 30). La definición de Erikson, se refiere a lo que denominamos crisis evolutivas, pero se aplica perfectamente a todas las crisis vitales.

Para Slaikeu (1996), “una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (p. 16).

Para Gómez del Campo (1994), una crisis es una combinación de situaciones de riesgo que en la vida de una persona coinciden con su desorganización psicológica y su necesidad de ayuda.

La crisis representa tanto el trastorno mental como la oportunidad del crecimiento de una persona. Las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad de resolver problemas, la ayuda externa es crítica para determinar cómo tomaron los individuos sus decisiones, es decir, el punto de partida o punto decisivo para el cambio.

Un estado de crisis es entonces una situación límite en donde la persona pierde momentáneamente la capacidad del manejo de la situación, mientras dura la crisis y que es en estos momentos cuando la persona es más receptiva a la ayuda del exterior. La crisis genera ansiedad, desorganización y desequilibrio emocional, pero no siempre es negativo o destructivo, ya que las crisis pueden ayudar a crecer y desarrollar las potencialidades de las personas llevándolas a niveles de funcionamiento óptimo.

1.5 Tipos de crisis:

Tradicionalmente, la crisis se dividía en dos grupos: crisis evolutivas y crisis circunstanciales.

La crisis evolutiva puede definirse según Caplan (1964; citado en Bloch, 2001) como una *“situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones de roles, etc.”* (p.30). De tal manera, estos son eventos de nuestro desarrollo físico y psicológico normal que pueden activar una respuesta de crisis.

Las crisis evolutivas o de desarrollo incluyen (Bloch, 2001):

- * Concepción y esterilidad.
- * Embarazo, parto, nacimiento.
- * La infancia y la niñez temprana.
- * La adolescencia.
- * Las crisis que involucran la identidad sexual.
- * La crisis de madurez, incluyendo el cambio de carrera.
- * La jubilación.
- * El envejecimiento.
- * La muerte.

La crisis circunstancial se refiere a situaciones que se encuentran principalmente en el ambiente tales como (Caplan, 1964; en Bloch, 2001):

- La pérdida de una fuente de satisfacción de necesidades básicas, tales como la muerte, la separación de la persona amada, o la pérdida de la integridad corporal, como una enfermedad que conduzca a la parálisis.
- El peligro (o la amenaza) de semejante pérdida.
- Un desafío que rebase las capacidades de una persona, tal como una promoción inesperada, para la cual la persona no está adecuadamente preparada.

Gilliland y James (1993; citado en Bloch, 2001) afirmaron: *“una crisis circunstancial surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que un individuo no tiene ninguna manera de prever o controlar...tales como los accidentes automovilísticos, secuestros, violaciones, compras corporativas y*

pérdida de trabajos, enfermedades súbitas y la muerte. La clave para distinguir la crisis circunstancial de otras crisis es que ésta es azarosa, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica” (p.15).

Las crisis circunstanciales incluyen (Bloch, 2001):

- * La crisis sexual: violación, incesto.
- * El aborto.
- * El suicidio.
- * La enfermedad aguda o crónica.
- * El alcoholismo y abuso de sustancias adictivas.
- * El divorcio o la separación (ambos desde el punto de vista del individuo y la familia)
- * Maltrato a los niños, cónyuges, personas mayores.
- * La crisis familiar.
- * La viudez.
- * Víctimas de accidentes.
- * Víctimas de crímenes.
- * Choques culturales.
- * Huidas.
- * Las relacionadas con el trabajo: promoción, pérdida del trabajo, traslados.
- * Secuestros.
- * Desastres naturales y artificiales.

Gilliland y James (1993; citado en Bloch, 2001) han desarrollado el concepto de crisis existencial, el cual se refiere a *“los conflictos internos y la ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas del propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso” (p.31).*

1.6 Modelo de Intervención en Crisis.

Se han desarrollado varias formas de psicoterapia breve que utilizan un cuadro psicoanalítico de referencia. Entre estas está la psicoterapia de emergencia o breve, desarrollada por Bellak y Small (1965; en Garfield, 1994).

Una de sus características es la de ofrecer servicios de emergencia las 24 horas de día, para que los individuos que se encuentran en alguna crisis puedan obtener ayuda inmediata, ya que algunos individuos que buscan ayuda en estas circunstancias, tal vez no se decidan a hacerlo cuando la crisis aminora. El tratamiento en estas circunstancias también puede ser eficaz en cuanto que el individuo a quien se le ayuda para superar esa situación de crisis, logre reintegrarse a sí mismo y volver a su nivel anterior de adaptación con relativamente pocas sesiones de terapia. Además, la intervención en tiempo de crisis suele también tener una función preventiva en cuanto que puede evitar un patrón más crónico y más grave de adaptación.

Debido a lo breve del tratamiento, el terapeuta tiene que estar especialmente alerta respecto a la conducta y a las comunicaciones del cliente, tiene que valorar rápidamente las fuerzas, los puntos débiles, la situación de vida del cliente, y llegar pronto a un punto de vista de conjunto del problema.

La forma breve de terapia de emergencia parece lo indicado en casos de crisis manifiesta, cuando el individuo está agudamente perturbado, experimentando alguna inquietud muy grave, o cuando se advierte una amenaza a la vida del paciente o a la de otros. La valoración de la terapia para crisis se fundamenta en que:

- Se debe ser capaz de valorar el impacto del incidente de crisis en todas las cinco áreas de funcionamiento de la persona-comportamiento, sentimientos, salud corporal, relaciones interpersonales y cognición...

- Los cinco subsistemas CASIC, aunque valorados por separado, se interrelacionan de manera que puede esperarse que los cambios en uno conduzca al cambio en los otros.
- Es importante valorar tanto las fortalezas como las debilidades en el funcionamiento CASIC durante la crisis, y siempre que se pueda, movilizar las primeras para apuntar a las segundas.
- La valoración de la crisis de un individuo debe incluir las variables del entorno del ambiente familiar/social, la comunidad y la cultura, puesto que estas variables suprasistemáticas tienen un peso directo sobre el éxito o fracaso de las estrategias de intervención
- Los procesos de valoración deben organizarse para permitir la evaluación al final de la terapia, y en varios puntos del seguimiento. Esto incluye la necesidad de rastrear diversas variables de la personalidad desde el periodo anterior a la crisis, durante la misma y en la etapa posterior a ella, como medio para la medición del crecimiento.
- La meta de la valoración no es crear una clasificación diagnóstica, sino también, proporcionar un perfil del funcionamiento CASIC previo a la crisis en el entorno de un funcionamiento CASIC de precrisis que sea similar, y ambos producirán pautas concretas para la selección de las estrategias de tratamiento.

La terapia breve tiene características importantes (Garfield, 1994):

- Hace énfasis en lo que se llama el foco seleccionado de la terapia. Un aspecto de éste es descubrir por qué busca ayuda el paciente precisamente en este momento determinado. De esta manera se enfoca hacia la crisis actual que no permite al paciente actuar como lo hace habitualmente.
- Un segundo énfasis muy importante es la oportunidad. Al igual que la terapia de emergencia de Bellak y Small, se debe tener lista la terapia precisamente cuando el paciente está angustiado y busca ayuda. En estas

circunstancias los conflictos están activos y se considera que están en condiciones muy propicias para la intervención terapéutica.

La terapia que a la vez ayuda al paciente a superar la crisis y a volver a un estado más tranquilo, también sirve para volverlo a un nivel normal de actividad. Después de la concentración inicial sobre las razones por las que busca ayuda precisamente en este momento, se suele sugerir un periodo de diálogo un poco libre: Esto permite al terapeuta obtener algún conocimiento acerca de los elementos dinámicos de la crisis actual, los factores que causan el conflicto actual o que están relacionados con la tensión que está dando origen al desorden actual. Se supone que esta exploración y profundización facilitan “el establecimiento de un nuevo equilibrio de adaptación” (Garfield, 1994).

La terapia Breve, es entonces un tratamiento que se elige en una situación de crisis, es de tiempo limitado, en donde el proceso de ayuda debería llevarse tanto tiempo como el que toma a la mayoría de las personas recuperar el equilibrio después de un incidente de crisis, o alrededor de seis semanas (Caplan, 1964; en Bellak, 1980).

La mayoría de los escritores describe la intervención en crisis como algo que se lleva en cualquier parte de 1.a 6 semanas después de la crisis.

El tener menos sesiones plantea ventajas económicas claras y el proporcionar terapia durante la proximidad de la crisis tiene también sus ventajas terapéuticas adicionales. Se elevan al máximo las oportunidades del paciente para crecer mediante una crisis al brindarle asistencia para auxiliarlo a obtener el dominio de la situación, y a moverse hacia la reorganización de una vida desorganizada.

Las metas de la terapia breve son (Slaikeu, 1996):

- a) ayudar a la persona a recuperar el funcionamiento que tenía antes de la crisis
- b) Restaurar el equilibrio.
- c) Reorientar la capacidad del individuo para enfrentar las situaciones

1.7 Tipos de intervención en crisis:

Los tipos de intervención en crisis (Slaikeu, 1996) son:

- a) Intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos: tiene como meta establecer el equilibrio de la persona.
- b) Intervención de Segunda instancia o Terapia multimodal para crisis: tiene como meta resolver la crisis.

1.7.1 A) Primeros auxilios psicológicos (PAP) o de Primera instancia

Abarca la asistencia inmediata y lleva sólo una sesión pretendiendo dar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda, puede tomar de minutos a horas, según la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y habilidad del asistente.

Propósito: otorgar apoyo, reducir el peligro y enlazar con los recursos de ayuda y se encamina hacia esas áreas, no se hace ningún esfuerzo por completar la resolución psicológica de la crisis y ésta puede ofrecerse en cualquier parte.

La meta de la intervención de primera instancia es establecer el enfrentamiento inmediato. Caplan (1964; en Slaikeu, 1996) señala que las crisis vitales se caracterizan por un colapso de las capacidades en la solución de problemas y enfrentamiento que antes eran adecuadas.

El elemento común de cada una de estas es un modelo básico de resolución de problemas que se corrigen a la luz de las emociones intensas de las situaciones de crisis y son (Slaikeu, 1996):

a) Realización del contacto psicológico: empatía o sintonización con los sentimientos de una persona durante la crisis, escuchar tanto los hechos como los sentimientos, utilización de lineamientos reflexivos para que la persona sepa que escuchamos lo que está diciendo.

La tarea del asistente es escuchar cómo el cliente visualiza la situación, y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja.

Sirve para reducir el dolor de estar solo durante la crisis.

b) Reconocer y legitimar los sentimientos de ira, dolor, temor, etcétera, ayudan a reducir la intensidad emocional, por la que la energía puede reorientarse a hacer algo acerca de la situación.

c) Examen de los componentes del problema: evaluación y dimensiones o parámetros del problema.

d) Indagación en tres áreas

1.- Pasado inmediato:

Acontecimientos que condujeron al estado de crisis.

Lo que desató la crisis

Importante indagar funcionamiento CASIC (comportamiento, afectividad somático, interpersonal y cognoscitivo).

2.- Presente

Implica preguntas: ¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo?

Se necesita hallar quién está implicado, qué pasó, cuándo y demás.

Funcionamiento CASIC para personas en crisis.

Prestar atención tanto a fortalezas como debilidades de la persona.

3.- Futuro Inmediato:

Probables dificultades futuras para la persona y su familia.

El objetivo del segundo punto de los primeros auxilios psicológicos es trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona dentro de dos categorías:

- Conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata
- Conflictos que pueden dejarse para después.

Un mapa cognoscitivo puede ayudar a evaluar la situación de crisis.

4.- Análisis de las posibles soluciones:

Implica la identificación de un rango de soluciones y/o alternativas inmediatas como las que se pueden dejar para después, identificándolas de manera previa:

- * Lo que ha intentado la persona
- * Se lleva a la persona en crisis a generar alternativas junto con otras que añade el asistente.
- * Lo que la persona puede hacer después de haber analizado pros y contras de cada una de ellas.
- * La persona determina cuáles puede realizar inmediatamente y cuáles postergar
- * Obstáculos para un paso en particular.
- * Ejecución de pasos concretos:

a) Acción y orientación hacia la meta, implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar las crisis.

Según sea el caso el asistente toma una actitud facilitadora o directiva de ayuda al paciente para tratar la crisis.

b) Situación de letalidad: peligro para el paciente, asistente o alguien más o si la persona no es capaz de cuidar de sí misma

c) Actitud facilitadora: Asistente y paciente hablan acerca de la situación.

El paciente toma la responsabilidad para cualquier acción.

Convenio con respecto a la acción sobre un asunto implica al paciente y al asistente (en algunos casos puede implicar a otros).

5.- Seguimiento:

Implica extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento y verificación del progreso.

Proceso para que el paciente pueda tener un contacto posterior “contrato para conectar”.

El objetivo del seguimiento es completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos.

Facilita otros pasos para la resolución de la crisis.

Existe una verificación de la solución inmediata respecto a si fue apropiada o no para la necesidad inmediata.

Respuestas a las amenazas de suicidio u homicidio respecto a la valoración de la mortalidad:

Los primeros auxilios psicológicos incluyen valoración de si la persona está o no trastornada.

Implica escuchar primero las claves de peligro físico, lo que puede adoptar varias formas:

Verbal

No verbal

Afectación de otras personas.

De acuerdo con Stillion, Mc Dowell y May (1989; en Bloch, 2001) las personas ancianas poseen una tasa suicida superior a cualquier otro grupo. Existen cuatro factores principales relacionados con el suicidio en la tercera edad:

Una serie de pérdidas acumulativas

Dependencia de alcohol y drogas

La jubilación con sus concomitantes sociales y económicos y

El aislamiento social que conduce a la soledad.

Por lo tanto, puede deducirse que aquellas tentativas en las que manifiesta una seria intención de morir, no sólo la sufren con más frecuencia los tipos más severos con depresión endógena, sino que además presentan unas características, tanto de tipo sociodemográfico como las que hacen referencia a la sintomatología depresiva, que hacen que el grupo de tentativas serias tenga características muy similares a los grupos de suicidio consumado (Sainbsbury, 1986; en Ayuso, 1997).

Kaplan y Klein (1991; en Bloch, 2001) señalan que es importante reconceptualizar el intento suicida como un esfuerzo desesperado por ser escuchado y reconocido en un mundo cada vez más relacional. Este acto constituye un último intento por parte de la persona de asirse a una relación.

El bienestar psicológico se percibe de diferente manera viéndose afectado en función del género, debido a que las personas son susceptibles de exteriorizar

tanto malestar, como sus alteraciones psicológicas y desequilibrios psicosociales de diferente manera.

Esta diferencia radica principalmente en las distintas maneras de afrontamiento de los desajustes y conflictos psicosociales permitidos e inculcados a las personas en función de su sexo, y en las distintas situaciones en que se ha de desenvolver.

No se puede negar que el suicidio y tentativa muchas veces se presentan de forma diferente, igualmente no se puede olvidar que el riesgo queda, y si realmente responde a una intención de incidir en su medio se debe atender especialmente a estos sujetos proporcionándoles forma menos drásticas de actuar sobre su realidad (Sarro, 1985; en Clemente, 1996).

Los pensamientos de autodestrucción al igual, que los actos suicidas, son signos psicopatológicos. Cuando se descubren pensamientos suicidas deben de considerarse como una advertencia del posible acto; por lo tanto, vale la pena comentar aquí el tema general del suicidio, aunque desde luego habrá que hablar tanto del afecto como del pensamiento y la acción.

Kolb (1983) señala que junto a la ideación suicida a menudo se encuentran ideas de desprecio hacia sí mismo, ideas delirantes de pecado, inutilidad o desesperanza, otras veces hay ideas de grandiosidad o anhelo de unirse con alguna persona muerta. Tal vez todo ser humano tiene pensamientos transitorios de muerte e incluso de suicidio, pero el tener de forma obsesiva tales pensamientos es patológico. Lo más frecuente es que las ideas y el acto del suicidio tengan como motivo un deseo de insinuar culpa y así vengarse, lo cual es un gesto hostil hacia una persona importante, que ha abandonado (en forma real o imaginaria) al individuo suicida.

No obstante, tanto la amenaza de suicidio como el hecho de que la mayoría de los actos suicidas se planean de manera que no todo se deja al azar, indican que las

personas que intentan suicidarse, al mismo tiempo se esfuerzan por dar una alarma que produzca culpa en sus allegados y provoque un cambio en sus relaciones personales (Kolb, 1983).

Los esfuerzos suicidas rara vez aparecen en la pubertad como un acto deliberado de autodestrucción. Algunos niños pequeños mueren al ejecutar un acto destinado a atraer la atención de los padres, es decir, a provocarse lesiones con tal objetivo; no obstante, los niños de poca edad no han desarrollado el concepto de muerte como una separación infalible en la vida.

Por otra parte, el supuesto suicidio en los estados delirantes a menudo es accidental y se trata de un intento de escapar de alguna situación que produce pánico. Los intentos de suicidio son comunes en los trastornos de la personalidad y en las reacciones represivas, y también se presenta con frecuencia en la esquizofrenia. Clínica y estadísticamente las posibilidades de suicidio aumentan cuando algún otro miembro de la familia se ha suicidado. En tales casos parece que la persona suicida se identifica con ese familiar y se siente autorizado a ejercer el acto. En las depresiones, la observación clínica ha mostrado que es más probable que el enfermo se suicide durante el periodo de recuperación y no cuando sufre de un retardo grave (Kolb, 1983).

Factores epidemiológicos

Según estudios epidemiológicos realizados en adultos, en los Estados Unidos entre un 90 y 98% de los sujetos suicidas tienen un trastorno mental (Rich et al., 1986; Runeson, 1989; Allebeck y Allgulander, 1990; Klerman, 1987; citados en Ayuso, 1997) fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia.

Para Talbott et al., (1989; en Ayuso, 1997), dos trastornos mentales recogen las dos terceras partes de todos los suicidios consumados: La depresión mayor en un 40- 80% y el alcoholismo en un 20-30%.

Existe una serie de motivos básicos para la conducta suicida, que se puede manifestar cuando existen factores psicopatológicos determinantes como son:

- Creencia de padecer una enfermedad mental grave o incurable.
- Reacciones exageradas ante situaciones externas.
- Depresión tan intensa que hace que las situaciones sean vistas de manera distorsionada y pesimista.
- Motivaciones delirantes y alucinatorias.
- Exceso de impulsividad incontrolada.
- Asociación con toxicomanías.

El sistema de clasificación de trastornos psiquiátricos DSM-IV TR (2002), plantea la ideación suicida como un síntoma de muchas categorías diagnósticas, en las que aparecen ideas y actos suicidas. Entre dichas categorías se incluirían las siguientes.

- Demencia degenerativa tipo Alzheimer con depresión.
- Demencia por infarto múltiple con depresión.
- Depresión mayor, episodio único o recurrente.
- Trastorno bipolar tipo I
- Trastorno bipolar tipo II
- Síndrome orgánico del estado de ánimo.

- Trastorno del estado de ánimo asociado con el consumo de alcohol.
- Trastorno del estado de ánimo asociado al consumo de anfetaminas.
- Trastorno del estado de ánimo asociado al consumo de cocaína.
- Trastorno del estado de ánimo asociado al consumo de psicotrópicos.
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno límite de la personalidad.

Evaluación de peligrosidad.

Lo mismo en una línea telefónica de urgencia y/o consultorio, debe de incluir 3 variables: plan, historia de intentos previos y la voluntad de hacer uso de auxiliares externos, con los que el suicidio parecería ser inminente.

Prevención del riesgo suicida.

La posibilidad de prevención de este tipo de conductas depende en gran medida de la capacidad de los servicios de atención primaria.

- Detectar al paciente depresivo y sobre todo aquellos con elevado riesgo de cometer conductas suicidas.
- Proveer un tratamiento antidepresivo adecuado.
- Organizar una asistencia posterior adecuada.

Cabe comentar que aproximadamente más del 60% de pacientes depresivos acuden al médico el mes anterior a su muerte y que una alta proporción de pacientes depresivos que comenten tentativas suicidas refieren haber mantenido contacto con su médico justo antes de la realización del acto (Sainsbury, 1986; en Ayuso, 1997).

La conducta suicida es un tipo de conducta que pasa por distintos momentos evolutivos que van desde los pensamientos o ideas de autodestrucción más o

menos intensas, de un modo más o menos consciente e intencional, hasta la consumación del acto suicida grave con decidido empeño de alcanzar la muerte.

