



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“Estudio descriptivo del manejo terapéutico con familias en proceso de duelo por pérdida suicida desde el enfoque cognitivo”.

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos

Para obtener título de Psicólogo con Mención en Clínica

PROFESOR GUÍA

Jacobo Recalde

AUTOR

Consuelo Flores

2009

Quito

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA:

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientado sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Jacobo Recalde
Psicólogo Clínico
C.I. 171591815-5

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE:

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones que protegen los derechos de autor vigentes”.

Consuelo Flores Castro
C.I. 180291860-5

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a quienes siempre confiaron en mí, a mi Papá y mi Mamá por todos los cuidados, por enseñarme tantas cosas y por bendecir mi vida.

Especialmente a mi hermano Galo, al Joaquín a mi abuelito Juan, a mi tío Alejandro, mi tía Evita por cada palabra con cariño.

A mi tía Consuelo por escucharme siempre con atención y por todo el amor.

A la Antonia por siempre darme ánimo, al Jacobo por la paciencia.

Y como no, al Esteban por demostrarme que todo es posible.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hermano Galo por haber estado siempre conmigo,
Incluso cuando es difícil estar consigo mismo.

RESUMEN

El presente trabajo tiene la finalidad de exponer un estudio descriptivo del potencial psicoterapéutico del enfoque cognitivo estándar, facilitando una intervención efectiva y fundamentada científicamente para afrontar el suicidio de un ser querido.

La muerte de un ser querido implica que las familias y personas cercanas se adapten a la pérdida, este proceso de adaptación se conoce como duelo.

Desde el modelo cognitivo pretendemos entender los significados, estrategias y reacciones naturales de las personas que sufren pérdidas relacionadas con el suicidio, para generar métodos de intervención efectivos y científicamente sustentados.

ABSTRACT

This descriptive study has as objective to show the potential that the cognitive psychotherapy has to help effectively and with scientific support to surpass someone`s beloved suicide.

The loss of a beloved person implies an adaptation process known as mourning which the family or known people experience.

By the cognitive model we try to understand the meaning, strategies and natural reactions from who grief's a loss related with suicide to generate effective intervention methods which are scientific supported.

ÌNDICE O TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	10
-------------------	----

CAPITULO I

1. Suicidio

1.1. El Suicidio.....	13
1.2. Factores de Riesgo Suicida.....	19
1.3. Qué es un intento de suicidio.....	22
1.4. Qué tipos de intento de suicidio existen.....	24
1.5. El suicidio en el Ecuador.....	25
1.6. Datos Estadísticos sobre el suicidio en el Ecuador.....	26
1.7. El suicidio asociado a otras problemáticas de salud mental.....	29

CAPITULO II

2. Visión Cognitiva del Suicidio

2.1. La Triada Cognitiva.....	30
2.2. Explicaciones de los intentos de suicidio dentro del marco teórico general del modelo cognitivo.....	33
2.3. Desesperanza.....	36
2.4. Autoeficacia. (Competencia).....	38

CAPITULO III

3. Duelo

- 3.1. ¿Qué es el duelo? La dinámica del duelo y su origen..... 39
- 3.2. Características del duelo: Reacciones normales ante la pérdida de un ser querido..... 41
- 3.3. Fases del duelo..... 42

CAPITULO IV

4. Terapia Cognitiva.

- 4.1. Conciencia Plena..... 46
- 4.2. Por qué la Terapia Cognitiva..... 48
- 4.3. Limitaciones de la Terapia Cognitiva..... 53
- 4.4. Previniendo una recaída..... 55

CAPITULO V

5. Familia.

- 5.1. Definición de familia..... 59
- 5.2. La familia como sistema..... 61
- 5.3. La familia y el proceso de duelo..... 63

6. Conclusiones..... 67

7. Recomendaciones..... 68

Bibliografía..... 69

Anexos..... 73

INTRODUCCIÓN

Fue Hipócrates en el siglo IV, en Grecia el primero en hablar de suicidio en forma de síntomas autodestructivos y a partir de ahí se ha seguido la búsqueda del saber en el ser humano.