Para una adecuada valoración del paciente suicida es de suma importancia evitar (González Seijo, et al., 1995; en Ayuso, 1997) hacer lo siguiente:

- No interrogar al paciente acerca de su ideación suicida.
- Adoptar una actitud crítica o moralizadora.
- Banalizar la tentativa suicida.
- Despreciar la conducta suicida cuando la actitud del paciente sea manipuladora.
- Considerar que los que hablan de suicidarse no lo hacen.
- Dejarse invadir por el pesimismo del paciente.

En todo enfermo depresivo, la ideación suicida es un síntoma frecuente que presentan, por lo que es necesario realizar una exploración (Costa, 1992; en Ayuso, 1997), evaluando aspectos como:

- Pérdida de ilusión del futuro.
- Desgano en actividades cotidianas.
- Desgano en la vida.
- Pensamientos en torno a la muerte.
- Añoranza de estar en compañía de seres queridos ya fallecidos.
- Fantasías de dormirse y no despertar.
- Conductas autodestructivas.
- Deseos de muerte.
- Ideas suicida

Antecedentes personales:

- Historia familiar.

- Historia previa de trastorno afectivo o alcoholismo.
- Tentativa suicida previa.

Acontecimientos estresantes:

- Duelo, separación, cambio de domicilio, pérdida de trabajo...
- En alcohólicos, problemas domésticos y/o sociales, ocasionados por la bebida.
- Enfermedad terminal incurable.

Personalidad.

- Ciclotímica o sociopática (impulsividad, violencia, delincuencia)
- Uso-abuso de alcohol y/o drogas.

Enfermedad mental:

- Depresión (sobre todo enfermedad maníaco-depresiva y depresiva recurrente.)
- Alcoholismo y otras adicciones.
- Estadios iniciales de demencia y estados confusionales en el anciano.
- Síndromes orgánicos cerebrales.

Circunstancias que rodean a la tentativa:

- Precauciones para no ser descubiertos.
- Deliberación del acto.
- Presencia de nota suicida.
- Utilización de métodos violentos o drogas letales.

Técnicas de evaluación.

Un plan de evaluación debería enfocarse en:

1. La especificidad del plan suicida (Cuál es, el grado de detalle del plan).
2. Mortalidad del método escogido
3. Disponibilidad del medio para realizar el plan suicida.
4. Posibilidad de rescate con ese método
5. Historia de intentos suicidas en el cliente.
6. Historia de enfermedad mental

Motto (1992; en Bloch, 2001) señala que existen dos aproximaciones esenciales para realizar una evaluación suicida:

- a) La evaluación clínica: que consiste en una entrevista que facilita información detallada sobre la experiencia vital de una persona, la estructura de su carácter y sus necesidades adaptativas, cuando se lleva a cabo de forma efectiva, permite que el examinador reconozca las circunstancias bajo las cuales es más probable que tenga lugar el acto suicida, en un determinado individuo.
- b) La aproximación empírica: consiste en investigar una serie de ítems observados con anterioridad en personas que se han suicidado, con el supuesto implícito de que tales observaciones identificarán a la persona que está siendo evaluada y se encuentra en riesgo.

Cualquier sugerencia de una ideación suicida exige una participación activa por parte del profesional. Cuanto más mortíferos sean los medios elegidos y más específico el plan, más directivo debe ser el asistente.

1.7.2 B) Intervención de Segunda instancia, Terapia Multimodal para Crisis.

Slaikeu (1996) menciona que es un proceso terapéutico breve que se encamina hacia la resolución de la crisis. La terapia de Crisis intenta ayudar al paciente a resolver la crisis.

Lo define como: Traslaborar el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida para dejar al paciente abierto, antes que cerrado para encarar el futuro. Mas adelante mencionaré pasos para lograrlo

Resolución de la crisis: se refiere a asistir a la persona en la expresión de sentimientos, que adquiera dominio cognoscitivo de la situación etc. De manera que el incidente respectivo se integre a la forma de vida de la persona, es decir, que el individuo emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro.

La terapia en crisis es de corta duración (6 semanas o algunos meses) periodo durante el cual se restaura el equilibrio después de una crisis, siendo más efectiva cuando coincide con el periodo de desorganización (6 o más semanas) de la crisis en sí misma.

La terapia para crisis requiere de un espacio físico y se distingue por sus procedimientos.

Utiliza la terapia multimodal para crisis de Lazarus, analizando aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonal y cognoscitiva de cualquier crisis de un paciente.

La valoración de la persona en crisis es importante y de acuerdo a Lazarus es necesario valorar el funcionamiento del paciente en varias áreas o subsistemas como son: el emocional, conductual y el cognoscitivo (Versión modificada de la terapia Multimodal de Lazarus para situaciones de crisis. Perfil de Personalidad CASIC y el Sistema de Lazarus CASIC 1976, 1981; en Slaikeu, 1996) tales áreas son:

Conductual: Se refiere a la actividad patente, trabajo, jugar y otros patrones vitales importantes que incluyen el ejercicio, dieta, sueño, drogas, alcohol, tabaco. Al valorar el funcionamiento conductual de un paciente, se da atención a los excesos y carencias, antecedentes y consecuencias de los comportamientos clave y las áreas de particular fortaleza y debilidad.

Afectivas: incluyen un rango completo de los sentimientos que un individuo, puede tener acerca de cualquiera de estos comportamientos de incidente traumático o de la vida en general. También se da atención a la valoración de la adecuación social a la competencia entre el afecto y distintas circunstancias de la vida, por ejemplo, el comportamiento. Es importante valorar la condicionalidad de diferentes sentimientos (antecedentes y consecuencias).

Somático: se refiere a todas las emociones corporales que abarca la sensibilidad al tacto, sonido, percepción, gusto y visión.

En situaciones de crisis nos interesa de modo particular lo referente a cuestiones somáticas correlativas a la angustia psicológica, los problemas físicos o ambos que pueden haber precipitado la crisis.

Interpersonal: incluye datos sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre un paciente y su familia amigos vecinos y trabajadores. Se pone atención al número de contactos en cada una de estas categorías y en la naturaleza de las relaciones, en particular el papel que juega el paciente con diferentes allegados: como igual, como líder, pasivo, dependiente.

Cognoscitiva: los procesos mentales, se codifican bajo la modalidad cognoscitiva, se incluyen imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida recuerdos sobre el pasado y aspiraciones para el futuro, así como reflexiones no controladas de manera relativa; tales como los sueños diurnos y nocturnos. La

cognición: clasificación que se refiere al rango completo de los pensamientos y de modo particular auto aseveraciones que las personas hacen de su comportamiento, sentimientos, funcionamiento corporal y otros semejantes.

Esta modalidad incluye atención a la catastrofización y sobregeneralización, así como, a varias clases de pensamiento irracional, procesos de pensamiento psicótico como paranoia, por lo antes mencionado es importante tomar en cuenta algunos factores de riesgo como los que se señalan en el párrafo siguiente:

1.8 Los factores de riesgo suicida.

Los factores específicos de riesgo suicida en pacientes depresivos (Costa, 1992; Díaz et al., 1994; en Ayuso, 1997) son:

- Sentimientos de culpabilidad, indignidad y auto acusación.
- Presencia de ansiedad y agitación.
- Graves contenidos hipocondríacos.
- Insomnio importante.
- Temor de perder el control y dañar a otros o a sí mismo.
- Preocupación o comentarios frecuentes sobre el suicidio.
- Actitud hostil de la familia.
- Sueños reiterados de catástrofes, caídas y autodestrucción.
- El inicio de la crisis depresiva.
- Durante la fase inicial de tratamiento.
- Final del periodo depresivo, cuando la tristeza persiste y ya se ha recuperado la iniciativa.
- Altas hospitalarias, especialmente sin seguimiento.

Dentro de las depresiones de mayor riesgo de suicidio aparecen las formas depresivas de la psicosis maníaco-depresiva, las distimias tienen un cierto riesgo suicida en caso de aparecer en el ambiente la idea suicida.

Es importante tomar en cuenta el peligro que representa el delirio depresivo sobre todo los de contenido catastrófico o de ruina, el pensamiento puede organizarse con relativa rapidez, haciéndose extensivo al resto de los miembros de la familia (suicidio ampliado); no tolerará para sí ni para los suyos el mundo que le presenta su delirio.

Por otra parte, las depresiones parecen condicionar las ideas suicidas que experimentan muchos enfermos toxicómanos y alcohólicos, sobre todo en estados de recaída de larga abstinencia

Los valores y creencias religiosas son también parte importante del funcionamiento cognoscitivo de un individuo. Las creencias establecidas en un individuo, valores y su filosofía de conjunto acerca de la vida están tan disponibles para el clínico como para cualquier otras variables cognoscitivas, y con frecuencia ejercen una influencia poderosa sobre cualquier dimensión de la personalidad.

La terapia para crisis busca entonces asistir al paciente en la resolución de sus creencias y expectativas destrozadas o errores cognitivos, conceptos equivocados para buscar los mejores sustitutos para ellos, a fin de lograr esto se propone trabajar con la terapia cognitiva conductual de Beck para trastornos de depresión e ideación suicida de la que se hablará en el capítulo III, página 95.

La teoría cognitiva de Beck tiene su origen en la idea de que los hombres, 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; es decir, el sujeto realiza conductas concretas en función de percepciones determinadas de la realidad.

Beck (1979) señala que: “Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de sus experiencias anteriores” (Citado en Clemente; 1996: 42).

Beck define la situación depresiva en la misma línea que los autores anteriores, considerándola como fruto de la pérdida de vitalidad, a su vez efecto de la carencia de expectativas producida por sus percepciones erróneas (Beck, 1979; en Clemente, 1996).

La propuesta de Beck consiste en reconstruir el aparato cognitivo del sujeto de acuerdo con la realidad, así como proporcionarles aquellas habilidades sociales que le aseguren una mayor integración social y una proyección de futuro. Los elementos de la terapia cognitiva se pueden resumir en (Labrador y Mayor, 1991: 345; citado en Clemente, 1996):

1. Interpretación de las pautas vitales del paciente que han determinado la adquisición de esas formas de pensamiento.
2. Auto-observación de los “pensamientos automáticos” que ayude al paciente a hacerse consciente de ellos y a reconocer sus efectos sobre el ánimo y el comportamiento.
3. Uso de las técnicas de distanciamiento emocional y de separación afectiva de esos pensamientos.
4. Aplicación de las reglas de evidencia y de lógica, y consideración de explicaciones alternativas.
5. “Pruebas de realidad”: obtención de feedback externo para aceptar la utilidad de la consideración nueva de los acontecimientos.

Una vez evaluados los mecanismos que distorsionan la percepción del sujeto, y producen errores en la evaluación de la realidad y los consiguientes equívocos en su conducta, se trata de lograr que el sujeto reevalúe sus propias categorías cognitivas, y que, de manera convencida, las cambie, capacitándose para percibir eficazmente la realidad, y así actuar eficientemente. Los objetivos de la terapia cognitiva son: motivar el deseo de vivir mediante la vinculación a la realidad; promover actitudes de superación de la desesperanza, así como enseñarle a

superar aquellos factores que le produzcan inestabilidad, proporcionándole un bagaje cognitivo y de habilidades sociales adecuado a sus necesidades para corregir los déficits que le provocaron la desesperanza y la depresión.

Los datos para la valoración pueden extraerse de diversos recursos, siendo el principal la entrevista clínica, al utilizar la estructura CASIC como mapa cognoscitivo, el clínico indaga acerca del funcionamiento del paciente en cada modalidad.

También se habla de subtipos de diagnósticos que tendrían mayor probabilidad de actos suicidas, tanto desde la perspectiva clínica como biológica. Así clínicamente se plantea que la mayor parte de los suicidas corresponden a las psicosis y más específicamente a las psicosis endógenas.

Existen otros factores que inciden en el riesgo suicida, lo que ha planteado, que se hable cada vez más de determinación múltiple del acto suicida. No es suficiente que exista alteración mental, sino que se necesita la presencia de otros factores para el acto suicida.

El método de la autopsia psicológica es el más utilizado para estudiar la existencia de enfermedad mental en suicidas. Brent y et al., (1993; en Ayuso, 1997) han desarrollado una técnica a través de la historia familiar, mediante la cual validan los resultados obtenidos por la autopsia psicológica, confirmando la validez de los diagnósticos psiquiátricos obtenidos.

Cuando se investiga la incidencia de la depresión en el suicidio va existir siempre un problema nosológico que se debe a la distinta interpretación que se hace de los síntomas (Carlson y Strober, 1978; Costa, 1992; Sarro y De la Cruz, 1991; Hawton et al., 1995; citados en Ayuso, 1997: 81):

- En primer lugar, las conductas suicidas abarcan un amplio abanico de formas que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado
- En segundo lugar, las depresiones constituyen a su vez un conjunto de cuadros clínicos muy diversos en cuanto a sus manifestaciones, orígenes y gravedad.
- En tercer lugar, no hay que olvidar que el propio acto suicida modifica los síntomas de la depresión.

Si bien parece existir consenso en lo referente a que la sintomatología depresiva es el trastorno psiquiátrico más frecuentemente involucrado en la conducta suicida, y a pesar de que autores como Diekstra (1987), consideran a la depresión como el estado previo a cualquier acto suicida; otros como Hyman (1987) consideran a la psicosis como el trastorno mental más frecuentemente asociado al riesgo suicida, sobre todo en el caso de presencia de síntomas de paranoia, alucinaciones de mandato que instan a la autodestrucción y depresiones delirantes. Mientras que los trastornos de personalidad, distímicos y adaptativos se asociarían en mayor cuantía con las tentativas suicidas.

No obstante, y entendiendo por conducta suicida no sólo aquella que consigue la propia muerte, sino también aquellos comportamientos que de forma más o menos directa, con mayor o menor intencionalidad letal y con más o menos conciencia auto agresiva, desencadenan un acto autodestructivo y, además, todas las ideas, amenazas o pensamientos que no llegan a manifestarse en forma de actos, se puede afirmar, por termino medio, que la muerte por suicidio en enfermos deprimidos alcanza cifras en torno al 15%, mientras que las tentativas de suicidio que no han conseguido éxito son mucho más frecuentes, y que las ideas suicidas que no han sido convertidas en actos se hallan prácticamente presentes en toda depresión , constituyendo un síntoma de los más importantes (Costa, 1992; en Ayuso, 1997).

En lo referente a la ideación suicida, ya se ha dicho que la gran mayoría de depresiones (en torno al 80%) cursan con ella. En este punto es necesario considerar dos aspectos (Montgomery y Montgomery, 1982; Minkoff et al., 1973, Beck et al., 1975; citados en Ayuso, 1997):

- La intensidad de la depresión se relaciona con las ideas, no con los actos suicidas.
- La desesperación y no la intensidad de la depresión es la que tiene relación con el intento de suicidio

El riesgo suicida se halla presente en todas las formas depresivas mayores y en todos los momentos de su evolución. No obstante, existen momentos de la evolución clínica de dicho trastorno que parecen más propicios para la ideación suicida. De tal manera que los pacientes con trastorno depresivo mayor cometen el suicidio en las fases tempranas del curso de la enfermedad, siendo los momentos clave el comienzo y el final de cada episodio depresivo, el momento de mayor riesgo son los meses después de haber sido dados de alta del hospital (Vieta et al., 1992; Malone et al., 1995; en Ayuso, 1997).

Por otra parte, son más de temer aquellos pacientes tranquilos que han premeditado su muerte de manera fría y calculada.

También parece ser un momento particularmente delicado cuando el paciente, gracias al efecto de la terapia, inicia una mejoría en el estado de inhibición psicomotriz sin haber mejorado todavía su tristeza. Entonces el paciente liberado de su bloqueo, que hasta entonces le impedía ejecutar el acto suicida, puede realizarlo impulsado por su permanente tristeza (Costa, 1992; en Ayuso, 1997).

Para ello es importante recabar datos en las siguientes áreas:

1) Incidente (s) precipitante (s)

Se refiere a saber qué pasó para que se desencadenara la crisis. Saber si existió un incidente importante, tal como la muerte de un ser querido, o si el incidente precipitante fue del tipo de “la gota que derramó el vaso”.

Se da particular atención a cuándo ocurrió el incidente y quién estuvo implicado. ¿El paciente considera el incidente como una pérdida? ¿Una amenaza? ¿Un reto?

2) Presentación del Problema.

Esto es en esencia un resumen de los problemas del paciente en el momento de su remisión para recibir atención. ¿Qué males acompañan al paciente en la Terapia? ¿Qué es lo que el paciente quiere de la terapia para crisis? ¿Cómo describe el paciente en el momento presente el problema, y cuál es la visión de él mismo acerca de lo que más necesita?

3) Entorno a la crisis.

Al examinar el entorno a la crisis, es importante determinar el efecto de la crisis en la familia, grupo social inmediato, o ambos y viceversa. La valoración del entorno de la crisis toma en cuenta el cómo percibe la comunidad (el empleador, los vecinos) a la crisis original (por ejemplo el diagnóstico de cáncer) y de qué manera es posible que tal percepción precipite otra crisis, ¿Cuáles recursos están disponibles en la comunidad para asistir al paciente en la transición de la crisis?

4) Funcionamiento CASIC previo a la crisis

Una breve historia acerca del desarrollo es necesaria, a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que siguen a un incidente precipitante en particular, lo mismo si es un golpe severo aislado, como la pérdida

de un ser querido, o una relativamente menor es la gota que derrama el vaso después de una acumulación de tensiones.

El interés principal es identificar los aspectos relevantes del funcionamiento CASIC del paciente durante la infancia, pubertad, adolescencia, edad adulta joven, edad adulta y la jubilación, en tanto puedan relacionarse con el incidente de crisis

El objetivo de este punto es determinar el impacto del incidente precipitante en todas las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo. La teoría de la crisis sugiere que se dé particular atención a las dimensiones clave en cada una de las cinco modalidades CASIC.

La teoría de la crisis sugiere que es crucial descubrir las expectativas, metas y sueños del individuo que se han quebrantado por el incidente de crisis (Levinson y otros, 1976; Tapin, 1971; en Slaikeu, 1996).

Es necesario que se cumplan con dichas tareas. Todas las estrategias terapéuticas se introducen con la visión de ayudar al paciente a llevar a cabo actividades en una o más de estas áreas.

El propósito de la terapia para crisis es proporcionar asistencia en ese periodo, para incrementar la probabilidad de que la reorganización sea hacia el crecimiento y se aleje del debilitamiento. Las energías terapéuticas se ajustan y apoyan al paciente a (Slaikeu, 1996):

- a) Sobrevivir físicamente a la experiencia de la crisis.
- b) Identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis.
- c) Obtener dominio cognoscitivo sobre la crisis.
- d) Realizar una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis. Estas tareas se orientan por el proceso de la terapia.

La tarea inicial del tratamiento es traducir el perfil CASIC de crisis en un lenguaje de tareas, es decir, como una guía para la actividad del paciente durante el proceso de translaboración.

La premisa de orientación de la terapia para crisis es que, a fin de que una persona crezca mediante la crisis, integre este incidente a la trama de la vida y se continúe con el asunto de vivir,

Una forma de lograrlo es recurriendo a diversos enfoques, como son: la terapia gestalt, la terapia del comportamiento, la modificación de la cognición y otros, dentro de la que cabe señalar a la terapia cognitiva conductual de Beck, con la aplicación de cada uno de ellos de manera estratégica, esto permite ayudar al paciente a cumplir un aspecto particular de una de las tareas de resolución de la crisis.

En este capítulo se ha hecho referencia al modelo de intervención en crisis, a sus orígenes, las principales influencias teóricas, así como a algunas definiciones del concepto de crisis, se habló tanto de la intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos (PAP), como de la intervención en crisis de segunda instancia o terapia multimodal; una vez mencionados estos aspectos se pasará a abordar en el capítulo siguiente el tema de la depresión e ideación suicida.

Capítulo II

2.1 Depresión e Ideación Suicida

La depresión es la más conocida de las dolencias mentales. Todos tienen a alguien cercano afectado por ella, o que la sufre con regularidad, y sobre esa persona la misma retorna a intervalos casi regulares con su espantoso cortejo de amargura; en algún momento se ha leído artículos, escuchado programas de radio o televisión donde se habla acerca de este tema y donde se señalan los motivos por los que la depresión debe ser tomada en serio y no ser considerada de pasada. También se ha oído decir que es necesario distinguir la verdadera depresión de la simple tristeza pasajera, y que hay que atenderse, a la vez que evitar ingerir medicamentos (Pignarre, 2003).

Las personas no están exentas de padecerla en algún momento de su vida. Una separación, una muerte, dificultades en el trabajo, la pérdida de empleo, una enfermedad crónica grave (como el cáncer) puede dar lugar a que la depresión esté al acecho. Puede ella añadirse al cortejo de las tristezas que habrá que enfrentar, constituyéndose en una especie de enfermedad necesitada de tratamiento médico y, a veces, incluso de hospitalización. La depresión es entonces una enfermedad grave, que conlleva a la posibilidad del suicidio (Pignarre, 2003).

Desde siempre a la depresión se le ha conocido como “depresión nerviosa” para distinguirla de las “enfermedades mentales” graves.

No hace mucho, se decía de los monjes que se aburrían escuchando las santas escrituras pecaban de “acedia”, uno de los siete pecados capitales que habrían de acabar, a elección, en la pereza o en la depresión. Las enfermedades del alma han sido rastreadas por muchos sistemas de pensamiento antes sometidas, fragmentadas y redefinidas por la medicina moderna.

Dicho término se usó en este periodo para designar también la melancolía, pero un tipo especial de estado melancólico en el que la tristeza, la pena, el abatimiento no constituían sus principales contenidos, sino más bien la pereza y la holgazanería. Al comienzo la asedia estuvo muy vinculada al pecado de pereza. Más tarde, su significación designa también una especial lasitud, un cierto desaliento y descuido, asociándose con la tristeza y apuntando especialmente a los estados de desesperanza (Polaino-Lorente, 1985).

Durante este periodo inicial, la acedia es tipificada como un “estado del alma”, cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en aislamiento y la soledad de sus celdas.

Casiano (s/f; en Polaino-Lorente, 1985) describe este sexto combate de la lucha ascética al exponerlo a sus monjes. La acedia produce desgana, apatía, estar a disgusto con la celda, dificultades para respirar, y pereza y flojedad para acometer los trabajos propios de la clausura y de la vida recoleta.

Durante la etapa tardía de la Edad Media la acedia no es ya un fenómeno que incida solo sobre los clérigos, sino que se extiende también a los laicos. En cualquier caso, la tristeza ha desaparecido del catálogo de pecados, a la vez la acedia va distanciándose del concepto de tristeza (Polaino-Lorente, 1985).

Hay que esperar hasta el siglo XII, para asistir a la configuración de la acedia como otra cosa, como un desorden de la vida emocional que se tematiza en función de los apetitos dentro del marco teórico de las pasiones, introducido por Santo Tomás. Gracias a la escolástica, la acedia va a inscribirse en el ámbito de los desequilibrios humorales, a través del cual se establece la conexión con el pensamiento médico (Polaino-Lorente, 1985).

La depresión no cuestiona la capacidad intelectual de los individuos afectados por ella, aún cuando a veces se tenga la impresión de que muestran ideas fijas en el límite del delirio. Siguen siendo ellos capaces de razonar y de pensar. En contacto con un deprimido no se experimenta ese sentimiento de amenidad que caracterizaría a la verdadera locura. La experiencia del deprimido, tal como se la puede captar desde afuera, recuerda lo vivido como cualquier otra persona la sintiera. Si bien la depresión implica desesperación, sentimiento de culpabilidad, pérdida de cualquier motivación, no implica la pérdida de la capacidad de evaluación, de comparación, de pensamiento, aún cuando esto ocurra de manera aminorada. Se trata únicamente de una alteración de humor, incluido el hecho de que tenga dificultades para definir esta noción de humor que depende de la actitud, de la mímica, del comportamiento, mucho más que la lógica del discurso. La depresión tiene muchas caras y no depende de la voluntad.

La depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) será, uno de los problemas de salud pública, y tal vez incluso el primero, por delante de las enfermedades cardiovasculares.

2.1.1 Orígenes:

La historia conceptual de la enfermedad depresiva tiene su formulación en Hipócrates (460-370 a.c.) quien aísla tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía (Sigerist, 1961; en Polaino-Lorente, 1985). La melancolía se caracteriza en la versión hipocrática, por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia, es decir, subraya la sintomatología somática (Martiny, 1964; en Polaino-Lorente, 1985).

El médico Cos (s/f; en Polaino-Lorente, 1985) sugiere que tanto el miedo como la tristeza, sean o no depresivos, cuando se prolongan mucho tiempo puede transformarse en melancolía.

Galeno de Pérgamo (130-201 d.c.) apenas habla de la melancolía, al menos en el sentido psicopatológico que posteriormente llegó a adquirir. Para Galeno la discusión hay que establecerla en torno a si la melancolía es apenas un síntoma o más bien un estado fisiológico.

La reposición del concepto tradicional galénico de la melancolía, de perfil psicopatológico está caracterizado por la tristeza, temor, actitudes misantrópicas y suspicaces, cansancio de la vida y, a menudo, aunque no siempre por la aparición de ideas delirantes. Sin embargo, la pena, el desaliento y la desesperanza, que tradicionalmente caracterizaban a la acedia, son ahora síntomas que se transfieren al concepto de melancolía y en él quedan subsumidos (Polaino-Lorente, 1985).

Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia; la sintomatología que en el pasado caracterizaba a la acedia se metamorfosea y adquiere una nueva titularidad bajo el concepto de melancolía. La pereza, el torpor, la indolencia, son ahora de nuevos sustituidos por la pena, el desaliento y la desesperación, que constituyen los principales signos sobre los que se asentará el concepto de melancolía (Polaino-Lorente, 1985).

Muchas de las afirmaciones que en relación con la melancolía se atribuyen a Galeno proceden de un error: haber confundido las afirmaciones de Galeno de Pérgamo con las procedentes del escrito seudogalénico *On Medical Definitions* (Galeno, 1963; en Polaino-Lorente, 1985).

En esta obra se describe la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre. Los pacientes melancólicos no se presentan como temerosos, suspicaces, misántropos y cansados de la vida. En la tipología depresiva aquí descrita por Jackson (1969) se pone especial énfasis en la denominada "melancolía hipocondriaca", un cuadro en el que principalmente se destaca la flatulencia y las alteraciones digestivas (Polaino-Lorente, 1985).

Se destaca también el componente delusivo de algunas depresiones en las que los pacientes se experimentan como “sujetos hechos de cristal o sin cabeza o habiendo sido envenenados” (Siegel, 1968; citado en Polaino-Lorente, 1985:14).

El término “melancolía” (palabra derivada del griego melas, “negro” y chole, “bilis”, se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad. Al menos éste es el significado que se desprende del análisis del contexto en que lo empleó Cicerón. Inicialmente, su uso no designó una relación causal entre bilis negra (causa) y la depresión (efecto), como dice Caelius Aurelianus (siglo v). Este autor, señala que los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía (el vómito de bilis negra) tampoco se aproximan a la psicopatología de las depresiones, tal y como hoy se le conoce, y mucho menos llegan a implicar una matización de tipo etiológico sobre la depresión. Estos síntomas consisten en ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia; en ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseos de morir, suspicacias ante la idea de que se ha decidido un cierto complot contra el paciente, llantos y quejas sin sentido, etc.

Hipócrates y más tarde Areteus fueron los que establecieron una cierta conexión psicopatológica entre la melancolía y la manía.

Las viejas hipótesis hipocráticas sobre los diversos humores y su relación con las enfermedades condicionaron, en cierto modo la primera clasificación psiquiátrica introducida por Kraepelin (1921) en las alteraciones afectivas las que él denominó como locura maniaco-depresiva.

Falret (s/f; en Polaino-Lorente, 1985) describió la folie circulaire, concepto que suponía un paso más en el estudio de la entidad conocida hasta entonces con el término melancolía.

Kahlbaum (s/f; en Polaino-Lorente, 1985) introduce un nuevo criterio en el estudio de estas anomalías. Se trata del curso, la patocronía o la evolución de dichas alteraciones.

Bonetus (1679; en Polaino-Lorente, 1985) se refiere a la “*manía de la melancolía*” (Melancholiae mania); años más tarde en otra publicación en (1686), asentará definitivamente la relación y la significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía. Bonetus emplea el término maniacomelancholicus, que equivale al usado actualmente “maniacodepresivo”.

Desde estas perspectivas, las alteraciones afectivas van a vertebrarse desde un principio, sobre dos puntos de referencia: su vinculación primitiva al grupo de las psicosis (Kleist, 1916) las denominará psicosis fasofrénicas; otros las distinguirán luego como psicosis ciclotímica o psicosis afectiva) y el carácter alternante, bipolar y variable de los sentimientos a lo largo de la evolución de la enfermedad, de ahí los términos de circularidad, ciclotimia, fasofrenia y bipolaridad, con que se adjetiva el concepto de psicosis, según distintos autores.

Otros autores como (Alonso-Fernández, 1977) han propuesto la expresión psicosis fasotímicas, más acertada por cuanto traduce sencillamente la psicosis afectiva del curso fásico, es decir, formas específicas de las alteraciones del ánimo que engloban concretamente a la depresión, la manía y la forma mixta maniaco-depresiva.

El estudio de la depresión constituye el cuadro principal de los desórdenes afectivos; la gente identifica por lo general como si fueran sinónimos, las palabras depresión y tristeza. Según esta opinión común un deprimido no es otra cosa que una persona triste, cuya tristeza no tiene ninguna razón de ser. La aparición de la tristeza depresiva se caracteriza por su incomprendibilidad, tanto para el paciente como para el clínico.

Para Kart Schneider (1967), la tristeza inmotivada y vital era la cuestión medular de la depresión melancólica, de la que serían derivados otros síntomas, como las alteraciones del pensamiento, la inhibición psicomotora y otros muchos desajustes vegetativos. La disminución de los impulsos sexuales y alimentarios es otra caracterización que conviene matizar. El descenso de peso y la inhibición de la libido se han dado también como caracterizaciones de la depresión. Hay enfermos depresivos que padecen crisis de intenso apetito, selectivo o no, respecto de algún tipo de alimentos que no han sido suficientemente explicadas.

Por otra parte, la tristeza vital no siempre es específica de la depresión: en primer lugar, porque hay depresiones (Weichbrecht, 1949; 1962; en Polaino-Lorente, 1985) que cursan sin ella, y en segundo, porque hay cuadros maníacos en cuyo inicio está la tristeza y no la exaltación eufórica (López-Ibor Aliño, 1972; en Polaino-Lorente, 1985).

El perfil psicopatológico de las depresiones, resalta a la tristeza o al descenso del estado de ánimo con un puesto relevante y destacado, que autoriza a considerarla como el único síntoma primario de esta alteración.

La contraposición manía/depresión, es evidente, cuando frente a la tristeza, la inhibición psicomotora y la inhibición de pensamiento, que caracteriza a la depresión, se sitúa a la euforia, la exaltación psicomotora y la fuga de ideas, que caracterizarían a la manía (Polaino-Lorente, 1985).

Por otro lado, las alteraciones del pensamiento son muy variadas, yendo desde la inhibición y la lentificación, las más frecuentes: la perseveración obsesiva, el empobrecimiento, la rigidez y/o cuadros delirantes de culpa, ruina, hipocondríaco y paranoico. Pero no siempre se acompañan estas alteraciones de la tristeza.

La inhibición psicomotora señala Schneider (1967) puede observarse en muchos enfermos deprimidos, pero en otros toma el camino de la exaltación motora (depresiones agitadas y/o ansiosas).

El nivel de aspiraciones, no siempre está descendido. Más bien lo que se observa es la imposibilidad de darle alcance, de secundarlo y de, al final, poderlo satisfacer.

Y por ello se explicaría mejor por una disminución de la activación (arousal) que por el real descenso de la meta ambicionada por el sujeto. Es más, la insatisfacción de esas aspiraciones es precisamente lo que está muchas veces en la trama de la depresión, sea como factor desencadente, sea como factor que perpetúa el cuadro depresivo.

La depresión tiene un sin número de conceptos a continuación se describirán algunos de ellos.

2.1.2 El Concepto de Depresión.

La palabra depresión proviene del latín deprimere y significa hundimiento o abatimiento, es un tono afectivo basado en un sentimiento de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimientos de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo ligero, el paciente está inmóvil, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de lassitud, insuficiencia y falta de ánimo y desesperanza (Kolb, 1983).

Es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se le dificultaban. Se preocupa exageradamente por problemas personales.

Algunos individuos deprimidos son petulantes, quejumbrosos y desconfiados. En la depresión un poco más profunda existe una tensión desagradable constante; toda experiencia se acompaña de dolor mental, el paciente está impenetrable, absorto en unos cuantos tópicos de naturaleza melancólica. La conversación puede ser difícil, su actitud y modales reflejan aflicción y desesperación. La actitud afectiva desalentada del paciente se proyecta en su ambiente, el cual refleja su triste perspectiva de la vida. Se siente rechazado y sin que nadie lo quiera. Puede llegar a preocuparse a tal grado por sus reflexiones depresivas, que se altera la atención y la memoria (Kolb, 1983).

Algunos pacientes están angustiados, perplejos y se quejan de una sensación de irrealidad o de incapacidad para pensar. Puesto que los estados afectivos influyen mucho en el contenido mental, son frecuentes las ideas de referencia.

Las ideas delirantes aparecen a menudo y tienden a expresar ideas de culpabilidad, indignidad y auto acusación. Con frecuencia surgen pensamientos suicidas. Los incidentes y los pequeños errores de tiempos pasados reciben una interpretación determinada por el actual estado de ánimo (Kolb, 1983).

2.1.3 Clasificación de las depresiones:

La depresión puede clasificarse, de acuerdo a su origen en reactiva y endógena (Kolb, 1966):

La depresión reactiva es la que surge como reacción a las causas externas evidentes que normalmente producen una tristeza, como por ejemplo: la muerte de un familiar, dificultades en los negocios y otras adversidades. No es ésta una depresión prolongada, y responde más al ambiente inmediato que la depresión endógena.

Los sentimientos de remordimiento y culpa son más comunes en la depresión endógena que en la reactiva. En la depresión simple, de tipo retardado, la angustia puede surgir en gran parte por incidentes pasados, mientras que en la depresión agitada, frecuentemente en los ancianos, la angustia se relaciona con la seguridad futura.

Hay que reconocer que el efecto de la depresión puede incluir grados variables de tristeza, culpa y vergüenza al mismo tiempo; tristeza debido a una pérdida, culpa por un impulso coercitivo hostil reprimido y vergüenza por no estar a la altura de un objetivo personal.

Es necesario distinguir la aflicción de la depresión y definirla como un afecto de tristeza que se sufre debido a la pérdida de una relación personal estrecha, sin que actúen afectos de culpa o vergüenza debidos a alguna hostilidad reprimida hacia la persona perdida. Aunque la aflicción conduce hacia el aislamiento y la preocupación por la persona perdida, se limita a sí misma y rara vez produce un trastorno grave en las actividades habituales o en los sentimientos de la persona hacia sí misma, tampoco produce pensamientos suicidas.

Hay pacientes en que los episodios psicóticos, se limitan a los de tipo depresivo; muchos de estos individuos se limitan a reacciones depresivas, han sido siempre amigables, modestos, tímidos y con un sentimiento subyacente de inseguridad y dependencia excesiva. Muchos manifiestan respuestas emocionales que denotan sensibilidad y capacidad para apreciar las cosas.

En muchos casos parece que su mayor necesidad emocional ha sido la de ser amados, aceptados y la de sentirse parte de un grupo.

2.1.4 Características de las depresiones:

Kolb (1966) señala que existen diferentes grados de depresión y están representados por depresión moderada, aguda y estupor. A continuación se describen cada uno de ellos:

La depresión moderada: debido a la ausencia de trastornos notables, con frecuencia no se reconoce la naturaleza real de ésta, porque hay diversos estados de ánimo llamados normales, que pasan de forma imperceptible hacia las diversas formas de psicosis maniaco depresiva.

Las fases depresivas moderadas tienden a presentarse en una de dos formas generales: ya sea como un periodo de fatiga, desanimación e inercia, o bien como un periodo durante el cual la persona tiene molestias físicas para las cuales no es posible encontrar una base orgánica. La depresión afectiva existe en ambas formas, pero no constituye el síntoma principal, ya que consiste en un abatimiento moderado. En ocasiones al principio se caracteriza por rasgos obsesivos. Si la depresión se hace un poco más aparente, los amigos del enfermo hablan de sus "ataques de tristeza". El paciente carece de confianza en sí mismo, pierde el gusto por vivir, se siente fuera de lugar, cansado, muestra una aversión cada vez mayor hacia la actividad, le gusta que lo dejen solo y se le empieza a dificultar el cumplimiento de sus obligaciones habituales.

Depresión grave o aguda: puede ser semejante a los estados depresivos moderados que se acaban de describir, pero el abatimiento inicial pasa en poco tiempo a un estado de sufrimiento afectivo profundo. La postura, las tensiones musculares y diversos síntomas y signos físicos forman un cuadro complejo que indica depresión. Si se vuelve más profunda, todo lo interpreta en función de su desesperanza y desaliento.

El sentimiento de indignidad y de deseo de auto castigo a menudo provocan intentos suicidas y en ocasiones inducen al enfermo a mutilarse.

Estupor depresivo: es la forma más intensa de depresión, Esquirol le dio el nombre de “demencia aguda”, se trata de un estado de inhibición profunda, en el cual prácticamente no hay actividad motora espontánea, existe una inmovilidad completa o casi completa, con un mínimo de respuesta ante estímulos externos, el paciente está mudo, la percepción de sus órganos de los sentidos se obnubila y el individuo muestra una preocupación intensa, a menudo con ideas de muerte y con alucinaciones de tipo onírico.

Existe la posibilidad de que se cometan crímenes violentos durante la psicosis maníaco depresiva, tales crímenes son más frecuentes durante los estados depresivos que durante los maníacos, probablemente el hecho de que la depresión puede ser el resultado de un debilitamiento en la represión del odio y las tendencias agresivas.

2.1.5 Características de pacientes depresivos suicidas hospitalizados.

Los pacientes psiquiátricos hospitalizados están dentro de los que puede considerarse de alto riesgo de cometer conductas suicidas, mostrando en relación a la población en general un incremento significativo de mortalidad principalmente debida a suicidio. Las tasas más elevadas de suicidios en estos pacientes hospitalizados se dan entre pacientes esquizofrénicos (40-60%) y aproximadamente un 20-30% corresponden a pacientes depresivos institucionalizados.

Los rasgos característicos de los pacientes depresivos suicidas hospitalizados con los depresivos no suicidas (Wolfersdorf y Hole, 1991; en Ayuso, 1997) son los siguientes:

- Se suicidan menos frecuentemente tras la primera admisión hospitalaria.
- La enfermedad cursa a menudo con fases con tendencia a empeorar (Pronóstico desfavorable).
- Más frecuentemente antecedentes de tentativa suicida.

- Más frecuencia de medidas especiales debidas a riesgo de suicidio.
- Cuentan con menos “permisos”
- Toman más a menudo neurolépticos, pero menos hipnóticos y menor cantidad de otros fármacos, amén de estar sometidos a menos terapias basadas en métodos específicos y menos terapia social (terapia ocupacional).
- Reciben más a menudo electroshock.

Se ha sugerido que el homicidio puede considerarse como una extensión del impulso suicida. Si se piensa que el suicidio es un acto de agresión contra sí mismo, entonces el homicidio (en los enfermos depresivos) podría considerarse como una extensión de la agresión, incluyendo no sólo al individuo que la experimenta sino también a las cosas que están más cerca de su afectividad, de modo que la víctima es casi una parte del propio yo.

2.2 Marco histórico del suicidio

El término suicidio surge de acuerdo a algunas fuentes en Gran Bretaña en siglo XVII, y según otras en Francia en el siglo XVII, sin embargo se ha dicho que la palabra tiene su origen en el abate Prévost (1734), de quien la retomaría el abate Desfontaines (1737) y, posteriormente, Voltaire y los enciclopedistas (Pelicier, 1985), siendo incluida por la academia francesa de la lengua en 1762, como. "El acto del que se mata a sí mismo" (Sarró y de la Cruz, 1991; citado en Clemente, 1996: 19).

En España se haría referencia a ésta en la obra de Fray Fernando de Ceballos, "La filosofía y el ateísmo", publicada en 1772 y cuyo objetivo era criticar la obra de Voltaire (Martí, 1984). Incluida en el diccionario de la Real Academia Española hasta su quinta edición, publicada en 1817, cuando se había generalizado la palabra, con una etimología paralela a la de homicida, cuya raíz está en los términos latinos Sui (de sí mismo) y Cadere (matar). 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 el propio agente".

Anteriormente a su inclusión oficial se utilizaban distintas expresiones para hablar del suicidio y se tenía una idea muy negativa de él, esto debido a la gran fuerza que tenía la religión católica en ese entonces, siendo categorizado como "mala muerte" (Madagaria, 1991; en Clemente, 1996).