Este estudio tratará al suicidio como un tema con significado diferente para cada persona, pues es su propio concepto de la vida o de la muerte. El hecho de que este acto se consume debe ser visto como problemáticas no resueltas a lo largo de la vida o situaciones no esperadas que sobrecargan al individuo, tomando en cuenta su personalidad, sus propios mecanismos de solución de problemas y el medio en el que se desenvuelve.

Se pueden señalar ciertos agentes, los cuales despiertan un conjunto de emociones agresivas como ira, tristeza, ansiedad, etc. Este tipo de reacciones requiere proveer herramientas psicológicas a los familiares, conocer más acerca de este fenómeno o algunas situaciones contraproducentes como el negar la existencia del problema de suicidio, ofreciendo información falsa y con esto mantener la mitología, deformando un análisis correcto de este hecho.

En estudios realizados a nivel mundial, el suicidio representa el 10% de muerte en los pacientes psiquiátricos. Un suicidio se produce cada 40 segundos, subrayan los expertos en las estadísticas hechas alrededor del mundo. También el suicidio es considerado como la tercera causa de mortalidad entre los adolescentes, jóvenes y adultos. Ocupa octavo puesto como causa de muerte entre todas las edades.

(Vivar, www.elmercurio.com.ec.)

Aunque tradicionalmente se le ha considerado como una expresión de los conflictos mentales subyacentes y prolongados como la depresión, a veces el suicidio no se relaciona con patologías mentales declaradas, y su latencia, en estos casos, es más bien corta. Es fundamental profundizar en el enfoque cognitivo.

¿Cuáles son las notas innovadoras de este tipo de terapia? La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra. “Empirismo Colaborativo”: en contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalítica o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. Dado que el paciente depresivo suele estar, al principio, confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta con el fin de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana. (Beck, 1979, p.15, 16).

Para este estudio descriptivo la terapia desde el enfoque cognitivo en el duelo por pérdida suicida, es la más adecuada ya que toda pérdida provoca un sentimiento de dolor o desconcierto por lo que ya pasó, si aplicamos una técnica con la cual nos enfocamos en el aquí y el ahora y sus interacciones, podremos realizar una intervención pro- activa, generadora de objetivos por su visión a un futuro a partir de sus construcciones actuales, promoviendo la conciencia de la persona partiendo de una experiencia pasada.

En vista de que el paciente suicida distorsiona de una manera negativa sistemáticamente sus experiencias, debemos tomar en cuenta las amenazas de atentar contra su vida, procurar mantener al paciente en un lugar adecuado, en lo posible informar a la familia lo que ha sucedido, mostrar flexibilidad con los deseos del paciente, debemos evitar realizar algún tipo de juzgamiento ofreciéndole nuestra ayuda hasta el punto que sea técnicamente recomendable.

En el caso de que el suicidio se lleve a cabo las personas que se ven realmente afectadas por esto son los familiares, he aquí la importancia del proceso de intervención terapéutico para con los mismos, este trabajo será un interesante apoyo con una de las formas para manejar adecuadamente esta situación, en vista de que cuando se atraviesa un proceso de duelo es “normal” tener diferentes

reacciones como: incredulidad del hecho, rebeldía ante lo sucedido, tristeza y por último la aceptación gradual de la pérdida.

Este trabajo posee una vivencia personal con respecto al tema, por ello a más de ser un trabajo de gran esfuerzo, es una investigación que pretende colaborar con todas las personas que en un momento de su vida tienen que afrontar este tipo de crisis que puede ser tomada como una oportunidad para efectuar un cambio positivo.