En la filosofía griega se encuentran argumentos dispares para condenar el suicidio, mientras que por el contrario sólo se da una para justificarlo:

Sócrates señala que el suicidio es un atentado contra los dioses, únicos dueños de la vida y el destino de los hombres, sin embargo, reconoce que la muerte es una liberación para el alma, tanto del cuerpo, como de la vida terrenal.

Para, Platón, el suicidio es una cuestión que supera lo religioso, comprendiéndola como una conducta que transgrede tanto las normas legales, como religiosas y políticas, incluso una falta de propia estima. Por otra parte reconoce que es lícito para aquella persona a la que *"el destino le haya impuesto una vergüenza tal que le sea imposible la vida"* (Ferrater, 1981; citado en Clemente, 1996: 21).

Para Aristóteles, el problema del suicidio es principalmente sociopolítico, aduciendo que no sólo es una cobardía personal, sino un acto "que va contra la polis", por lo que está justificado que dichos sujetos pierdan algunos derechos.

Plotino, que rechazando el suicidio en cuanto implica seguir haciendo el bien, "Lo que daña el alma", reconoce que existen extremos en los que la persona tiene "necesidad de salir de la vida" (Ferrater, 1979; en Clemente, 1996).

El suicidio sólo será aceptado, en parte, entre los epicúreos y los estoicos, es decir, aceptaban el suicidio en cuanto la vida ya no se disfrutara, ni hubiera

esperanza de ello, y fuera más dolorosa que la propia muerte: “Se rechaza el suicidio si es resultado de una pasión, de una ceguera; se admite, en cambio, cuando lo recomienda la razón” (Ferrater, 1979; citado en Clemente, 1996: 20).

La figura más representativa del estoicismo y defensor del derecho al suicidio fue Séneca, quien en su epístola 70 a Lucilio establece los criterios por los que quedaría validado en el mundo occidental. Considera que la vida es potestad del individuo, por lo que propone el suicidio como una salida honrosa a una vida fructífera y dolorosa a la que todo hombre tiene derecho (Ferrater, 1979; en Clemente, 1996).

San Agustín y Santo Tomás de Aquino, establecen los principios por los cuales se prohibía el suicidio, siendo este último quien añade (Ferrater, 1979; citado en Clemente, 1996):

“El suicidio es un acto contra la naturaleza, y contraviene el amor natural que cada uno siente por sí mismo, así como el impulso de conservación. Es, como había dicho Aristóteles, un acto contra la sociedad, la comunidad, o el estado, pues se le priva de uno de sus miembros y los posibles beneficios que puedan rendirse. Pero es también, y sobre todo, un acto contra Dios, que ha dado la vida al hombre” (p. 21).

John Donne fue uno de los primeros pensadores que se opuso a los argumentos que condenaban al suicidio; en su obra *Biothanatos*, expone que hay tal cantidad de razonamientos, que no se puede establecer un criterio objetivo en función ni de la ley natural, ni de la divina. Además, reconoce: primero, que siempre puede haber excepciones, y segundo, que “nada es tan malo, que no sea nunca bueno” (Ferrater, 1979; en Clemente, 1996).

Montesquieu (s/f; en Clemente, 1996), plantea la cuestión de qué justifica que una sociedad castigue a quien “no se siente ligado a ella” en virtud de una ley

establecida sin su consentimiento. En la misma línea, Voltaire afirma que de la misma manera que es lícito sacrificar la vida por Dios, la patria, y otras personas y causas, igualmente es lícito sacrificar la propia vida por uno mismo.

Hume (s/f; en Clemente, 1996) en su ensayo sobre el suicidio, no sólo defiende la legitimidad del mismo, sino que la expone rebatiendo los principios por los cuales se condenaba, promovidos por “la superstición y la falsa religión”.

Paul Ludwig Ladsberg (s/f; en Clemente, 1996) se opone al suicidio tomando como principio que las personas no se han de doblegar ante las contradicciones que se les planteen, sino que han de luchar y procurar encontrar solución.

Para Schopenhauer (s/f; en Clemente, 1996) el suicidio, lejos de ser una reafirmación de la muerte, es una afirmación de la vida, por cuanto se huye de lo negativo, no de lo positivo, por lo que ve al suicidio no como un desear morir, sino como un deseo de vivir que el hombre ve irrealizable. Por ello se niega a aceptar al suicidio, aunque igualmente reconocerá que (Ferrater, 1979; citado en Clemente, 1996):

“A nada en el mundo tiene cada uno tan indisputable derecho como a su propia persona y vida” (p.22).

Pinel (1745-1826) “clasifica al acto suicida como un síntoma de melancolía” y su discípulo Esquirol (1838), lo concibe como un trastorno mental, aunque también se refiere a él como *“una crisis de afección moral que es provocada por las múltiples afecciones e incidencias de la vida”* (en Sarro, 1984; citado en Clemente, 1996: 22).

Meninger (s/f; en Clemente, 1996) será la figura que posteriormente tratase el suicidio desde los presupuestos de Freud, considerándolo como un homicidio a sí

mismo, surgido al dirigir hacia sí el sujeto el deseo de matar a otro y sentir él mismo el deseo de ser matado y de morir.

Meninger, en su obra “El hombre contra sí mismo”, propone una tipología de conductas autodestructivas que generalmente no se consideran suicidio, pero cuyo fin es la muerte, concluyendo que son igualmente suicidios solapados en una forma diferente (Sarro, 1984; en Clemente, 1996).

Este autor propone tres tipos de suicidios atenuados:

1. El crónico, que incluiría algunas enfermedades mentales, conductas asociativas y/o prácticas que conllevan un deterioro obligado, tales como: el alcoholismo.
2. El localizado: formado por la hipocondría y/o simulación de enfermedad, auto mutilaciones y curiosamente la impotencia y frigidez, y:
3. El orgánico, que se produce en enfermedades de carácter psicossomático, es decir, cuando el ánimo o deseos del sujeto influyen sobre la evolución de la enfermedad.

Stengel y Cook (s/f; en Clemente, 1996) consideraron a finales de los años cincuenta, que el suicidio es toda aquella conducta que implique consciente o inconscientemente deterioro orgánico, aún cuando no haya riesgo de muerte, por lo que afirma que la naturaleza de la tentativa es diferente a la del suicidio, aún cuando ambos confluyan en algunos puntos:

“Suicidio significa el acto fatal, e intento suicida el acto no fatal de auto perjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante ser vago y ambiguo” (Clemente, 1996:27)

La Organización Mundial de la Salud (1996), adopta la siguiente interpretación del suicidio, como: aquel acto por el que un sujeto se provoca intencionalmente

daños, sea cual sea “el grado de intención letal y de conocimiento de móvil” (Clemente, 1996: 24).

Scheidman propone en 1963 una nueva clasificación de los tipos de muerte: natural, accidental, suicida y homicida. En los años 80 esta clasificación la asumiría la OMS. En la categoría de suicida incluye tanto el suicidio consumado como la tentativa de suicidio (Sarro, 1985; en Clemente, 1996).

Kreitman (1969) considera que el suicidio posee una intencionalidad de morir que no tienen todas las conductas autodestructivas, por lo que acuña el término de parasuicidio.

El sociólogo francés Baechler (1975) afirma que en realidad cada definición dada y conceptualización propuesta del suicidio representa a la propia teoría que sobre él mismo poseen los distintos autores; aportando él la suya propia:

“Todo comportamiento que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de agredir la propia vida” (Clemente, 1996: 24).

Hobbes (s/f; en Clemente, 1996) defiende, en su obra el Leviathan, que es la sociedad mediante la integración del individuo, quien crea la necesidad de vivir.

Parsons dice que la sociedad tiene tres funciones psicosociales. Coherencia de los modelos, unidad psíquica de la persona e integración social. (Rocher, 1987).

El suicidio se produce como efecto de la mala integración social del sujeto, puesto que es la sociedad la que ha de motivarlo a vivir y reforzarlo en su desarrollo.

Meeloo (1966; en Clemente, 1996) propone una nueva modalidad de suicidios que él considera “ocultos”, y que se producirían de forma pasiva, mediante todas aquellas conductas y actitudes que sin proponerse la muerte, tampoco procuran la

vida, como son las enfermedades somáticas, en las que el sujeto cede ante la enfermedad, esto se puede llamar en gran parte de las muertes sub-intencionadas de Scheidman.

Farberpw (1980; en Clemente, 1996) es quien acuña los conceptos de Conducta Autodestructiva Directa (CAD) y Conducta Autodestructiva Indirecta (CAI). La primera se refiere a todas aquellas que suponen una conducta autolítica consciente e intencionada, se busque o no la muerte y las segundas integrarían todas las formas que Scheidman considera subintencionadas.

Estos antecedentes históricos han sido fundamentales para conceptualizar al suicidio a lo largo del siglo, extendiendo la concepción del mismo a conductas que indirectamente pueden provocar la muerte, mediante una no directa preservación de la vida, que van desde la drogadicción, los excesos de comida o bebida, fumar, hacer deportes que impliquen riesgo, etc., llegan a ser considerados suicidio (en ésta se sitúan los conceptos de Scheitman "Suicidio intencionado" y de Kreitman "Parasuicidio" (Saranson, 1977; citado en Clemente, 1996: 23).

De acuerdo con Sarro (1984; en Clemente, 1996) Se interpretan como CAI no sólo las enfermedades como la anorexia, la interrupción de la medicación preescrita en una enfermedad, la drogodependencia, o la alcoholemia, sino también la práctica de los deportes que implican riesgos, el consumo de tabaco, los excesos de alcohol sin llegar a un grado elevado de alcoholismo, etc.. Estas se diferencian de los CAD principalmente en dos aspectos:

“1º En su temporalidad (la CAI puede prolongarse por años) y

2º La falta de conciencia de los efectos autodestructivos a nivel consciente en las CAI” (p.29).

Actualmente, son seis las características más relevantes de las CAI. Según Frederick:

1. Falta de conciencia de sus efectos destructivos
2. La conducta está racionalizada, intelectualizada o negada.
3. Su comienzo es siempre gradual, aunque su muerte aparezca como brusca.
4. La posibilidad de diálogo es raro en las CAI, a la inversa de las CAD, que utilizan frecuentemente “la demanda de ayuda” en sus diversas formas.
5. Implica un sufrimiento prolongado y aparece con frecuencia como un martirio.
6. La ganancia psíquica es secundaria y se obtiene provocando simpatía o por expresión de la hostilidad.

En la clasificación Internacional de Enfermedad (ICD-8, 1980), se incluyó dentro de la categoría de suicidio el suicidio consumado, la tentativa de suicidio y las lesiones auto infligidas intencionadas. Aunque no hay una concepción unánime del suicidio, si se tiende a contemplarlo desde una perspectiva individual, concretizándola en aspectos anormales y/o patológicos.

Soubrier (1984) (perspectiva de la suicidología), resume su propia perspectiva del suicido de la siguiente manera:

“El fenómeno suicida parece más bien una patología de la desesperanza, sea cual sea el medio, la cultura, el entorno” (Clemente, 1996: 24).

Clemente y González (1996) lo definen *“como el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de 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 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” (p.25).

Ahora bien, Durkheim no supone a las personas una actitud suicida por practicar deportes de riesgo, o realizar conductas peligrosas, sino que es la sociedad la que promueve e impulsa que el hombre se exponga a la muerte de manera indirecta e inconsciente.

Durkheim en su obra *El suicidio*, difiere de las concepciones anteriores en cuanto que utiliza una perspectiva que defiende al suicidio como un efecto de la estructura social, en cuanto ésta se fundamenta en la reglamentación y/o la cohesión social – excesivas o muy débiles – (Durkheim, 1990):

“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 debía producir este resultad” (p. 16) .

Esta definición expresa lo que Durkheim considera que es la conducta suicida, pero no el suicidio como fenómeno social. Se fundamenta en las variables que actúan para que en una sociedad concreta se den unas tasas específicas de suicidio de sus miembros, específicas no tanto en número como por los factores desencadenantes que resume en tres (Durkheim, 1990):

1º La naturaleza de los individuos que componen la sociedad.

2º La manera como están asociados, es decir, la naturaleza de la organización social.

3º Los acontecimientos pasajeros que perturban el funcionamiento de la vida colectiva, sin alterar su constitución anatómica, como las crisis nacionales, económicas, etc.

Durkheim, tras definir el suicidio, añade que la tentativa es lo mismo, pero de manera interrumpida. Es decir, siempre que la conducta implique que la persona sea consciente del fin que ha de seguir, la misma la muerte, ha de ser considerada como suicidio.

De lo que se deduce que si es interrumpida la conducta, aún cuando sea por el propio sujeto, es igualmente suicidio, aunque no se consume. Después añadirá que aquellas conductas que implican riesgo de muerte, aún cuando no se pretenda son “formas embrionarias” de suicidio porque se producen en el “mismo estado de espíritu” en el que se produce el suicidio.

Freud (1917) será quien proponga un concepto opuesto al de Durkheim en relación al suicidio, mismo que serviría de base para los criterios que sobre el mismo establecieron tanto el psicoanálisis como la psiquiatría. Freud lo relacionó con un impulso natural de muerte, Thanatos, que se impone al de la 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” (Eidelberg, 1971; en Clemente, 1996).

2.3 Depresión e intento suicida.

Otra evidencia de la relación existente entre conductas de tipo suicida y depresión, y que demuestran además que estas conductas pueden ser prevenidas, procede de estudios realizados en intentos de suicidio (Sainsbury, 1986; en Ayuso, 1997).

Hay numerosos estudios en los cuales se relacionan las características clínicas de pacientes con tentativas suicidas con una serie de variables como la seriedad de la tentativa y la intención de morir. En este sentido las variables clínicas asociadas con la seriedad de la intención de morir son el estar diagnosticado de enfermedad maníaco-depresiva o depresión primaria y la obtención de elevadas puntuaciones en escalas de depresión (Sainsbury, 1986; en Ayuso, 1997).

Sainsbury (1986) señala dos grupos en los que pacientes con tentativas más serias experimentan:

- Insomnio.
- Pesimismo.
- Pérdida de concentración
- Pérdida de interés.
- Aislamiento social.
- Sentimiento de inferioridad.
- Pérdida de peso.

Las tentativas más severas no se diferencian de las menos severas en:

- Humor depresivo.
- Preocupación.
- Cólera/irritabilidad.
- Llanto.
- Ansiedad/tensión.
- Agitación.
- Apetito.
- Fatiga.
- Sentimiento de culpa.
- Pérdida de confianza.
- Despersonalización.

2.3.1 Ideación suicida.

Los antecedentes históricos de la tentativa de suicidio y suicidio consumado, provienen de los estudios de Durkheim y Freud, desde entonces se ha especulado acerca de la naturaleza de la tentativa de suicidio, a veces éste puede ser un medio de llamar la atención, una forma de descarga emocional o solicitar ayuda, un ensayo del propio suicidio, un paso previo al mismo y, en muchos casos, un

suicidio frustrado. Sin embargo, ambos, son una conducta, y como tal responde a muy diferentes motivaciones y fines (Clemente, 1996).

El suicidio Bloch (2001) es entonces una posibilidad real tras cualquier crisis evolutiva o circunstancial o trauma. La intensidad de la pérdida, el hecho de sentirse abrumado y el dolor insondable puede combinarse para desencadenar el potencial suicida. Siendo este un tópico temido, ya que se ha generado toda una trama de mitos sociales sobre el propio acto, así como el modo en que se debería responder ante la víctima potencial del suicidio.

Entre los mitos que se han generado se encuentran los siguientes (Bloch, 2001):

- Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo.
- La gente que habla sobre el suicidio no lo lleva a cabo.
- Una vez que se ha realizado alguna tentativa suicida y el paciente comienza a mejorar, se ha superado el riesgo.
- La gente que se suicida está loca
- La conducta suicida se hereda.

Por otra parte se han establecido algunos criterios para diferenciar el tipo de tentativa y son las siguientes: la gravedad de la misma, la eficacia del método, si existe reflexión previa o por el contrario si la autoagresión ha sido impulsiva, si el sujeto tiene antecedentes autolíticos, y las propias manifestaciones de intencionalidad que haga el sujeto inmediatamente después del intento. Junto a éstos hay otros sobre los que no hay consenso, como la nota de despedida y que parece que responden más al estereotipo que a la realidad.

Con esto se pretende diferenciar los motivos que impulsaron la conducta y los fines que se perseguían respecto al suicidio, es decir, la letalidad intencionada subyacente a la conducta.

Tal como se presenta la evolución del concepto de tentativa de suicidio, se ha convertido éste en un saco sin fondo en el que echar todo aquello que incluso sin significar peligro tampoco significa preservación, o lo que el psicoanálisis ha entendido como contrario al instinto de vida.

Es importante tomar en cuenta que hay situaciones personales que mantienen a las personas en constante peligro de crisis, y que si bien es cierto que tras el primer intento de suicidio no tiene porque seguir otro, éste si puede sobrevenir tanto a corto, como a mediano y largo plazo.

Las tentativas de suicidio son, según los datos epidemiológicos, una razón si no de internamiento, sí al menos de consulta de los centros de urgencia hospitalaria. Actualmente existe una tipología de las tentativas de suicidio, en función de los desencadenantes de la misma. Los tres tipos (García, 1984; citado en Clemente, 1996) son:

“a) Tipo de síntoma el intento como síntoma de enfermedad mental, b) tipo estrés aquellos de menor cronicidad, evaluados como reacción frente a una situación ambiental estresante de aparición reciente, y c) tipo crisis de mayor cronicidad en el que el sujeto se encuentra en una situación en la que no halla salida, de varios meses de evolución” (p.31).

Bloch (2001) mencionan algunas características demográficas que se presentan en este tipo de trastornos y son:

Profesión:

El suicidio se observa a menudo en mayor grado entre los dentistas y algunos profesionales de la salud mental, recientemente se ha demostrado que es muy alto entre las jóvenes veterinarias Bloom (comunicación personal, 17 de julio, 1996).

Edad:

Las tasas de suicidio son elevadas en los adolescentes, después disminuyen y más tarde se incrementan con la edad. El riesgo suicida tiende a aumentar a lo largo del ciclo vital, siendo la década que va desde mediados de los cincuenta a mediados de los sesenta el intervalo de mayor riesgo. Es más probable que los intentos realizados por personas mayores sean más letales. La proporción de intentos suicidas efectivos es de 86%, pero por debajo de los 65 años es del 50%.

Género:

Las mujeres se intentan suicidar tres veces más que los hombres, pero los hombres son más efectivos. Esto se relaciona con la elección del método: las mujeres eligen la sobredosis de medicamentos. La mortalidad es menor con ese medio, existiendo una mayor probabilidad de rescate. Los hombres sin embargo, eligen un método más letal, con frecuencia las armas de fuego o el ahorcamiento, donde la posibilidad de rescate es considerablemente menor.

Cabe mencionar que los suicidios consumados con éxito son tres veces superiores en hombres que en mujeres, el 70% u 80% de los intentos son llevados a cabo por mujeres. Sin embargo, tan sólo entre el 5% y el 10% completarán el suicidio.

La pérdida de la esperanza a la hora de alentar y mantener la fortaleza de los vínculos emocionales con los demás se encuentra en el núcleo de acción suicida femenina.

En el caso del hombre que consuma el suicidio suele tener las siguientes características: ser mayor, desempleado, casado o viudo que vive solo; puede ser alcohólico, con problemas legales y ha buscado ayuda con poca frecuencia y el

evento que desata el suicidio es a menudo una “humillación” que se dio en el ámbito laboral.

Muchos investigadores han demostrado el nexo existente entre la muerte de uno de los padres, experimentada de adulto o de niño, y la conducta suicida.

Pope (1986) informa que “Klerman y Clayton; (1984) y Beutler, (1985) descubrieron que las tasas de suicidio son mayores entre las personas viudas que entre las casadas (especialmente entre las ancianas) y que entre las mujeres la tasa de suicidio no es tan alta para las viudas como para las divorciadas o separadas”.

Los hombres que intentan suicidarse también viven solos, se encuentran aislados a nivel social y vinculan sus intentos suicidas con la pérdida de status en el ámbito laboral remunerado, y la cuestión básica es que dañó su orgullo o autoestima, mientras que el elemento clave que precede al suicidio femenino es una ruptura en la capacidad para relacionarse. Ambos pueden sentirse personas sin valor, pero el origen es distinto.

Estado Civil:

Tanto en hombres como las mujeres, la mortalidad es mayor tras la separación y el divorcio. Es inferior en la gente casada y más aún para gente casada con hijos.

Otros riesgos:

Si la persona tiene una historia de tratamiento médico insatisfactorio o un trauma físico reciente, la mortalidad es alta. Con una enfermedad crónica, también se incrementa la probabilidad del suicidio, tal como sucede con enfermedades dolorosas y de larga duración.

Las pérdidas constituyen un factor de ideación suicida (Bloch, 2001) como: la pérdida de algo amado (una persona o animal doméstico), de un trabajo, status, etc.; esta debe contemplarse desde el punto de vista subjetivo de la persona. Es importante considerar la historia de pérdida del sujeto, es decir, cualquier nueva pérdida, sea la de un ser humano o un animal doméstico, puede reactivar recuerdos dolorosos sobre otras anteriores, y la combinación de éstas puede influir en gran medida en el potencial suicida.

Pope (1986) añade los siguientes factores:

1. La advertencia verbal directa. Una afirmación directa sobre la intención de suicidarse es uno de los predictores individuales más útiles.
2. Intentos anteriores. Quizás más del 80% de los suicidios consumados fueron precedidos por un intento previo. Shneidman (1985) descubrió que los grupos de pacientes con mayor potencial suicida eran aquellos que iniciaban el tratamiento con una historia de al menos un intento.
3. Afirmaciones indirectas y signos conductuales. La gente que plantea poner fin a sus vidas podría comunicar de modo indirecto el intento a través de sus palabras (hablando de irse, especulando sobre lo que pasaría si estuvieran muertos) y acciones (por ejemplo regalando sus posesiones más valiosas, adquiriendo instrumentos peligrosos).
4. Depresión. La tasa suicida para aquellos que experimentan una depresión clínica es aproximadamente veinte veces mayor que para el resto de la población.
5. Desesperanza. La sensación de desesperanza parece asociarse más íntimamente con el intento suicida que cualquier otro aspecto de la depresión.
6. Intoxicación. Entre la tercera y cuarta parte de los suicidios se encuentran vinculados con el alcohol como factor contribuyente.
7. Síndromes clínicos. La gente que padece depresión o alcoholismo se encuentra en un mayor riesgo suicida.

8. Religión. Las tasas de suicidio entre los protestantes tienden a ser superiores a las de los judíos y católicos.
9. Vivir solo. El riesgo de suicidio tiende a reducirse si alguien no vive solo, más reducido aún si vive con su cónyuge y menor todavía si se tienen niños.
10. Estado de Salud. La enfermedad y las quejas somáticas se asocian con un mayor riesgo suicida, tal y como en el caso de los trastornos del sueño y del apetito.
11. Impulsividad. Aquellos que presentan un control deficiente de los impulsos se encuentran en un riesgo mayor de quitarse la vida.
12. Rigidez mental. Los sujetos suicidas manifiestan a menudo un pensamiento de tipo todo-nada.
13. Eventos vitales estresantes. Una serie excesiva de eventos vitales no deseados que generen consecuencias negativas ha sido asociado con mayor riesgo suicida. Algunos tipos de eventos vitales recientes podrían colocar a los clientes en un riesgo excesivamente alto. Por ejemplo, Ellis y sus colegas (1982) descubrieron que el 52% de su muestra de víctimas reincidentes de asaltos sexuales habían intentado suicidarse.
14. Salida de hospitalización. Beck (1967) observó que “las cifras disponibles indican claramente que el riesgo suicida es superior durante los fines de semana en los que se deja el hospital e inmediatamente después de recibir el alta médica”.

2.3.2 Poblaciones especiales:

Bloch (2001) hace referencia a lo siguiente:

Aunque el suicidio es una posibilidad en cualquier etapa de la vida y en ambos géneros, algunas poblaciones requieren de una atención específica. En la valoración del potencial suicida es fundamental reconocer la importancia de la edad así como de las diferencias de género.

Adolescentes:

En el grupo de edad que va de los 15 a los 24 años, el suicidio constituye la tercera causa de muerte (tras los accidentes y los homicidios.)

Hetzel, Winn y Tolstoshev (1991; en Bloch, 2001) señalan que la adolescencia es también una época donde se corren riesgos. *“El adolescente intenta demostrar su trascendencia sobre la muerte y todas sus metáforas”*. La tasa de suicidio en adolescentes es entre 15 y 20 casos por cada 100,000. Este no es informado en un 23% de los casos (Brent, 1995; en Bloch, 2001). Los eventos más frecuentes que precipitan el suicidio son el conflicto interpersonal, los problemas escolares y los problemas legales o disciplinarios.

La mayoría de los jóvenes que se suicidan han presentado indicios verbales y no verbales sobre su conducta suicida. Brent (1995) encontró que el 83% de ellos había planteado amenazas suicidas a los demás la semana anterior a su muerte. Berman y Jobes (1991; en Bloch, 2001) van más allá y afirman que: *“Los adolescentes raramente inician una búsqueda directa de ayuda. La mayoría de los jóvenes suicidas reciben ayuda a través de las remisiones de otros, de amigos, de miembros de la familia, etc. Desafortunadamente, las amenazas que comunican a su grupo de iguales o a sus hermanos no siempre conducen a remisiones, sobre todo en una subcultura donde la confidencialidad es importante”* (p. 128).

Debido a que el suicidio es una posibilidad durante la crisis vital, cualquier persona, adulta o no, que se sienta superada por una situación de crisis debería considerarse en riesgo. Berman y Jobes (1991; en Bloch, 2001) señalan los siguientes signos de alarma en los adolescentes:

- Estudiantes deprimidos.
- Estudiantes que abusen de sustancias adictivas.

- Estudiantes con un historial de ira, impulsividad o inestabilidad.
- Estudiantes con desórdenes conductuales, conductas antisociales o histriónicas.
- Personas solitarias, aisladas y marginales.
- Personas destacadas perfeccionistas y rígidas.
- Estudiantes psicóticos.
- Historia familiar de suicidio.
- Exposición a la conducta suicida de un igual o un hermano
- Desesperanza.
- Contenido suicida en redacciones de la escuela, poemas diarios, trabajos de arte. Preocupación por los temas de la muerte, por el fallecimiento, por la vida después de la muerte, etc.
- Preguntas fuera de contexto sobre el suicidio.
- Amenazas suicidas
- Control deficiente de impulsos.
- Ira
- Disponibilidad de un método letal.
- Intento suicida previo, historia de intentos anteriores.
- Conductas de terminación, tal como realizar escritos, regalar objetos preciados, prepararse para la muerte.
- Cambio conductual agudo, tal como “interpretar un papel”, cambios de humor etc.

Lewinsohn, Rohde y Seely (1996; en Bloch, 2001) también descubrieron que la depresión, la baja autoestima, los déficits cognitivos e interpersonales, la pérdida de algunos de los padres, la conducta suicida de un amigo, la maduración púber precoz (sólo en las chicas) y el acceso a armas de fuego conforman serios factores de riesgo para la conducta suicida, el mayor elemento de predicción de futuros intentos fue la presencia del intento suicida previo.

En México, el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI), reportó que en el año 2005, hubo 227 intentos de suicidio (108 Hombres y 119 mujeres) los cuales fueron por diversas razones entre las que se encuentran: causa amorosa (36), dificultad económica (13), disgusto familiar (71), enfermedad grave o incurable (4), enfermedad mental (15), remordimiento (1), otra causa (43) y no especificados (44).

En lo referente a los suicidios en ese mismo periodo hubo 3553 suicidios consumados (2970 hombres y 119 mujeres) siendo las motivaciones más frecuentes: causa amorosa (275), dificultad económica (116), disgusto familiar (314), enfermedad grave o incurable (194), enfermedad mental (156), remordimiento (28), otra causa (279) y no especificados (2091).

Dicho instituto informa que el método más empleado es por estrangulación, el rango de edad del grupo suicida es de los 15 a 24 años, el mayor índice es en personas solteras, con escolaridad primaria y en trabajadores agropecuarios (www.inegi.gob.mx).

2.3.4 Algunas variables relacionadas con mayor riesgo de suicidio:

De acuerdo con Costa (1992; en Ayuso, 1997) existe una serie de variables generales que están relacionadas con un mayor riesgo de suicidio, así como también; algunas características clínicas y sociales que pueden predisponer al acto suicida y cuya detección puede tener implicaciones con fines preventivos (Sainsbury, 1986; en Ayuso, 1997) son:

- Varón.
- Edad superior a 40 años.
- Soltero, viudo, separado /divorcio.
- Viven solos
- Escaso soporte socio-familiar.
- Desempleo, jubilación.

- Residencia en zonas urbanas con alta densidad de población.
- Historia de tentativa suicida previa.
- Antecedente de suicidio en la familia.
- Enfermedad física grave, crónica, dolorosa o incapacitante.
- Alcoholismo.
- Historia de pérdidas recientes (Personales, socio-laborales, económicas).
- Aislamiento y falta de apoyo social.
- Conducta impulsiva.

2.4 Aportaciones teóricas sobre el suicidio:

2.4.1 Cognitivo-sociales.

LA teoría de Kelly: Los Constructores Personales.

Esta teoría se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta última la que orienta y condiciona la conducta. Su estudio del suicidio parte de su teoría general, denominada Teoría de los constructos personales. La idea subyacente es que la realidad no se explica por sí misma, siendo el propio sujeto quien atribuye un significado y da un sentido a su existencia en función de su experiencia, por lo que cada hecho es “interpretado desde la singularidad de nuestro pensamiento” (Nelly, 1961: 280; citado en Clemente, 1996).

Kelly llega al concepto de validación que significa que la experiencia valida las expectativas personales cuando se cumplen sus anticipaciones; o por el contrario, niega sus marcos de predicción cuando no se cumplen sus expectativas, es decir, se trata de confrontar el pensamiento con la realidad.

Kelly, a partir de esta teoría explica el suicidio como un acto por el cual el individuo trata de validar, es decir, de darle un sentido, arremetiendo con las teorías que tratan de explicar el suicidio sin tener presente al sujeto (Kelly, 1961: 282; citado en Clemente, 1996).

Las dos razones por las que Kelly, explica el suicidio son: a) El futuro es obvio para el individuo y por tanto incapaz de motivarle; b) Cuando por el contrario el futuro se muestra al sujeto totalmente impredecible, de manera que se ve “obligado a abandonar la escena”.

El suicida es aquel individuo cuyo sistema de construcción de la realidad está distorsionado por defecto o por exceso, y le provoca o bien abatimiento o bien aburrimiento. Introduce él, un nuevo criterio a tomar en cuenta, que es la existencia de sujetos psicológicamente muertos, aunque estén biológicamente vivos.

Este autor dice que el suicidio no es explicable desde términos tales como sentimientos, emociones, necesidad, psicodinámica, motivación, aprendizaje, reforzamiento, etc., propone nuevos conceptos tales como:

1. Dilatación versus constricción. Hace referencia a la amplitud del campo de intereses de la persona.
2. Angustia: Entendida en términos de incapacidad de predicción.
3. Amenaza. Supone que la persona prevé posibles cambios sobre su identidad, y duda de su capacidad de control sobre los mismos.
4. Hostilidad. Que se produce cuando el sujeto fuerza los acontecimientos para que éstos coincidan con sus predicciones.
5. Culpa. Explica este concepto en función del “papel” que desarrolla un sujeto en un contexto social; apareciendo ésta cuando la persona no es capaz de satisfacer las demandas del papel.
6. Postulado básico y corolario de elección. El primero se refiere a los procesos psicológicos de una persona orientados por los parámetros de predicción, es decir, su capacidad de anticipar los acontecimientos. El segundo hace referencia a las alternativas estratégicas de cada persona para resolver las situaciones y la eficacia de la alternativa elegida.

La teoría de Rotter: internalidad/externalidad

Este autor propone una teoría del Aprendizaje Social compaginando la Teoría de la Psicología del Refuerzo Social y la Teoría de la Psicología Cognitiva. Desde estos tres criterios explica conductas concretas y actitudes generales ante la vida y el entorno, como resultados de un proceso de elección o inhibición determinado por las propias atribuciones de logro/ fracaso que las personas hagan sobre sus conductas, condicionadas por la interacción continua entre el medio ambiente y la realidad; las propone como procesos de experiencia que modelan a la persona en su proyección social (Clemente, 1996).

Su principal aportación al tema del suicidio radica en su tesis de que la experiencia continua de ineficiencia en el curso de la propia vida puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente (tanto en su dimensión física, como humana y social), rompiéndose el vínculo entre ambos por agotamiento, reificación de los significados, o simple conformismo con el estatus y rol socialmente impuesto.

Esta teoría señala dos vertientes por las que se puede llegar al suicidio: por suspensión de la proyección social, al no poder realizar las expectativas propias y percibirse el sujeto como incapaz de controlar su vida y los acontecimientos que le suceden; o como alternativa aprendida plausible ante la no realización de ciertas expectativas que le sirven de refuerzo vital.

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

Teoría de Seligman: La indefensión aprendida

La Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman se basa en la idea de que la percepción continuada por parte de un sujeto, de no correlación entre los objetivos esperados de sus actos y los resultados de los mismos, puede provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta experiencia de incontrolabilidad puede suscitarle un sentimiento de indefensión que se traduce en la limitación y/o bloqueo, en mayor o menor grado, de su actividad. El aprendizaje e interiorización de la carencia de control de los resultados de las propias conductas provoca, tres déficits en la personalidad (Abramson, Seligman y Teasdale, 1993; en Clemente; 1996): “motivacional, cognitivo y emocional” traducidos en la depresión que sufriría el sujeto (Avia y Sánchez, 1993). La hipótesis de la indefensión aprendida propone que el estado depresivo es una consecuencia del aprendizaje de que los resultados son incontrolables”

Por otra parte establece que provoca déficits sobre las personas cuando es de larga duración y cronicidad. Éstos son : pasividad, desmotivación y lentitud para actuar; estancamiento en el plano cognitivo, aferrándose el sujeto a la idea de incontrolabilidad de los resultados en el curso de ciertos acontecimientos de su vida, o en toda; en el nivel afectivo, el sujeto se caracteriza por una tendencia en mayor o menor grado a la desvinculación social; por último, el déficit en la autoestima provoca grandes daños en la autoimagen que el sujeto tenga de sí mismo, así como en su proyección y ubicación social, deteriorándose como ser social y psicológico (Avia y Sánchez, 1993; en Clemente, 1996).

La indefensión surge en el sujeto como: producto del refuerzo negativo constante ante la resolución de ciertas situaciones, actividades o desarrollo personal.

Ésta ejerce una importante influencia en el proceso vivencial de la persona, por cuanto al reducir las expectativas de ocurrencia de resultado derivadas de su conducta, lo coloca en una situación de inseguridad, insatisfacción y, a la larga, de

pasividad, que provocará más su desligamiento social que su integración, tanto por su parte, como por la de la sociedad.

La teoría de la indefensión muestra una especial relación del sujeto con el entorno social, y con su propio desarrollo como ser social, relación que no lleva al sujeto a su integración, sino todo lo contrario; provoca el paulatino desligamiento entre el sujeto y la sociedad, e incluso entre el sujeto y su propio desarrollo como entidad individual y social, al ser uno de sus principales efectos la apatía y la desmotivación.

Shneidman: Perspectiva fenomenológica

Esta perspectiva supone una de las aportaciones más actuales en cuestión de suicidio. Reconoce que él mismo estaría determinado por cuatro elementos básicos que son: hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Plantea que la tendencia autodestructiva (hostilidad) está provocada por estados emocionales negativos (perturbación). A ello se sumarían las distorsiones de la percepción y valoración de la realidad (constricción). Estos tres elementos suponen un alto riesgo de suicidio que es el cese (Shneidman, 1976; en Clemente, 1996).

2.4.2 Modelos cognitivos conductuales.

Entre el que se encuentra el modelo conocido como procesamiento de información y es planteado por Beck; para este autor las alteraciones emocionales aparecen en las personas que tienen una visión negativa y errónea de la realidad. La visión errónea se basa en actitudes disfuncionales poco realistas (factor de diátesis). Poseen esquemas distorsionados que permanecen latentes en la memoria hasta que se activan frente a los sucesos estresantes. Beck (1987) sugiere que existen al menos dos tipos generales de esquemas que tienen relación con dos dimensiones depresógenas de la personalidad: sociotropía y autonomía (Saldaña, 2001).

Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que suponen una alta valoración de las relaciones interpersonales y una alta dependencia de las normas sociales en el momento de juzgar la propia conducta (Saldaña, 2001).

Los esquemas autónomos incluyen actitudes que valorizan la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación. En función de ello, es posible hablar de eventos estresantes para cada tipo de esquema. Una vez activados, los esquemas orientan y canalizan, como si fueran filtros, del procesamiento de información.

La activación de los esquemas se refleja en ciertos errores, sistemáticos en la manera de procesar la información (inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, pensamientos absolutistas y dicotómicos, magnificación de lo negativo y minimización de lo positivo) que, con el tiempo, conducen a lo que el autor denomina la Tríada Cognitiva Negativa, es decir, un contenido negativo en las percepciones de sí mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1983).

Los modelos conductuales-cognitivos se centran en la variación personal de las interacciones entre personas y situaciones, y hacen referencia a procesos y estructuras cognitivas en sus intentos de conceptualizar la depresión (Saldaña, 2001).

2.4.3 Modelos conductuales.

Con base teórica en las teorías del aprendizaje, en especial en el condicionamiento operante de skinner, referidas a la depresión se refieren a ésta como una reducción generalizada de la frecuencia de las conductas.

Fester (1965; en Saldaña 2001) fue uno de los primeros psicólogos en estudiar el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico experimental. Señala que la característica principal de la depresión es la reducida frecuencia de conductas,

que son reforzadas positivamente cuando sirven para controlar el medio, en tanto que, por el contrario se produce un aumento de las conductas de evitación ante estímulos adversos (Saldaña, 2001).

La Autoeficacia de Bandura (1986; en Saldaña, 2001) esta es una propuesta que hace este autor, se refiere a la expectativa de resultado (las creencias que tienen los sujetos acerca de que determinadas conductas harán posible ejecutar exitosamente el comportamiento necesario para poder lograr determinados resultados. El malestar depresivo está determinado por:

- Bajas expectativas de eficacia.
- Altas expectativas de resultado.
- Una valoración muy elevada de los resultados esperados.

El autodesprecio crónico es para dicho autor, el rasgo central de la depresión, además supone, que están presentes disfunciones en las distintas fases de la autorregulación, autoobservación, autoevaluación y autorreacción. Pueden actuar como factores de vulnerabilidad, tanto en forma aislada como combinada; la cantidad y el tipo de disfunción autorreguladora va a cambiar en función de la seriedad del caso de depresión que se esté analizando.

Estilo Atribuido.

Éste se refiere al significado que se atribuye a la conducta de los demás y la explicación que se da acerca de los acontecimientos de la vida.

2.4.4 Los modelos vinculares.

Este tipo de modelos dan importancia a las variables interpersonales, tanto sociales como familiares, al estudiar la etiología, la estructuración y el tratamiento de los trastornos depresivos.

Una de estas conceptualizaciones es la de Coyne (1986; en Saldaña, 2001), para quien la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales las personas obtenían apoyo social.

La cadena causal que lleva a la aparición de un episodio depresivo se genera con la aparición de un estresor, el que puede ser de naturaleza interpersonal, intrapsíquica o un cambio de tipo bioquímico.

Este estresor interacciona con factores interpersonales o intrapersonales de vulnerabilidad (Casullo, 1998; en Saldaña, 2001). Iniciando el trastorno depresivo, dos factores que lo pueden mantener o exacerbarlo son:

El interpersonal: la naturaleza y cualidad de la respuesta de los otros.

El sesgo cognitivo negativo de los depresivos. Se evidencia en el aumento de la sensibilidad y concentración en aspectos negativos (reales o imaginarios) del ambiente en que viven. Este sesgo lleva a la persona a estar más deprimida, a manifestar más síntomas, lo que, a su vez, genera más respuestas negativas del entorno social.

Teorías psicoanalíticas.

Freud (s/f; en Clemente, 1996) no trató ampliamente el suicidio, encontrándose sólo ciertas referencias a él en su psicopatología de la vida cotidiana como algunas historias clínicas, y especialmente en Duelo y Melancolía y Más allá del principio del placer. Esta perspectiva del suicidio tiene su origen en la teoría de los instintos (Futterman, 1961; en Clemente, 1996) y más concretamente en el instinto de muerte (Thanatos), opuesto al de la vida (Eros).

Propone al suicidio como un proceso cuyo origen estaría en el deseo de matar a otro, principalmente a un ser amado y previamente introyectado, esto provocaría

un sentimiento de culpabilidad que llevaría al individuo a dirigir hacia sí mismo su agresividad, matándose a sí mismo (Sarro y De la Cruz, 1991; Estruch y Cárdu, 1982; citados en Clemente, 1996).