CAPITULO I

1. Suicidio

“Lo que nos hace buenos terapeutas -y buenos seres humanos- no es haber destilado las mejores soluciones a nuestros peculiares dolores sino haber convivido con ellos sin evadirlos; no es saber las respuestas sino haberse planteado gran cantidad de preguntas, cada una ligeramente diferente, sobre los mismos temas recurrentes; no es “conocerse a uno mismo” sino saber que uno mismo -como toda vida- es inherentemente incognoscible, sorpresivo, milagroso. Es confiar en los propios recursos ante la adversidad; abordar los desafíos con fascinación y ganas sabiendo que, eventualmente, surgirá algo de lo que podremos agarrarnos. Es, en síntesis, responder al Universo con un sí”.

Esteban Laso.

1.1. El Suicidio

Suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada, por intermedio de una agresión contra la propia vida.

“El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado” (Pérez, 1999, p.197)

El suicidio (del latín sui caedere, matar a uno mismo) es el acto de quitarse la propia vida. Muchas religiones lo consideran un pecado, y en algunas jurisdicciones se considera un delito. Por otra parte, algunas culturas lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes, sin escapatoria o dolorosas en extremo.

(Wikipedia, <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>).

Por ello es importante recalcar que el suicidio tiene diferentes connotaciones para cada individuo, dependiendo del medio en el que se desenvuelve, la enseñanza que le han impartido, religión, cultura, entre otros.

Para una mayor comprensión del tema se abordaran diferentes aspectos.

La Teología aborda al suicidio desde dos perspectivas: el suicidio directo que es considerado siempre malo, escandaloso por que la persona sabe lo que su acto va a ocasionar, a donde va a llegar. Pero el suicidio indirecto, no es considerado de esta forma debido a que la persona no está realizando un acto premeditado, de cierta forma.

El suicidio directo puede ser visto como aquel en que el ser humano busca mediante un acto suyo provocarse la muerte, mientras en el indirecto, la persona se da muerte sin procurarla libremente.

Es por esto que existe un constante cuestionamiento sobre cuál es el diagnóstico adecuado frente a un comportamiento suicida, si es correcta la decisión que tomó o si no lo es; porque posee gran carga de sentimientos, diferentes percepciones, incluso cuando un individuo no haya vivido de manera directa un hecho de este tipo con algún familiar o persona cercana, tiene su propio juicio sobre el mismo.

Uno de los problemas más complejos referentes al comportamiento suicida probablemente sea el choque cultural o idiosincrático que este o estos eventos prefiguran hacia el contexto influyente, en el evento dado de cualesquiera de los comportamientos ligados a la autoeliminación, las variables que guían la reacción de las personas está vinculada al rechazo frente a dichos eventos, generando posiblemente un escenario propicio para el estigma social y los prejuicios, que determinan su tratativa en una amplificación o minimización de los componentes ligados al mismo.

La conducta de los individuos ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos; cuando hoy en día se habla de su muerte, piensa que si tuviese la oportunidad escogería una muerte súbita, sin dolor, como un leve sueño. (...)

Las antiguas civilizaciones sacralizaron la muerte, la domesticaron, queriendo restarle dramatismo e integrarla en un sistema de ritos y creencias que tenían por objeto convertirla en una etapa más del destino, por ello, rechazaban y condenaban el suicidio: el cuerpo del suicida era

castigado, arrastrado por el suelo, y no tenía derecho a ser sepultado en la Iglesia... solo en el caso del soldado vencido que se suicidaba por honor, o de otras formas de suicidio como el duelo.

(Wikipedia, <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>).

Se considera al suicidio no solamente como un deseo de autoeliminación, también como un hecho que ha estado ligado a la humanidad y sus tradiciones, “como los mayas, según refiere la historia, veneraban a Ixtab, la diosa del suicidio, y, en el Lejano Oriente, los japoneses se hacían el "harakiri"(Seppuku) para lavar la deshonra”. (Wikipedia, <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>).

El Seppuku es el término que se utiliza para denominar al suicidio ritual, era una práctica común entre los Samurai que consideraban su vida como una entrega de honor al morir victoriosamente, rechazando la muerte natural.

En la actualidad seguimos observando episodios suicidas, aunque las condiciones psico-sociales son diferentes: la iglesia ha ido perdiendo poder, ya no existen clanes Samurai en el Japón o culturas enteras venerando a diosas del suicidio, son las imágenes las que han cambiado, hoy existen ídolos impuestos por el sistema y la televisión, y actos de violencia en escalas mayores como las masacres en escuelas de Estados Unidos y Europa, que podrían formar parte de un fenómeno social, que desintegran las creencias del sujeto al tiempo que mitigan el sentido de identidad individual enfrentándolo a símbolos o valores a momentos incomprensibles, anteponiendo modelos idealizados sobre “lo que debo ser y hacer”.

Sólo un número pequeño de estos posee una perturbación mental en el sentido clínico, son individuos catalogados como “normales”.

Uno de los primeros actos de violencia que podemos considerar en este sentido fue en el año de 1997 en West Paducah- Kentucky donde un adolescente de 14 años mató a tiros a tres compañeros de la escuela y cinco salieron heridos.

Estos actos de agresión poseen un alto grado de violencia interna ya que están asumiendo el riesgo de terminar muertos y por ende esta violencia va dirigida directamente a otras personas.

En países como Estados Unidos, Suiza, Alemania las llamadas sectas suicidas llamaron varias veces la atención de forma desagradable, por actos de suicidio colectivo o ritualizado, una especie de síntesis de asesinato y suicidio escenificados.

En países grandes y viejas civilizaciones, como Japón e India, la conciencia de pertenecer a una colectividad, es bastante fuerte, esta conciencia está desarrollada más que la conciencia individual.

El sentido de pertenecer a la comunidad influye de tal forma que la persona y sus intereses individuales son suprimidos por la comunidad que exige de todos sus miembros hacer ciertos sacrificios para el beneficio colectivo, en algunos casos incluso el hecho de desistir a su propia vida.

Fue a partir del siglo XIX cuando se perdió ese sentido de socialización, inserto en la ritualidad. La sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo. De este modo, la sociedad occidental se había desvinculado de la muerte y del suicidio en particular. (Wikipedia, <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>).

En la actualidad, esconder un hecho suicida es la opción adoptada con mayor frecuencia, a pesar de esto, se pretende que exista un cambio y los familiares de los suicidas hablen, ya que ayudaría a realizar más estudios y eventualmente implementar programas de prevención potencialmente eficaces.

Conocer el proceso completo que lleva a tomar la decisión de suicidarse no es posible; las hipótesis que se vierten alrededor del comportamiento suicida merecen un estudio científico detallado que integre los pensamientos, actos y conductas para explicar el tema de forma integral en cada individuo.

Desde otra perspectiva el suicidio es estudiado por el sociólogo francés Émile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897), señala que son fenómenos individuales, que responden básicamente a causas sociales.

Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, principalmente la desintegración o falta de regulación social adecuada del individuo en la colectividad.

Por tanto el suicidio en el estudio de Durkheim sería considerado como un hecho social, pues el medio en el que uno se encuentra, siempre logrará una influencia en cada persona.

Para hablar de diferentes perspectivas acerca del suicidio se puede tratar a más de aspectos psicológicos y sociológicos, los aspectos orgánicos del mismo, debido a que el suicidio es a fin de cuentas, el fin de un organismo viviente.

“Desde el punto de vista orgánico y biofisiológico podemos decir que la muerte es la paralización progresiva y la consiguiente destrucción del complejo químico vital, cuyos elementos se disociaran paulatinamente para terminar retornando a la naturaleza”. (Tozzini, 1969, p.1).

Por este y algunos factores estudiados anteriormente podemos determinar que el suicidio en sí, es terminar con la existencia física, psíquica y social del individuo, perdiendo todo tipo de contacto con el resto del mundo, que es lo que se conoce hasta el día de hoy. He aquí la importancia de tratar los problemas subyacentes que el familiar de un suicida llega a padecer cuando este hecho se consuma.