Menninger (1938; en Clemente, 1996) establece la existencia de tres elementos en la conducta suicida” el deseo de matar, el deseo de ser matado, el deseo de morir“.El primer elemento aparece como respuesta a una frustración originada por un ser querido y hacia el que suelen existir vínculos de identidad; el segundo elemento se produce cuando la conciencia actúa, provocando al sujeto un sentimiento de culpabilidad, y alojándose en un estado melancólico o depresivo; el tercer elemento es el que determinará la consumación del suicidio, En este punto el autor señala que a la intención conciente de morir, ha de sumarse el deseo inconsciente.

Bowly (s/f; en Clemente, 1996) ve 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 melancolía con el suicidio, viendo elementos comunes a ambas – culpabilidad, deseo de ser castigado, regresión y represión de los instintos, introyección, etc.- como elementos facilitadores del suicidio manifestándose en aislamiento, actitud hostil, etc.

Lewin (s/f; en Clemente, 1996) encontró en sus investigaciones con drogadictos, maníacos y psicópatas, puntos comunes entre la excitación de estos con el sueño, equiparando así la muerte a un estado de constante “nirvana”. Desde esta relación (muerte-sueño) deduce que al suicida subyace la idea de renacer, volver a la madre, resultado de su fusión del yo y del superyo.

Glover (s/f; en Clemente,1996) retoma la cuestión de la energía psíquica para explicar el suicidio en términos de sobrecarga, es decir, el sujeto sufre un exceso

de energía psíquica ante el cual se ve incapaz de actuar, siendo el suicidio una estrategia de escape a la misma.

Jung (s/f; en Clemente, 1996) a partir de su propia conceptualización del self, propone una teoría del suicidio dentro del psicoanálisis, para este autor el self es un componente pseudoinconsciente de la personalidad, que enlaza a ésta con el medio social del sujeto, siendo a partir de él de donde “emana la experiencia de lo significado”, contraviniendo así la primacia 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, y una correcta interpretación de la vida y de uno mismo,

La teoría Jungiana sobre el suicidio se completa con la proposición de cuatro dimensiones fenomenológicas (colectivos-individuales, activo-pasivo, sincero-llamar la atención y planeado-impulsivo).

2.4.5 Los modelos socioculturales

Algunos estudios (Berry, 1992; en Saldaña, 2001) hacen referencia al impacto de las dimensiones culturales en la aparición de fenómenos con características depresivas. Procesos como la aculturación y la endoculturación analizan las maneras en que los individuos incorporan valores de la propia cultura en la que nacieron o los de la nueva cultura a la que se ven necesitados a integrarse como resultado de un proceso migratorio.

En la aculturación se pueden apreciar tanto cambios estructurales (económicos, políticos, demográficos) como de los comportamientos psicológicos individuales. La aculturación se manifiesta de diferentes maneras:

a) Asimilación: la persona desea abandonar los valores de su cultura de origen y adoptar los del grupo al que necesita pertenecer.

b) Separación: se conservan los valores propios originales y se evita interactuar con quienes sostienen otros diferentes.

c) Integración: la persona desea tanto mantener sus propios valores como los nuevos.

d) Marginalidad: hay poco interés tanto en mantener los valores propios como los del grupo social al que se llega.

La cultura posmoderna es materialista e individualista, consumista y ecologista. Alude al narcisismo entendido como el paso del individualismo personalizado al individualismo total, se produce una psicologización de lo social, lo político, de la escena pública. El homus psicológico al que hace referencia va en busca de su ser y su bienestar de una manera inmediata y rápida, y si no los encuentra, es incapaz de seguir avanzando con sus esfuerzos. Se esta frente a sujetos desvinculados de sus lazos sociales y volcados hacia sí mismos. Abandonan completamente la idea del esfuerzo, hasta tal punto que parece como carente de sentido el preocuparse por mantener la propia vida (Lipovetsky, 1983; en Saldaña, 2001).

Para el psicólogo social estadounidense Gergen (1992; en Saldaña, 2001) señala que las personas se vinculan con personajes diseminados por distintos lugares del planeta y en constante situación de cambio, hace referencia al concepto de multifrenia entendida como la escisión del yo en una multiplicidad de investiduras. Esta multiplicidad provoca un torbellino de exigencias, así como una permanente duda sobre el sí mismo, una continua sensación de insuficiencia.

Por último cabe mencionar que las redes sociales, son el conjunto de seres con los que se interactúa (Sluzki, 1996). Las redes proporcionan información sobre el tipo y grado de apoyo social con el que las personas pueden contar.

2.5 Entendiendo el suicidio.

El suicidio o la posibilidad de éste, nunca es fácil de tratar, sin embargo, Edwin Shneidman (1985; en Bloch, 2001) en su libro, *Definition of Suicide*, menciona 10 insights para entender mejor a la persona suicida y son:

1. “Los estímulos comunes del suicidio son un sufrimiento inaguantable” (p. 124).
2. “Un estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas. Los actos humanos pretenden satisfacer una serie de necesidades humanas” (p. 126).
3. “El propósito habitual del suicidio es buscar una solución...El suicidio no es un acto casual. Nunca se realiza sin motivo o propósito. Es una salida ante un problema, un dilema, un apuro un desafío una dificultad, una crisis o una situación intolerable...Constituye, aparentemente, la única respuesta a “como salir de esto”...Cada suicidio le parece a la persona la solución única y la más optima” (p. 129).
4. “La meta común del suicidio es el cese de la conciencia. El suicidio es un movimiento de acercamiento y alejamiento. Acercamiento hacia la suspensión el cese completo de la propia consciencia y de un dolor intolerable. La ambivalencia central se encuentra entre la supervivencia y el stress inaguantable” (p. 129).
5. “La emoción habitual en el suicidio es la indefensión y la desesperanza” (p. 131).
6. “La actitud interna habitual hacia el suicidio es la ambivalencia sentir que se tiene que llevar a cabo y simultáneamente anhelar, e incluso planear, un plan de rescate y una intervención” (p. 135).
7. “El estado cognitivo habitual en el suicidio es la constricción...esto es... no se trata de una psicosis, una neurosis o un trastorno caracterio lógico...sino de una constricción psicológica pasajera afectiva e intelectual...Con una visión restringida y “de tunel“ del rango de opciones disponibles para la

consciencia de esa persona – cualquier solución específica ... mágica y plena o el fin definitivo...El rango de elección se limita a dos...Uno de los aspectos más peligrosos de la situación suicida es la constrictión...cualquier intento por remediarla debe enfrentarse a dicha constrictión psicológica...Se requiere de una mente capaz de explorar un rango superior de opciones para tomar una decisión tan importante como la de quitarse la vida... (p. 138).

8. “Un acto interpersonal habitual en el suicidio es la comunicación de tales intenciones...El descubrimiento más importante de una serie de autopsias psicológicas retrospectivas en los suicidios es que en la inmensa mayoría de las ocasiones existieron indicios claros ante el inminente evento letal...se presentaron indicios en aproximadamente el 80% de las muertes por suicidio...(la gente) emite, consciente o inconscientemente señales de distress, peticiones de ayuda, oportunidades de salvación durante la interacción generalmente diádica, que forma parte del drama suicida.
9. “Una acción habitual en el suicidio es la huida –la persona huye o escapa del distress para dejarlo, para salir de él –la fuga, la deserción” (p. 144).
10. “Un punto común habitual en el suicidio son los patrones de afrontamiento de larga duración –las personas moribundas no atraviesan ningún grupo estandarizado de fases a través de las cuales todo conduce inexorablemente a la muerte. En lugar de ello observamos un despliegue en las emociones congruentes con las respuestas del sujeto al sufrimiento, la amenaza, la indefensión, la impotencia y la compulsión en los episodios anteriores de vida” (p.148).

2.6 Tratamiento farmacológico del riesgo de suicidio asociado con trastornos depresivos:

Un tema muchas veces controvertido es el uso de medicación psicotrópica en pacientes que potencialmente pueden llegar a usar esos fármacos para cometer un acto autolítico. Sin embargo, en la actualidad el hecho consensuado que cuando los síntomas y signos de enfermedad son suficientes para requerir el uso

de medicación antidepresiva, ansiolítica o antipsicótica, no hay razón para privar a estos pacientes de sus potenciales beneficios (Bobes, et al., 1997; en Ayuso, 1997).

Dada la interrelación entre el binomio depresión-suicidio, los antidepresivos son los fármacos más frecuentemente prescritos en estos pacientes, y son particularmente útiles en aquellas personas con síntomas y signos clásicos de depresión, incluyendo melancolía, agitación, insomnio, pérdida de peso, disminución de la concentración y pérdida de la libido.

En lo que respecta a cuál sería el abordaje farmacológico idóneo en los casos de riesgo suicida asociado a la depresión, la hipótesis serotoninérgica del suicidio otorgaría un papel preponderante a los nuevos fármacos inhibidores específicos de la recaptación de serotonina (ISRS), existiendo trabajos de investigación que confirman la utilidad de los ISRS (Fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram), tanto en la evitación de la aparición de la ideación suicida como en la reducción de ideación suicida ya existente.

Otra ventaja añadida a los ISRS sería el favorable perfil de efectos secundarios que presentan estos fármacos en comparación con otras familias de antidepresivos convencionales, lo que les hace ser mejor tolerados en ancianos y, por otra parte, su demostrada seguridad en caso de sobredosis, siendo un hecho sobradamente comprobado su escasa toxicidad en caso de ingesta masiva, avalado por la práctica inexistencia de fallecimientos atribuibles exclusivamente a su causa.

En lo referente a la posible controversia creada en torno a un posible incremento de la conducta suicida asociada con la ingesta de fluoxetina, cabe decir que cuando se controlan otros factores asociados a la propia enfermedad, la asociación se hace mucho menos evidente.

Si el paciente se queja de depresión severa e importante ideación suicida o no ha respondido de modo adecuado a los fármacos antidepresivos, el uso de Terapia Electroconvulsiva (ETC) deberá ser tenido en cuenta, ya que constituye el tratamiento más efectivo en los casos de depresión severa.

A lo largo de este capítulo se ha hecho referencia al estudio de los trastornos de depresión, suicidio e ideación suicida, se puede decir que ha sido un tema de interés desde la época de Sócrates; se han mencionado algunos conceptos, aportaciones teóricas, así como, las características a observar cuando se trata de este tipo de pacientes, es importante señalar que estos trastornos generalmente son atendidos a través de un modelo médico, por lo que se sugiere hacerlo con apoyo de un equipo de trabajo multidisciplinario, debido a que es un tema que compete a los profesionales de la salud mental; con la finalidad de prevenir tanto el riesgo como el suicidio, se propone tratarlos a partir de la ideación suicida, con la terapia cognitiva de Beck a la que se hará mención en el capítulo siguiente.

Capítulo III

3.1 La Terapia Cognitiva en Trastornos de Depresión e Ideación Suicida.

En los capítulos anteriores se ha hablado acerca del Modelo de Intervención en Crisis y de la Depresión e Ideación Suicida, como se ha mencionado existen diferentes tipos de crisis y estas se han definido como: Crisis de Desarrollo o Crisis Circunstanciales siendo estas últimas a las que se hace referencia de acuerdo al tema desarrollado.

Los sucesos estresantes del ciclo de la vida como pueden ser el conseguir o dejar un empleo, el nacimiento de hermanos, la muerte de un ser querido, o la separación o divorcio de la pareja son cambios y transiciones para los seres humanos y algunos pueden ser más vulnerables que otros a situaciones de crisis.

Ciertos factores desmoralizantes en el entorno social y la experiencia pasada tornan al individuo más susceptible a los hechos vitales. Algunas personas desarrollan desórdenes psiquiátricos después de estar expuestas a condiciones estresantes y otras no.

Tomando en consideración lo expuesto y de acuerdo al tema desarrollado se propone emplear la Terapia Cognitivo Conductual, para el Tratamiento de la Depresión e Ideación Suicida, específicamente se propone abordar esta problemática con la terapia Cognitiva de la depresión de Beck.

3.2 El modelo cognitivo.

Esta técnica originaria de Beck (1973; en Macia, 1997) y pensada especialmente, en un principio, para problemas de depresión, es junto a la terapia racional

emotiva de Ellis (1962; en Macia, 1997), de la cual difiere en algunos aspectos formales, la técnica cognitiva más empleada.

La terapia cognitiva de la depresión fue desarrollada por Aaron T. Beck, desde finales de los años cincuenta (Beck, 1991; en Pérez, 2003), quedando asociada a su nombre, al punto de ser conocida también como terapia de Beck. La terapia cognitiva de Beck tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión (sin perjuicio de su extensión a otros trastornos) y de haber sido probada en relación con los tratamientos establecidos en su campo, que no eran otros que los tratamientos farmacológicos. Se puede decir, que la terapia cognitiva se ha hecho un nombre, como tratamiento psicológico, en el ámbito psiquiátrico y ha llegado a ser una terapia de referencia para cualquier otra (farmacológica o psicológica) que quiera establecerse, esto fue como resultado de su estudio que fue incluido por el National Institute of Mental Health treatment (NIMH) Depresión Colloborative Research Program (Elkin, Parloff, Hadley y Autry, 1985; citados en Pérez, 2003).

La terapia cognitiva, al igual que la terapia de conducta, ofrece un planteamiento completo de la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. El texto básico para la aplicación clínica data de 1979 (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979- 1983; en Pérez, 2003), siendo de destacar el nuevo desarrollado por Persons, Davison y Tomkins (2001; en Pérez, 2003).

La teoría cognitiva de la depresión fue desarrollada por Beck a partir, podría decirse, de un hallazgo “serendipítico” (Beck, 1991; Sacco y Beck, 1995; citados en Pérez, 2003). Se encontraba Beck estudiando la “hostilidad invertida” en los sueños, que, de acuerdo con supuestos psicoanalíticos, sería notable en los pacientes depresivos. Sin embargo, lo que se encontró mayormente fueron sueños con contenidos que tenían que ver más bien con privación, frustración, depreciación, exclusión o castigo. Esto llevo al estudio de la asociación libre y los

reportes verbales de los depresivos, dando lugar a descubrir su “idiosincrasia cognitiva” de pensamientos negativos.

Esta idiosincrasia se iría concretando hasta configurar una teoría articulada sobre tres componentes básicos:

El primero es la tríada cognitiva, consistente en la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Se entiende que esta tríada de pensamientos negativos determinan el resto de síntomas depresivos (afectivos, conductuales, somáticos y motivacionales).

El segundo es una estructura hipotética que, supuestamente, da lugar a dicho sesgo cognitivo depresógeno. Esta estructura subyacente se concibe en términos de esquemas, una suerte de plantilla filtro o categorización, cuya activación y funcionamiento distorsionarían la percepción de la realidad (de sí, del mundo y del futuro). Estos esquemas se entiende que son aprendidos en la infancia y, por tanto, constituyen estructuras duraderas, implicando una vulnerabilidad específica a la depresión en concurrencia con eventos apropiados. Concretamente, se habían identificado dos tipos de esquemas, uno “sociotrópico” que haría vulnerable a condiciones de pérdida o rechazo social, y otro “automático” haciendo lo propio respecto de condiciones de dependencia y fracaso (Sacco y Beck, 1995; en Pérez, 2003).

Finalmente el tercer componente es la activación disfuncional de los esquemas, definida por una serie de errores lógicos que distorsionan el trato con la realidad, tales como la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación o minimización, la personalización y el pensamiento absolutista todo o nada (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979-1983; citados en Pérez, 2003).

La evaluación diagnóstica cuenta con el inventario de depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979-1983; citados en Pérez, 2003), que data de los

principios de los sesenta, cuyos ítems cubren cuatro puntos: sintomatología cognitiva, conductual, afectiva y somática, siendo uno de los instrumentos más usados en la investigación, así como en la clínica.

La depresión, según, Beck se produciría al sufrir el sujeto distorsiones en el procesamiento de la información; distorsiones que influyen en el posterior tratamiento que lleva a la conducta, este autor señala seis principios (Mayor y Labrador, 1991: 344; citado en Clemente, 1996):

1. Inferencia arbitraria: El sujeto hace predicciones no basadas en la experiencia o el razonamiento lógico, e incluso en contra de la “evidencia”, es decir, sus predicciones de expectativa se fundamenta en la subjetividad, y no en aspectos objetivos de la realidad y de sí mismo (relativa a la respuesta)
2. Abstracción selectiva: Mecanismo por el cual el sujeto establecería conclusiones a partir de detalles no representativos de la situación o experiencia dentro de la cual se dieron, en función de los cuales calificaría la situación, y orientaría su conducta y actitudes.
3. Generalización excesiva: El sujeto toma como marcos de referencia para establecer pautas generales de actuación, o valoraciones globales de una situación, hechos aislados y sin gran conexión con el estímulo global que ha recibido. Se puede decir que el sujeto es más receptivo de ciertos hechos, que extrae de la situación total en que se dan (relativo a la respuesta).
4. Maximización y minimización: Errores en la evaluación de la magnitud y amplitud de los hechos, que se traducen en una proporcionalidad, a la percibida, en la conducta reactiva, o si se prefiere, el sujeto responde a los estímulos desproporcionalmente (relativa a la respuesta).
5. Personalización: Tendencia del sujeto a atribuirse fenómenos externos, hacia los que no existe conexión (relativa a la respuesta).

6. Pensamiento absolutista, dicotómico: El sujeto valora y clasifica todas las experiencias en función de un parámetro fijo, compuesto por dos categorías opuestas, es decir, el sujeto adopta una perspectiva bipolar y transituacional desde la cual asimila toda la realidad, siendo ésta categorizada en un polo u otro (por ejemplo todo es moral o inmoral), y excluyendo cualquier otra valoración de la situación (relativo a la respuesta).

La terapia cognitiva es un procedimiento estructurado, de 15 a 25 sesiones, incluyendo las de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, de tal modo que se le ha denominado terapia cognitivo-conductual. Se puede describir con arreglo a cinco etapas (Sacco y Beck, 1995; en Pérez, 2003):

La primera, que podría ocupar las dos primeras sesiones, trata de enseñar al cliente a identificar y reparar los pensamientos automáticos disfuncionales (relativos a la tríada cognitiva). Entre otras técnicas se utiliza un registro diario que relaciona situaciones, emociones, pensamientos automáticos y respuestas. Incluye la asignación de tareas para casa, entre ellas la planificación del tiempo y la programación de actividades. Si fuera necesario, se fijarían objetivos prioritarios (dependiendo de la urgencia y relevancia). Es importante el establecimiento de una relación colaboradora, de carácter empírico, tal que el cliente se oriente a la comprobación práctica.

La segunda, ocuparía las sesiones 3 y 4, se ocupa en hacer ver la conexión entre pensamientos, emociones y conductas como principio general según el cual aquéllos determinantes de lo que siente y hace.

La tercera, alrededor de las sesiones 6 y 7, le interesa evaluar la racionalidad de los pensamientos automáticos. El propósito es enseñar al cliente a pensar como

un científico, que ve sus pensamientos y conclusiones en hipótesis que habrían de ser examinadas empíricamente, llevando a cabo comprobaciones e incluso miniexperimentos. En relación con ello, se proponen interpretaciones alternativas, distintas de las depresógenas, a las que tiende el depresivo. Se incluye confrontar pensamientos de eventos negativos, asumiendo la condición objetiva de ciertos eventos (como la pérdida de algo valioso).

La cuarta, en la séptima y octava sesiones, concierne la sustitución de pensamientos automáticos disfuncionales por interpretaciones más razonables. Se vale del registro antes citado, incluyendo la propuesta de respuestas razonables ante la situación-emoción-pensamientos automáticos depresivos.

La quinta, de 8 a 12 sesiones, se dirige a identificar y cambiar asunciones básicas disfuncionales. Se trata ahora de alterar los esquemas o creencias subyacentes, que sería lo que predispone al pensamiento depresivo. La cuestión es poner estos esquemas de manifiesto, mediante una insistente indagación, con preguntas sucesivas de por qué a cada respuesta, y otras veces al modo socrático, hasta llegar a desvelar la estructura formal de la creencia (por ejemplo, “si cometo un error, soy inepto” o “no puedo vivir sin ti”

Es importante agregar que la terapia cognitiva incluye numerosas técnicas conductuales, sobre todo al principio y, en particular, con clientes severamente deprimidos. Entre estas técnicas estarían la programación semanal de actividades, la asignación gradual de tareas para lograr un objetivo, la comprobación empírica (por ejemplo, la exposición a algo), la realización de miniexperimentos, la relajación o el entrenamiento en habilidades sociales.