Muchos de los suicidas, dejan notas o cartas con sentimientos y explicaciones de las razones por las que se quitaron la vida. Estos sentimientos ahí expresados quizá no tuvieron la oportunidad de ser escuchados anteriormente por los seres queridos más cercanos, para que exista un apoyo profesional oportuno; por otra parte, si el individuo con ideas suicidas está bien informado podría ser el mismo quien busque soluciones a sus problemas conociendo qué hacer o a quién acudir cuando lleguen este tipo de ideas a su mente.

Pese a que el sujeto conozca qué es lo que está pasando en su vida y que cuenta con ayuda, muchas veces ocurre que la percepción sobre su estado es más fuerte, anulando las posibilidades que existen, y él considere que la vida es tan dolorosa, vacía y sin sentido que sólo la muerte puede darle alivio.

Aún así, si esta percepción es buena o mala, lógica o ilógica no corresponde ser juzgada, sino tratada para evitar pérdidas de valiosas vidas humanas, ya que las cifras de intentos de suicidio y suicidio consumado son realmente alarmantes.

Hoy en día las cosas poco a poco van cambiando, ya que este acto puede ser visto como síntoma de enfermedad o un trastorno psicológico y es posible que eventualmente se lo acepte como una elección de vida, o se llegue a denunciar el hecho, lo que vendría a ser un aporte para futuros estudios y planes preventivos, ya que la información estadística que se tendría sería más cercana a la realidad.

“Por consecuencia, se suicida aquel que no sólo se mata voluntariamente, sino que renuncia a la vida con una voluntariedad preñada de exclusivos deseos de autoeliminación”. (Tozzini, 1969, p.7)

Se debe considerar que la problemática del suicidio es uno de los motivos de estudio más importantes para el pensamiento filosófico debido a que no se puede dar una respuesta o encontrar una lógica para que un individuo llegue a cometer un acto suicida, terminando así con su propia vida.

Es primordial conocer lo que se entiende por suicidalidad debido a que es el estado completo de los esfuerzos psíquicos y las situaciones reinantes que llevan a consumir el suicidio.

Sólo recientemente, y debido sobre todo a las investigaciones de Stengel, se ha comenzado a distinguir de manera más estricta entre suicidio y tentativa de suicidio. Dicho autor y muchos otros parten para ello de la consideración de que son diferentes las evoluciones psicodinámicas que conducen, en un caso, al suicidio, y, en otro, a la tentativa de suicidio (Memrigger, 1920, p.16)

En la mayoría de los casos no es posible hacer una diferenciación absoluta por que hay que conocer la evolución suicidal del individuo para así detectar qué fue lo que ocasiono llegar a ese punto.

1.2. Factores de Riesgo Suicida

Estos son factores que incrementan el riesgo potencial del acometimiento de un intento de suicidio.

Para hablar de suicidio y sus factores de riesgo debemos considerar los siguientes:

Blumenthal trata factores de riesgo suicida que son:

- Factores biológicos: disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo.
- Trastornos psiquiátricos: incluye trastornos afectivos, alcoholismo y esquizofrenia, entre otros.
- Antecedentes familiares: presencia de familiares con intento suicida, suicidios, etc.
- Rasgos de personalidad premorbida: Resalta los trastornos de personalidad antisocial o limítrofe.
- Factores psicosociales y enfermedades médicas: incluye duelo reciente, divorcio, vida familiar crítica, jubilación, viudez reciente, enfermedades tales como epilepsia, cáncer, ulcera gastroduodenal, esclerosis múltiple, sida, etc. (Blumenthal,1988,p.1)

Con referencia a los trastornos psiquiátricos podemos considerar que en más del 90% de los casos existiría una condición nosológica psiquiátrica relacionada.

Por orden de frecuencia se presentan: trastornos del estado anímico, siendo primordial en la depresión mayor y los cuadros de psicosis maniaco-depresiva, es menos frecuente en la primera etapa de quejas afectivas. Otro factor sería el abuso de sustancias psicoactivas.

Concretamente en el alcoholismo, el segundo diagnóstico psiquiátrico más frecuente, la tasa de suicidios es del 15 %, en otras toxicomanías se presenta una tasa del 10% en la Esquizofrenia que es una enfermedad mental caracterizada por

una alteración profunda del pensamiento, la afectividad y una percepción desorganizada y alterada de la realidad. Existe un riesgo de un 15 %. Se asocia a la actividad alucinatoria oyen voces que no son reales y que les impulsan al suicidio y a la depresión.

Se da más en jóvenes, en los primeros cuatro años de evolución de la enfermedad.

Trastornos de la personalidad como la personalidad *borderline*, que se caracteriza por tendencias al *acting out*, sensación de vacío, el miedo al abandono entre otras cosas.

Síndromes mentales orgánicos, donde se incluyen la demencia y la enfermedad de Parkinson, fundamentalmente.

Historia de intentos y amenazas: Entre el 25 y el 50% de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos, ya que existe una tendencia a repetir los actos suicidas.

Una buena comunicación y la apertura a un diálogo abierto, no aumenta el riesgo de desatar el acto, contrario a lo que se piensa, es importante hablar de estos sentimientos para que puedan ser elaborados.

Un factor de riesgo vendría a ser la edad, en mayor proporción en adolescentes y ancianos, las personas de sexo masculino la frecuencia aumenta con la edad, consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres.

Al tratar los factores sociales: existe una mayor incidencia en solteros, viudos, separados, divorciados. El medio en el que se desenvuelven es también de mucha influencia.

En el programa Nacional de prevención de conducta suicida de Cuba se citan varios factores de riesgo en individuos y en la familia con la finalidad de detectarlos, dispensarizarlos y ejercer las acciones de salud pertinentes con el objetivo de evitar el primer intento, su repetición y el suicidio consumado. (Pérez, www.bvs.sld.cu.com)

Esto demuestra la preocupación y el trabajo que se está realizando para prevenir el incremento de las tasa de suicidio, lo que debería movilizar a seguir avanzando en diferentes países, ya que este es un problema de salud pública a nivel mundial. Entre el 25 y 50% de los actos consumados de suicidio tienen historia conocida de actos previos. La frecuencia aumenta con la edad.

La pérdida de un rol o status social, personas que no tienen una creencia de ningún tipo, muchas veces este es el sostén de fe cuando las cosas se han salido de su perspectiva “normal”.

La detección de una enfermedad física o una lesión grave, por los posibles conflictos personales y la progresiva adaptación que se debe llevar a cabo para lograr convivir con este nuevo estado.

Emitir avisos suicidas directos o indirectos, hacer preparativos que anuncien la muerte, tendencia a la impulsividad, alto grado de agresividad, poca tolerancia a la frustración.

Insomnio intenso, sueño interrumpido o despertar precoz, pesadillas frecuentes relacionadas con la muerte o con catástrofes, es posible que se presenten fantasías de muerte o auto destrucción durante los períodos de vigilia.

Vivencias de soledad o abandono, desarraigo o falta de integración, puede desarrollar una intensa ansiedad y desinhibición, junto con descenso del estado de ánimo.

Todas encuentran en el sujeto una irreverente conflictividad en donde por añadidura se manifiestan conflictos psíquicos.

De acuerdo con Beck, Rush y Shaw (1979), la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarle especial atención a los a los deseos y a los planes para cometerlo (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permita predecir el riesgo. (Gonzales, www.inprf-cd.org.mx)

Beck en sus estudios sobre el suicidio trata generalmente que los pacientes que han tenido un diagnóstico con ideación suicida, presentan también otro tipo de trastorno, y a pesar de que la ideación suicida representa distintos esquemas de pensamiento y de conducta, siendo diferentes están interconectados.