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes hoy en día, desde la perspectiva conductual, la depresión es un constructo que debe ser operacionalizado en forma de conductas específicas de los tres canales de respuesta. Dicho de otro modo, el comportamiento depresivo de un sujeto se puede descomponer en respuestas de cada uno de los tres sistemas:

Sistema cognitivo: sentimientos de tristeza, abatimiento, desánimo, apatía, pensamientos negativos sobre sí mismo (autorreproches, autoculpa, etc.), sobre las propias experiencias (soledad, derrotismo, etc.) distorsiones cognitivas como inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, sobregeneralizaciones, personalizaciones, entre otras, dificultades para concentrarse y recordar, etc.

Sistema fisiológico: sequedad de boca, disminución de la sudoración, estreñimiento, dolores de estómago, falta de apetito, amenorrea, insomnio, cefaleas, mareos, etc.

Sistema motor: déficit de conductas sociales (hablar, reír, alabar a un amigo, etc.) y de conductas positivas (leer, hacer deporte, escuchar música, ver la televisión, ir de excursión, practicar algún hobby, etc.); exceso de conductas de escape/evitación ante la estimulación aversiva (pedir ayuda, quejarse, etc.) y de conductas inusuales o irracionales (estar acostado, intentos de suicidio, etc.)

Existen varios modelos conductuales y cognitivos que explican el problema de la depresión y sirven de fundamento a las intervenciones terapéuticas, en este caso sólo se hará referencia a la terapia cognitiva de Beck.

Para realizar una terapia cognitiva hay que seguir, según su creador, los siguientes pasos:

1. Formar al cliente en los principios de la terapia cognitiva. En esta fase se le explica al cliente, atendiendo a su nivel cultural y su capacidad de comprensión verbal, los puntos principales de la teoría cognitiva: esquema cognitivo, tríada cognitiva, "errores lógicos", pensamientos automáticos, etc., y la necesidad de llegar, mediante las técnicas oportunas a un cambio de sus pensamientos, principal problema al que debe enfrentarse.
2. Enseñar al cliente a detectar los pensamientos automáticos y comprobar su relación con el estado de ánimo. En este punto se le pide al cliente que

realice un autoregistro completo, que comprenda: estado de ánimo, hecho y pensamiento de cada uno de los episodios más relevantes de la semana.

3. Conseguir, generalmente mediante la utilización de técnicas conductuales y cognitivas, una rápida remisión de la sintomatología depresiva, tanto a nivel conductual como cognitivo. Las técnicas conductuales a utilizar serían las que indicara en cada caso el análisis funcional, mientras que las técnicas cognitivas son las tres siguientes: reatribución, búsqueda de alternativas y confrontación con la realidad. Estas técnicas, que el terapeuta utiliza en un principio, a partir de las anotaciones del autoregistro del cliente se suelen desarrollar empleando el formato de las tres columnas, que casi siempre suelen tener cinco, correspondientes al A,B,C,D,E (hecho, pensamiento, sentimiento, puesta en duda y efecto posterior) del esquema de Ellis.
4. Modificar las ideas o supuestos depresivos de los que parten los pensamientos automáticos y que son la causa principal de la depresión. Beck supone que la causa principal de cualquier trastorno, y más en el caso de la depresión, son una serie de ideas, filosofías o presupuestos cognitivos que actúan como filtro a través del cual se percibe la realidad

3.3 Procedimiento para aplicar la Terapia Cognitiva de Beck en Trastornos Depresión e Ideación Suicida.

3.3.1 Evaluación del Riesgo Suicida:

Como se ha estado mencionado en pacientes depresivos, el suicidio es un problema que puede estar presente, es por ello que es necesario que el terapeuta comprenda por qué está tomando el paciente una solución tan drástica en su vida, ya que esto determinará las posibilidades de seleccionar las técnicas adecuadas y eficaces para este problema.

Por lo que al principio de la sesión es importante indagar si el paciente depresivo presenta desde ideación suicida, intentos previos de suicidio, así como el grado de

riesgo suicida que pudiera presentar la persona, esto proporciona información relevante para la intervención terapéutica.

También es necesario considerar aspectos como la forma posible de suicidio, la familiaridad del individuo con dosis letales de medicamentos y accesibilidad a armas de fuego, píldoras de dormir, etc.; así como, la posibilidad de utilizar los recursos ambientales con fines terapéuticos: por ejemplo la posibilidad de que otro individuo detecte el intento de suicidio a tiempo para evitarlo, acceso a asistencia médica adecuada, en caso de producirse el intento y si existe un sistema de apoyo social.

La tendencia al suicidio puede detectarse en algunas conductas manifiestas, como el sigilo, una decisión súbita de cumplir un deseo y en algunas expresiones verbales, tales como: “No deseo seguir viviendo” o “quiero terminar con todo”, “no voy aguantar mucho”, “soy una carga para todo el mundo”, “las cosas no van a mejorar nunca”, “toda mi vida ha sido inútil”. Etc.

Cabe mencionar que los deseos de suicidio pueden manifestarse de forma indirecta y sólo puede comprenderse retrospectivamente. Por ejemplo un paciente depresivo que ha obtenido un pase de fin de semana puede decir al dejar el hospital, “supongo que no volveremos a vernos”, “quiero agradecer sus esfuerzos por intentar ayudarme” O bien, al irse a dormir el paciente puede decir “Adios” en lugar de “Buenas noches”.

3.3.2 Grado de Intencionalidad Suicida.

La intencionalidad suicida de un individuo puede considerarse como un punto de un continuo, es decir en uno de los extremos estaría la intención irrevocable de suicidarse y en el otro la decisión de seguir viviendo.

3.3.3 Indagar los motivos para pensar en el suicidio.

Investigar las razones que tiene el paciente para pensar en el suicidio implica una puerta de entrada para la oportuna intervención terapéutica.

Una forma de hacerlo es clasificar la manera en que ellos explican sus intentos de suicidio o sus impulsos suicidas, algunos de ellos manifiestan que su objetivo es darse por vencidos, escapar de la vida: La vida es “simplemente demasiado” o “no merece la pena vivirse”. Su malestar emocional o mental es ya intolerable, no ven solución a sus problemas y están cansados “cansados de luchar”.

Otros suicidas afirman que han jugado con la muerte con objeto de producir algún cambio interpersonal. Esperan que el intento de suicidio llame la atención de alguna persona importante para ellos, para que se dieran cuenta de que “necesitan ayuda”, resolver algún problema ambiental, o que diera lugar a un periodo de hospitalización como escape temporal a su ambiente.

Por lo antes mencionado el primer paso para poder ayudar a estos pacientes, es que el terapeuta entre en su mundo y vea la realidad desde la perspectiva de éste, cuales son sus motivos como para pensar en el suicidio, esto abre una posibilidad de determinar tanto el tratamiento como las técnicas a emplear en cada caso en particular.

Es necesario determinar cual es el objetivo del paciente, si es huir hacia la muerte a través del suicidio, si resulta que la visión negativa del paciente está basada en la realidad, como puede ser tener problemas económicos, un familiar presenta una enfermedad incurable etc., o si las expectativas negativas del paciente se basan en modos distorsionados o patológicos de verse a sí mismo y el mundo exterior, de cada uno de ellos dependerá el tratamiento a seguir para el primero seria su principal tratamiento hacia la desesperanza y ausencia de expectativas positivas, para el segundo habría que recurrir a la intervención de instancias sociales y en el

último se centraría en las interpretaciones incorrectas y en el sistema de creencias irracionales.

El terapeuta debe ser capaz de comprender por qué los sentimientos del paciente le llevan a intentar suicidarse y experimentar, hasta cierto punto la desesperación del paciente. La comprensión y la empatía permiten al terapeuta no solo adecuar las técnicas de tratamiento a las necesidades concretas del paciente, sino también comunicar a éste que le comprende. El terapeuta debe darse cuenta de que, según las premisas del paciente, la tendencia al suicidio no es “descabellada” más bien parece una deducción lógica a partir de tales premisas. De este modo puede trabajar con el paciente para poner al descubierto los supuestos incorrectos que son la base de los impulsos suicidas.

Inclinación de la balanza en contra del suicidio, preservando de esta manera la vida de la persona.

La tarea de terapeuta en un inicio será la de “ganar tiempo” hasta que el riesgo de suicidio haya pasado. Una estrategia para que el paciente aplase el suicidio es hacer que se sienta tan implicado en el proceso de la terapia que decida “resistir” hasta ver cómo se desarrolla el tratamiento. El terapeuta debe suscitar y mantener la curiosidad del paciente y estimular su interés en el proceso terapéutico, por lo que es necesario mantener la continuidad entre sesiones.

Para lograr esto no es necesario, conseguir que el paciente se comprometa a no suicidarse nunca. Basta con una promesa o un contrato para posponer el suicidio durante una semana o dos puede ser de gran importancia, si se piensa en el fuerte deseo de morir que experimenta el paciente. Considerando sus deseos más objetivamente y reconociendo la posibilidad de que puedan estar basados en razonamientos poco válidos, el paciente puede sentirse motivado a dejar de actuar según sus deseos suicidas, al menos hasta haberlos explorado a profundidad junto con el terapeuta.

Al formular el plan de tratamiento, es conveniente que el terapeuta trate la decisión de suicidarse como el resultado del conflicto entre los deseos del paciente de vivir y los deseos de morir, los esfuerzos del terapeuta deberán dirigirse a ganar votos a favor de la vida.

Una vez que el paciente accede a sopesar los pros y los contras del suicidio, el terapeuta puede proceder a mencionar las “razones para vivir” y las “razones de morir”. Al principio, el paciente puede tener dificultades para encontrar alguna razón a favor de la vida, indagar si puede ser capaz de recordar las razones que tenía en épocas anteriores para seguir viviendo. Una técnica útil consiste en hacer dos columnas en una pizarra o en una hoja de papel, donde el terapeuta y paciente listaran las razones a favor de la vida que eran válidas en el pasado. El terapeuta procede a evaluar cuáles de las razones del pasado son también válidas en el presente o, al menos cuáles podrían ser válidas en el futuro. El paciente suicida minusvalora o anula los factores positivos de su vida: a) olvidándolos b) ignorándolos o c) disminuyendo su valor. Haciendo que el paciente se de cuenta de las razones para vivir, el terapeuta puede contrarrestar las razones para suicidarse.

El enfoque debe tomar un tinte empírico, como si se dijese, “aunque usted esté convencido que su decisión es la correcta, merece la pena hacer una lista de los factores positivos que existen en su vida y ver lo que piensa acerca de ellos”.

El terapeuta puede sugerir al paciente que evalúe la validez de cada uno los factores listados.

Después de haber hecho la lista de las ventajas de vivir, terapeuta y paciente pueden pasar a hacer la lista de las ventajas e inconvenientes de morir. Una vez finalizado este procedimiento, el paciente depresivo suele mostrarse más objetivo: las razones para suicidarse no le parecen ya tan absolutas y convincentes como antes.

Es esencial que el terapeuta considere seriamente las razones que tiene el paciente para suicidarse y no descarte lo que a él podría parecerle razones triviales o irracionales.

3.3.4 Tratamiento de la Desesperanza.

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

- 1.- La vida no tiene sentido. No espero nada del futuro,
- 2.- No puedo soportar la vida. Nunca seré feliz
- 3.- Me siento tan desgraciado que éste es el único modo de escapar
- 4.- Soy una carga para mi familia: estarán mejor sin mí.
- 5.- No puedo vivir sin el /ella.
- 6.- Quisiera dormir y no despertar.
- 7.- Quisiera irme lejos y no regresar
- 8.- Me siento sola (o), a nadie le importo
- 9.- Quisiera acabar con todo.
- 10.- Todos mis problemas se solucionarían si yo estuviera muerto (a).

Todas estas afirmaciones están relacionadas, con la desesperanza, por lo que el paciente considera el suicidio como la única solución para hacer frente a sus problemas. Se ve a sí mismo atrapado en una situación negativa que no tiene salida y considera insoportable continuar con tal situación, el suicidio, es entonces para éste una solución para acabar con todos sus problemas.

Si la desesperanza está a la base de los deseos del suicidio, pueden emplearse varios métodos para comunicar al paciente que: a) existen interpretaciones alternativas de su situación y del futuro menos negativas que las que él sostiene, y

b) tiene otras opciones aparte de su conducta actual, que de hecho pueden llevarle a un callejón sin salida

En la primera sesión se discuten los sentimientos de desesperanza del paciente, posteriormente, se trata de inducir a identificar el grado de pensamientos ilógicos y supuestos erróneos que le llevan a la desesperanza. Se ha elaborado una Escala de Desesperanza (Beck et al., 1974; en Beck, 1983) que sirve como instrumento adicional para evaluar el riesgo de suicidio, y puede aplicarse al inicio de cada sesión, con la intención de que el terapeuta evalúe rápidamente el riesgo de suicidio.

Si en la evaluación el paciente saca un alto nivel de desesperanza, con los deseos suicidas asociados, el terapeuta debe orientar el tratamiento para hacerle frente a estos problemas inmediatamente. No puede permitirse esperar varias sesiones hasta que el cuadro se manifieste. Si el deseo del paciente de suicidarse no se explora a tiempo, éste podría no estar vivo para la siguiente sesión, es además conveniente mantenerse en contacto telefónico con el paciente hasta que haya superado la crisis. Se recomienda advertir del problema a los miembros de la familia o a un amigo de modo que cooperen con el terapeuta.

La estrategia terapéutica para tratar la desesperanza se basa en la premisa de que el paciente se halla atrapado por la arbitrariedad de sus conclusiones. No se cuestionan sus creencias. Y aunque el terapeuta las ponga en duda, al paciente le siguen pareciendo razonables. Sin embargo, suscitando su interés por explorar la validez de sus ideas, se puede desbloquear su sistema cerrado. Al reflexionar sobre la evidencia a favor de sus creencias el paciente puede recordar o recoger datos en contra de éstas provocando una “disonancia cognitiva”, es decir, demostrando las contradicciones existentes en el sistema de creencias, llevándolo hacia la luz de la razón y de la información adecuada.

Una técnica empleada en algunos de los casos mencionados, consiste en introducir datos que sean contradictorios con el sistema de creencias del paciente.

Las preguntas se encaminan a las creencias del paciente por ejemplo en una situación de separación podrían ser las siguientes: a) Necesita a su esposo (a) para ser feliz, para funcionar y para tener una identidad propia, b) tenía un matrimonio viable o, al menos, que podía salvarse, c) el terminar su matrimonio sería una pérdida irreversible, d) no tiene futuro sin su pareja.

Esto se realiza con la intención de que el paciente se dé cuenta de sus creencias y sus pensamientos, con la finalidad de que pueda darse cuenta de que existen otras alternativas, además de las que pudiera presentar en un inicio, es decir trabajar en relación a alternativas más realistas a las del suicidio.

3.3.5 Resolución de problemas con pacientes suicidas.

Muchos pacientes suicidas tienen problemas reales que contribuyen a su desesperanza y su deseo de morir, siendo los factores ambientales los que cubren una amplia gama de presiones sobre el individuo.

En el caso de los varones el factor estresante de más peso para el intento suicidio está relacionado con la ejecución en el ámbito laboral o escolar/ académico. En cuanto al intento de suicidio en las mujeres regularmente es precedido de una fricción o una ruptura de sus relaciones con otra persona.

Cuando existe una gran discrepancia entre las expectativas del individuo acerca de sí mismo y su ejecución real, tiende a experimentar una fuerte disminución en su autoestima y una negativización de sus perspectivas de cara al futuro, la pérdida de autoestima puede dar lugar a ideas como: “Soy un inútil”, “he decepcionado a todo el mundo”, “Soy un inútil, mi familia estaría mejor si yo

estuviese muerto”, “Estoy perdiendo a mi esposo” ,”Sería mejor que estuviese muerta”

.

A partir de estos pensamientos no sólo se determina hacia donde debe dirigirse la terapia, sino también que el paciente haga una lista de los aspectos por los que su familia saldría beneficiada si él muriera y una lista con los sentimientos que experimentaría su familia por su pérdida.

El paciente considera sus opciones de un modo distorsionado, el terapeuta debe ser cuidadoso y no aceptar de entrada el rechazo de un plan por parte del paciente. La elección del suicidio como curso de acción razonable suele estar basada en la estimación negativa y poco realista que el paciente hace de la evolución de sus problemas. El tipo de solución también se caracteriza por el pensamiento dicotómico del paciente “O mi marido regresa conmigo, o bien me suicidaré”, “Consigo una beca, o abandonaré la escuela”

3.4 Técnica de Inoculación de estrés

El deseo de morir puede alcanzar proporciones inimaginables. En cierto sentido el suicidio actúa como una “droga” y dentro del esquema del suicida lo considera como deseable y adecuado para su propia forma de alivio.

La tendencia al suicidio de un paciente se va a convertir en el objetivo principal de la terapia. Un procedimiento consiste en entrenar al paciente a: a) elaborar soluciones a sus problemas y b) desviar la atención (por medio de la distracción) de los deseos o ideas suicidas.

La preparación para hacer frente a los problemas consiste en esbozar situaciones ansiógenas típicas y de ocurrencia probable y pedirle al paciente que elabore soluciones. Se puede emplear la técnica de “fantasía forzada” (práctica cognitiva) que consiste en pedirle al paciente que:

- 1.- Se imagine a sí mismo en una situación límite
- 2.- Intenten experimentar la desesperación típica y los impulsos suicidas.
- 3.- Traten de generar soluciones a los problemas, a pesar de los “impulsos suicidas”.

Posteriormente se anima al paciente a que practique esta técnica en situaciones de la vida real, esto es, poniéndose en una situación desagradable e intentando pensar en soluciones realistas a los problemas que surjan. En la misma línea, la técnica de inoculación de stress se emplea para entrenar al paciente a distraerse de sus ideas de suicidio.

3.5 Incremento de los deseos suicidas durante la terapia.

El terapeuta debe saber que el deseo de morir puede fluctuar considerablemente a lo largo del tratamiento. Debe comunicar este hecho al paciente y advertirle que una intensificación repentina de los impulsos suicidas no debe interpretarse como signo de retroceso en el tratamiento. Al principio de la terapia el terapeuta debe revisar junto con el paciente suicida distintas estrategias que éste puede aplicar para hacer frente a una súbita intensificación de los impulsos suicidas.

El terapeuta siempre debe mantenerse alerta a los efectos de posibles experiencias traumáticas fuera de la terapia que pudiesen activar o intensificar los deseos suicidas.

Los pacientes que han llevado a cabo intentos de suicidio antes de la terapia tienen una especial tendencia a experimentar una intensificación de los deseos suicidas en el transcurso de la misma; es decir, es probable que las presiones habituales de la vida activen los deseos suicidas o los intentos de suicidio, incluso aunque parezca que la terapia va progresando. Algunos pacientes se disgustan cuando experimentan deseos suicidas y llegan a la conclusión de que no progresan o de que la terapia no es eficaz. A estos pacientes debe informárseles de que los impulsos suicidas pueden considerarse como un recurso valioso para la

terapia. El terapeuta debe señalar que este hecho representa una oportunidad en vez de un retroceso: la aparición o intensificación de los deseos suicidas da lugar a trabajar sobre estos en la situación terapéutica.

En este apartado se habló acerca de los principales conceptos de la terapia cognitiva de Beck y los aspectos a considerar cuando una persona depresiva presenta ideación suicida, así como la forma en que se propone aplicar ésta terapia en éste tipo de trastornos en relación con los diferentes pensamientos que pudieran aquejarle al paciente y que no le permiten funcionar en su vida, considerando que la única solución es el suicidio. Es por ello que se sugiere utilizarla con la intención de apoyar a la persona a cambiar esos pensamientos, con el único propósito de que se permita modificarlos para que pueda encarar su vida y ver hacia futuro aprendiendo a utilizarla en el momento que dichas ideas pudieran surgir nuevamente.

Por último es necesario mencionar que éste tipo de terapia ha sido efectiva en trastornos de depresión. En México se han realizado pocos estudios de investigación y por lo regular se centran en aspectos tanto de depresión, riesgo y suicidio; lo que dificulta su aplicación, de ahí que la propuesta de este trabajo se encamine más hacia la valoración de la ideación suicida, para poder prevenir la enfermedad mental la cual no sólo tiene implicaciones económicas sino también psicológicas y sociales.

Conclusiones

El modelo de intervención en crisis es una forma de apoyo terapéutico que no sólo tiene ventajas económicas, sino que es de corta duración y objetivos limitados centrados en la resolución preventiva de una desorganización psicológica, causada por acciones estresantes extremas importantes, por lo que ésta debería ser implementada como una parte integral de cualquier sistema de salud mental.