La ideación suicida puede ser considerada como un factor de riesgo, depende de la magnitud, esto quiere decir las ideas que se tienen sobre el hecho, la planificación, lo que se ha llevado a cabo para conseguirlo.

Un instrumento útil para valorar la intensidad del deseo de suicidarse, y el riesgo de que la persona llegue a realizar este acto es la escala de ideación suicida de Beck como una herramienta de apoyo para las evaluaciones iniciales de un paciente. (Anexo 1).

Se dice que un auténtico suicida desea que nada le impida quitarse la vida, que el que lo intenta lo hace como un chantaje sentimental en el que se espera obtener algún tipo de beneficio, pero es importante estar a la mira de este tipo de personas ya que pueden ser completamente impredecibles.

1.3. Qué es un intento de suicidio

Se puede definir como el acto sin resultado de muerte en el que de forma deliberada la persona se hace daño a sí mismo.

Lo intentan con mayor frecuencia los jóvenes, en las mujeres las técnicas más utilizadas son suaves, como la ingestión de sustancias tóxicas; y en los varones los métodos son duros o violentos como un ahorcamiento, depende también de las propias experiencias vividas por ellos y de las circunstancias del momento.

La aparición total de un comportamiento suicida está relacionado con la ideación de auto destrucción en sus diferentes grados, las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.

Son expresiones escritas o verbales del deseo de quitarse la vida, se deben tomar en cuenta ya que existe el estigma de que el que lo dice no lo hace, y esto en

realidad no es así ya que en diferentes estudios se ha comprobado que la gran mayoría de personas que se han suicidado lo han expresado con anterioridad.

“El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso”. No es cierto; en 1949, E. Ringel examinó 745 casos de intentos suicidas con el objetivo de determinar su estado psíquico previo al acto y describió el síndrome presuicidal, que aunque no forma parte de ninguna enfermedad psiquiátrica, es un común denominador de todos los trastornos psíquicos, y la persona en crisis lo es. Dicho síndrome presuicidal está conformado por constricción de sentimientos e intelecto, inhibición de la agresión y fantasías suicidas, las cuales se refuerzan entre sí. La detección de estos síntomas puede evitar la autodestrucción. (Pérez, 1999, p. 23).

Un importante predictor de un intento suicida vendrá a ser la ideación suicida porque en varios estudios ha sido considerado como un síntoma que refleja un conflicto interno, afín con la desesperanza, depresión y el consumo de alcohol o drogas.

Un estudio acerca de la relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias en el Distrito Federal, mostró resultados en los cuales el 47% de los pacientes presentaron por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, el haber pensado en quitarse la vida un 17% y el 10% dio respuestas afirmativas frente a los cuatro reactivos de la escala de Beck sobre la ideación suicida, ligeramente mayor en mujeres que en hombres.

En las personas que consumen drogas o alcohol se encontró alto riesgo en los que fueron diagnosticados con consumo elevado de las mismas, el uso crónico de sustancias desempeña un papel importante en los pensamientos suicidas, el efecto tóxico que tienen estas sustancias inducen estas conductas porque perjudican el juicio, la cognición, el humor por ello puede ser un factor precipitante. La escala de ideación suicida de Beck cuantifica la intensidad y dimensiones de la destrucción de los pensamientos y deseos, las preocupaciones y amenazas de suicidarse, además las características y expectativas del intento suicida.

1.4. Qué tipos de intento de suicidio existen

Al hablar de un acto suicida se pueden considerar diferentes tipos, entre los más importantes que destacaremos para este estudio son:

Suicidio frustrado: Acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él. Pero no se ha logrado llevar a cabo con el acto.

Suicidio consumado: Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento. Para casi todos los casos de suicidio consumado, la autopsia psicológica libera distintos sucesos, el amplio rango de comportamientos suicidas proporciona un “algo”, que abarca muchas enfermedades, trastornos y problemas con la vida.