Las crisis pueden presentarse en cualquier momento de la vida del ser humano, se han clasificado básicamente en crisis evolutivas o de desarrollo y crisis circunstanciales, en donde el individuo pierde la capacidad de resolver o enfrentar alguna situación como habitualmente lo hacía, generándole ansiedad, desorganización y desequilibrio emocional.

Éstas son vividas de manera diferente en cada persona por lo que algunas necesitarán de apoyo y otras no; siendo la depresión e ideación suicida un tema preocupante debido a que cuando una persona presenta un trastorno como éste puede entrar en crisis pretendiendo quitarse la vida.

Como se ha mencionado las cifras tanto de intentos como de suicidios es alarmante, considerándose un problema de salud mental no sólo en nuestro país sino a nivel mundial.

La valoración del riesgo suicida es una tarea importante, sobre todo tratándose de pacientes depresivos, aún cuando no implique que estos puedan llegar al suicidio, sí pueden presentar ideación suicida en algún momento de su vida.

Es necesaria la implementación de programas de prevención de la conducta suicida tanto en la comunidad como en pacientes psiquiátricos.

Es importante capacitar al personal de salud mental de manera continua tanto en su formación como sensibilizándolo ante este tipo de trastornos, lo cual podría dar como resultado un aminoramiento de los riesgos y conductas suicidas.

Es por ello que el modelo de intervención en crisis se considera como una alternativa no sólo para prevenir el mismo, sino también, puede servir como un medio para evitar que se desarrolle alguna psicopatología o enfermedad mental, ya que éste da la posibilidad de otorgar atención oportuna e inmediata a la persona que lo requiera, asistiendo también al paciente en la resolución de sus creencias y expectativas destrozadas o errores cognitivos.

Por esta razón se propuso como alternativa emplear la terapia cognitiva de Beck, debido a que los objetivos de ésta son motivar el deseo de vivir mediante la vinculación con la realidad, promueve la actitud de la superación de la desesperanza, como el de enseñar a superar aquellos factores que le produzcan inestabilidad, proporcionándole un repertorio cognitivo y de habilidades sociales adecuadas a sus necesidades como una manera de apoyar a la persona a cambiar sus creencias o vea de una manera diferente su vida, favoreciendo sus expectativas sobre la misma y obteniendo mayor crecimiento personal.

Referencias.

Arteaga, M., (2002) *“El Psicólogo en la Orientación por Teléfono en Locatel y Saptel”*. Tesis Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores. Iztacala. UNAM.

Ayuso G., J., (1997) *Depresión: Visión actual*. Madrid, España: Grupo Aula Médica.

Beck, A., T., (1983) *Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck* (5ª. Edición). España: Desclée de Brouwer.

Bellak, L., (1993) *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. (2da. Edición). México: El Manual Moderno.

Bellak., L., (1980) *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. Mexico: Pax -México.

Bloch, E.; Rubin, B., (2001) *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: Teoría y Práctica*. España: Desclée de Brouwer.

Caballo, V., E., (2002) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos: Trastornos por Ansiedad, Sexuales, Afectivos y Psicóticos*. Vol.1 (543-574 pp.). España: Siglo XXI.

Caplan, G., (1985) *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona. España: Paidós.

Clemente, M., (1996) *Suicidio: Una Alternativa Social*. Capítulo Primero, II, y IV. España: Biblioteca Nueva.

Durkheim, E., (1990) *El Suicidio*. (3era. Edición). Puebla, México: Premia.

Fernández, A., F., (2001) *Claves de la Depresión*. (23-77 y 185-197 pp.). España: Cooperación Editorial. S. L.

Flores, I. (Tr.) (2002) *DSM-IV TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (1a. Edición). México: Masson Doyma.

Garfield, S., (1994) *Psicología Clínica: El Estudio de la Personalidad y la Conducta*. México: El Manual Moderno.

Gómez del C., J., (1999) *Psicología de la Comunidad: Comunidad y Salud Mental*. México: Plaza y Valdez

González O., L., (2003) *Propuesta de Intervención en Crisis a Padres Neonatos en Terapia Intensiva*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Kleinmuntz, B., (1980) *Elementos de Psicología Anormal*. México: CECSA.

Kramlinger, K., (2001) *Guía de la Clínica Mayo Sobre Depresión*. (1ª. Edición). México: Intersistemas.

Macia, A., M., (1997) *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de Casos*. Capítulo 6. España: Pirámide.

Mc Cullough, J., P., (2003) *Tratamiento para la Depresión Crónica: Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo Conductual*. (18-21 y 49-62 pp.). México: El Manual Moderno.

Mejía R., M., (2005) *“El tratamiento del Yo en la Intervención en Crisis”*. Tesina Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.

Montanari, R., A., (1987) *Manual de Psiquiatría: Los trastornos anímicos "Endógenos"* Capítulo 1. Argentina: El Ateneo

Noyes, A., Kolb, L., (1966) *Psiquiatría Clínica Moderna*. (3era. Edición). México: La Prensa Médica Mexicana.

Noyes, A., Kolb, L., (1983) *Psiquiatría Clínica Moderna*. (6ª. Edición). México: La Prensa Médica Mexicana.

Pérez, A., M., (2003) *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces en Adultos*. Madrid: Pirámide.

Pignarre, P., (2003) *La Depresión: Una Epidemia de Nuestro Tiempo*. (1ª. Edición). Barcelona, España: Random House Mondador.

Polaino-Lorente, A., (1985) *La Depresión*. España: Martínez Roca.

Saldaña, C (2001) *Detección y Prevención en el Aula de los Problemas del Adolescente*. Capítulo 4. España: Pirámide.

Salgado, C., I., (2003) *Técnicas Psicocorporales de Intervención en Crisis para Casos de Desastres*. Tesis Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.

Sánchez, V., (1991) *Psicología Comunitaria: Bases conceptuales y Operativas*. (2da Edición).Capítulo 10. Barcelona, España: Promociones y Publicaciones Universitarias S.A.

Sandoval, C., (2005) *Evaluación del Riesgo Suicida en Usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (Saptel)*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Slaikeu; K., (1996) *Intervención en Crisis: Manual para práctica e investigación*. (2da. Edición).México: EL Manual Moderno.

Sullivan, D., L., (2000) *Personas en Crisis: Intervenciones terapéuticas estratégicas*. Capítulo 12. (2da. Edición).Santa Fe de Bogotá, Colombia: Pax México.

Weiner, I., (1992) *Intervención en Crisis y Terapia de Urgencia. Métodos de Psicología Clínica*.México: Limusa.

Worn, C., (2004) *Modelo de Intervención en Crisis*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología: UNAM.

Yapko; M. (2006) *Para Romper los Patrones de la Depresión*. Capítulo 1 México. Pax México.

www.inegi.gob.mx.

<http://www.un.org/spanish/News/>

Anexo 1

Suicidios por Entidad Federativa donde ocurrió el Suicidio y Variación Porcentual Anual 2000 y 2001

Información tomada del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

**INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS POR ENTIDAD FEDERATIVA
DE RESIDENCIA HABITUAL Y SEXO SEGÚN ÁREA RURAL
O URBANA
2005**

CUADRO 2.9

Entidad federativa Sexo	Intentos de suicidio				Suicidios			
	Total	Rural	Urbana	No espe- cificada	Total	Rural	Urbana	No espe- cificada
Estados Unidos Mexicanos	227	24	202	1	3 553	855	2 593	105
Hombres	108	11	97	0	2 970	714	2 161	95
Mujeres	119	13	105	1	583	141	432	10
Aguascalientes	0	0	0	0	58	15	43	0
Hombres	0	0	0	0	44	11	33	0
Mujeres	0	0	0	0	14	4	10	0
Baja California	0	0	0	0	59	8	51	0
Hombres	0	0	0	0	52	5	47	0
Mujeres	0	0	0	0	7	3	4	0
Baja California Sur	0	0	0	0	44	8	36	0
Hombres	0	0	0	0	41	6	35	0
Mujeres	0	0	0	0	3	2	1	0
Campeche	0	0	0	0	65	18	47	0
Hombres	0	0	0	0	54	17	37	0
Mujeres	0	0	0	0	11	1	10	0
Coahuila de Zaragoza	0	0	0	0	118	4	114	0
Hombres	0	0	0	0	106	4	102	0
Mujeres	0	0	0	0	12	0	12	0
Colima	0	0	0	0	20	2	18	0
Hombres	0	0	0	0	16	2	14	0
Mujeres	0	0	0	0	4	0	4	0
Chiapas	2	1	1	0	88	39	47	2
Hombres	2	1	1	0	71	31	38	2
Mujeres	0	0	0	0	17	8	9	0
Chihuahua	6	0	5	1	215	35	172	8
Hombres	5	0	5	0	187	33	147	7
Mujeres	1	0	0	1	28	2	25	1
Distrito Federal	15	0	15	0	203	0	202	1
Hombres	7	0	7	0	155	0	154	1
Mujeres	8	0	8	0	48	0	48	0
Durango	51	4	47	0	86	21	65	0
Hombres	19	1	18	0	72	16	56	0
Mujeres	32	3	29	0	14	5	9	0
Guanajuato	13	2	11	0	209	44	165	0
Hombres	5	1	4	0	167	32	135	0
Mujeres	8	1	7	0	42	12	30	0
Guerrero	1	1	0	0	31	10	21	0
Hombres	0	0	0	0	26	8	18	0
Mujeres	1	1	0	0	5	2	3	0
Hidalgo	0	0	0	0	43	30	13	0
Hombres	0	0	0	0	30	20	10	0
Mujeres	0	0	0	0	13	10	3	0
Jalisco	9	1	8	0	232	21	210	1
Hombres	5	0	5	0	200	18	181	1
Mujeres	4	1	3	0	32	3	29	0
México	2	0	2	0	88	23	64	1
Hombres	1	0	1	0	61	15	45	1
Mujeres	1	0	1	0	27	8	19	0
Michoacán de Ocampo	0	0	0	0	142	41	101	0
Hombres	0	0	0	0	113	30	83	0
Mujeres	0	0	0	0	29	11	18	0
Morelos	0	0	0	0	60	22	38	0
Hombres	0	0	0	0	44	15	29	0
Mujeres	0	0	0	0	16	7	9	0

(Continúa)

**INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS POR ENTIDAD FEDERATIVA
DE RESIDENCIA HABITUAL Y SEXO SEGÚN ÁREA RURAL
O URBANA
2005**

CUADRO 2.9

Entidad federativa Sexo	Intentos de suicidio				Suicidios			
	Total	Rural	Urbana	No espe- cificada	Total	Rural	Urbana	No espe- cificada
Nayarit	3	0	3	0	31	10	13	8
Hombres	3	0	3	0	27	10	11	6
Mujeres	0	0	0	0	4	0	2	2
Nuevo León	25	1	24	0	177	6	170	1
Hombres	14	1	13	0	151	5	146	0
Mujeres	11	0	11	0	26	1	24	1
Oaxaca	0	0	0	0	111	48	62	1
Hombres	0	0	0	0	91	43	47	1
Mujeres	0	0	0	0	20	5	15	0
Puebla	2	1	1	0	125	30	94	1
Hombres	1	0	1	0	99	26	72	1
Mujeres	1	1	0	0	26	4	22	0
Querétaro Arteaga	0	0	0	0	70	29	41	0
Hombres	0	0	0	0	54	20	34	0
Mujeres	0	0	0	0	16	9	7	0
Quintana Roo	1	0	1	0	83	6	77	0
Hombres	0	0	0	0	71	6	65	0
Mujeres	1	0	1	0	12	0	12	0
San Luis Potosí	4	0	4	0	91	40	51	0
Hombres	3	0	3	0	77	34	43	0
Mujeres	1	0	1	0	14	6	8	0
Sinaloa	0	0	0	0	95	31	63	1
Hombres	0	0	0	0	80	30	49	1
Mujeres	0	0	0	0	15	1	14	0
Sonora	25	2	23	0	163	31	132	0
Hombres	14	2	12	0	143	28	115	0
Mujeres	11	0	11	0	20	3	17	0
Tabasco	0	0	0	0	196	94	101	1
Hombres	0	0	0	0	172	86	85	1
Mujeres	0	0	0	0	24	8	16	0
Tamaulipas	8	1	7	0	99	18	80	1
Hombres	5	1	4	0	92	17	74	1
Mujeres	3	0	3	0	7	1	6	0
Tlaxcala	0	0	0	0	33	23	10	0
Hombres	0	0	0	0	21	15	6	0
Mujeres	0	0	0	0	12	8	4	0
Veracruz de Ignacio de la Llave	3	2	1	0	258	96	160	2
Hombres	1	0	1	0	224	87	135	2
Mujeres	2	2	0	0	34	9	25	0
Yucatán	56	8	48	0	131	23	108	0
Hombres	22	4	18	0	115	20	95	0
Mujeres	34	4	30	0	16	3	13	0
Zacatecas	1	0	1	0	53	29	24	0
Hombres	1	0	1	0	44	24	20	0
Mujeres	0	0	0	0	9	5	4	0
Estados Unidos de América	0	0	0	0	7	0	0	7
Hombres	0	0	0	0	7	0	0	7
No especificada	0	0	0	0	69	0	0	69
Hombres	0	0	0	0	63	0	0	63
Mujeres	0	0	0	0	6	0	0	6

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Sociales.

Anexo 2

Cuadro de Intentos de Suicidio por Entidad
Federativa, de Residencia Habitual y Sexo Según
Área Rural o Urbana del 2005.

Información tomada del Instituto Nacional de Estadística, Geografía
e Informática.

Suicidios por Entidad Federativa donde Ocurrió el Suicidio y Variación Porcentual Anual
2000 y 2001

Entidad Federativa	2000	2001	Variación Porcentual 2000-2001
Estados Unidos Mexicanos	2 736	3 089 ^{1/}	12.9
Aguascalientes	36	48	33.3
Baja California	78	91	16.7
Baja California Sur	33	18	-45.5
Campeche	64	72	12.5
Coahuila de Zaragoza	65	97	49.2
Colima	37	23	-37.8
Chiapas	24	34	41.7
Chihuahua	152	168	10.5
Distrito Federal	234	269	15.0
Durango	63	70	11.1
Guanajuato	164	175	6.7
Guerrero	31	28	-9.7
Hidalgo	60	42	-30.0
Jalisco	139	265	90.6
México	97	81	-16.5
Michoacán de Ocampo	132	135	2.3
Morelos	41	55	34.1
Nayarit	25	36	44.0
Nuevo León	130	159	22.3
Oaxaca	63	69	9.5
Puebla	52	65	25.0
Querétaro de Arteaga	31	52	67.7
Quintana Roo	67	72	7.5
San Luis Potosí	105	98	-6.7
Sinaloa	60	71	18.3
Sonora	105	155	47.6
Tabasco	152	160	5.3
Tamaulipas	88	72	-18.2
Tlaxcala	13	13	0.0
Veracruz Llave	249	252	1.2
Yucatán	115	93	-19.1
Zacatecas	31	48	54.8

^{1/} Considera tres casos donde no se especificó la entidad federativa de ocurrencia del suicidio.

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales.

Anexo 3

Tablas Estadísticas Sobre Intentos de Suicidio,
Registrados Según Causa de 1990 a 2005.

Información tomada del Instituto Nacional de Estadística, Geografía
e Informática.

Suicidios registrados según causa, 1990 a 2005

Año	Total	Amorosa	Dificultad económica	Disgusto familiar	Enfermedad grave e incurable	Enfermedad mental a/	Remordimiento	Otras causas	No especificada
1990 b/	1,405	87	31	128	100	60	20	916	63
1991	1,826	148	69	122	126	218	18	153	972
1992	1,955	106	55	133	109	359	27	163	1,003
1993	2,022	110	77	198	95	306	17	184	1,035
1994	2,215	132	86	183	137	78	28	344	1,227
1995	2,428	156	126	238	171	122	40	168	1,407
1996 c/	2,233	170	89	239	144	103	31	169	1,288
1997 c/	2,459	165	100	247	155	119	31	176	1,466
1998 c/	2,414	181	94	258	131	94	39	189	1,428
1999 c/	2,531	195	67	281	143	134	48	191	1,472
2000	2,736	221	90	291	187	110	49	219	1,569
2001	3,089	237	87	275	197	142	32	348	1,771
2002	3,160	239	112	331	158	119	31	339	1,831
2003	3,327	246	110	301	170	140	42	281	2,037
2004	3,324	230	94	280	172	141	33	287	2,087
2005	3,553	275	116	314	194	156	28	379	2,091

a/ Hasta 2003 se refiere a Enajenación mental.

b/ Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal, Guerrero y Campeche.

c/ Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.

Anexo 4

Síntesis de la Estadística de los Suicidios Ocurridos en México en 2005

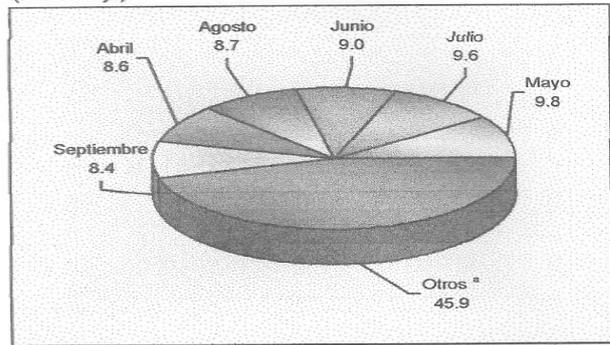
Información tomada del Instituto Nacional de Estadística, Geografía
e Informática.

Estados Unidos Mexicanos 2005

Suicidios ocurridos	3 553
Causa del suicidio	
Causa amorosa	275
Dificultad económica	116
Disgusto familiar	314
Enfermedad grave o incurable	194
Otras causas	563
No especificada	2 091
Sitio de ocurrencia del suicidio	
Casa habitación	2 780
Vía pública	191
Campo	173
Otros lugares	340
No especificado	69
Medio empleado por el suicida	
Arma de fuego	497
Estrangulación	2 593
Veneno tomado	238
Otros medios	207
No especificado	18
Sexo del suicida	
Hombres	2 970
Mujeres	583
Grupo de edad del suicida	
Menores de 15 años	139
De 15 a 24 años	948
De 25 a 34 años	860
De 35 a 44 años	614
De 45 años y más	834
No especificado	158
Estado conyugal (civil) del suicida	
Soltero	1 386
Casado	1 286
Unión libre	451
Otro estado conyugal (civil)	211
No especificado	219
Nivel de escolaridad del suicida	2 211
Primaria	1 042
Secundaria	676
Preparatoria	267
Profesional	206
Otro nivel de escolaridad	20
Ocupación del suicida	2 013
Trabajadores agropecuarios	515
Artesanos y obreros	478
Oficinistas	336
Comerciantes y dependientes	180
Otras ocupaciones	504
Suicidas que residían en el país	3 477

SUICIDIOS SEGÚN PRINCIPAL MES DE OCURENCIA
(Porcentaje)

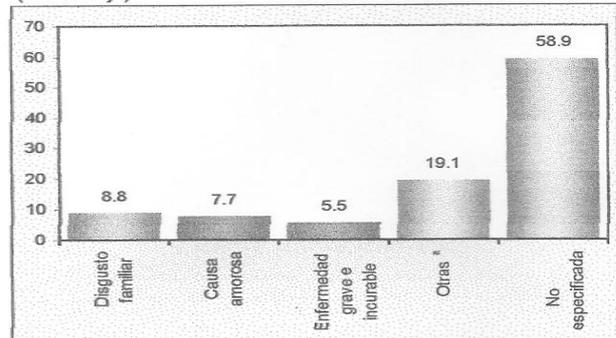
Gráfica 1



* Comprende: enero, febrero, marzo, octubre, noviembre y diciembre.

SUICIDIOS SEGÚN PRINCIPAL CAUSA
(Porcentaje)

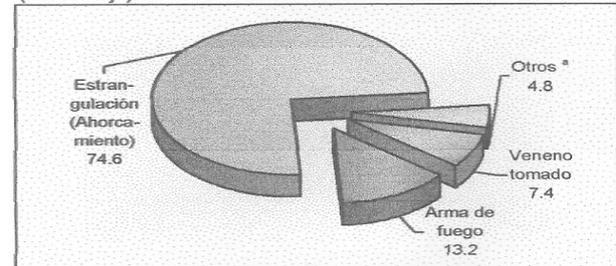
Gráfica 2



* Comprende: dificultad económica, enfermedad mental, remordimiento y otras causas.

SUICIDIOS OCURRIDOS EN CASA SEGÚN PRINCIPAL MEDIO EMPLEADO
(Porcentaje)

Gráfica 3



* Comprende: arma blanca, machacamiento, precipitación, gas venenoso, quemaduras, sumersión, intoxicación por medicamentos y otros medios.