Conductas suicidas: Son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes.

Simulación suicida: Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.

Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.

Se debería procurar tomar en serio todas las amenazas, estar atentos a cambios de ánimo o mejoría repentina de la depresión.

Indagar el riesgo y pensarlo en todo paciente que presenta accidentes frecuentes y consumo reiterado de alcohol o drogas, considerar la posibilidad en personas que han sufrido acontecimientos traumáticos previos, debido a que su vulnerabilidad los hace proclives a no encontrar otro tipo de resolución de problemas.

Durkheim distingue cuatro clases de suicidios:

- suicidio egoísta típico de sociedades deficientes o carencia de integración social
- suicidio anómico característico de falta de regulación social (anomia), o sea, las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo.
- suicidio fatalista cuando existe un alto grado de regulación social.
- suicidio altruista característico de sociedades con alto grado de integración social. (Wikipedia, <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>).

La tendencia al suicidio, puede constituir un tipo de locura parcial pero limitada a un solo acto, no implica perturbaciones esenciales en el funcionamiento intelectual.

1.5. El suicidio en el Ecuador

“La mayoría de los sujetos padece un serio prejuicio social contra la demencia y el suicidio. Es sabido que en épocas pasadas ciertas enfermedades mentales, sobre todo los delirios eran considerados como provenientes de encantamientos o maleficios, o a sus portadores como demonios”. (Noboa, 2007, p. 23).

Además, se conoce que los descendientes de un suicida cargaban la huella de un legado morboso, que continuamente con el avance del tiempo los tratados sobre genética han procurado ir aclarando adecuadamente.

Al hablar de suicidio se debe tomar en cuenta que varios de los primeros concilios de la iglesia cristiana decretaron que aquellos que cometen suicidio no se les podrán aplicar los rituales ordinarios de la iglesia tras su muerte, ya que este acto es considerado como un pecado, que atenta contra las leyes de la iglesia y el respeto a su Dios.

Nuestra población mayoritariamente católica, está influenciada cercanamente por los preceptos que promulga la doctrina cristiana, no sabemos a ciencia cierta cual

pueda ser su influencia hablando explícitamente del convencionalismo social, por carencia de estudios al respecto.

Una pregunta interesante en este sentido podría ser: ¿Hasta qué punto las construcciones y representaciones sociales que tenemos del suicidio se ven influenciadas por el marco religioso cristiano?

¿Las consecuencias en cuanto a los posibles efectos podrían testearse en relación al ocultamiento por parte de la familia, si este fuera el caso, tendrían relación con esto?, ¿La visión del problema se altera por la percepción que la familia y la persona involucrada en el acto tienen en cuanto a lo que consideran que la sociedad juzga de ellos?

Por esto y otros estigmas de pensamiento, el suicidio sigue siendo considerado como algo atroz que un ser humano lleva a cabo cuando no puede divisar más opciones de solución de conflictos, por que sus capacidades se ven paralizadas, en este estudio no se pretende tratar el tema en su totalidad puesto que en la práctica se presentan situaciones que no aparecen en estudio alguno.

1.6. Datos Estadísticos sobre el suicidio en el Ecuador

Según los datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los casos notificados y tasas de incidencia anual de intento de suicidio, serán utilizados en este capítulo para realizar una comparación estadística, se consideraran casos desde el 2005 al 2007, particularmente las provincias de mayor incidencia, la tasa ha sido determinada por 100.000 habitantes. (Anexo 2).

En la provincia de Imbabura fueron registrados 198 casos que corresponden a una tasa del 52,02 para el año 2005. Para el 2006 el número de casos había ascendido a 221, con una tasa del 56,88; en el 2007 aumentaron los casos llegando a 240 lo que significa que su tasa fue de 60,35.

En el año 2005 la provincia de Morona Santiago registró 54 casos lo que equivale a una tasa del 42,35 para el año 2006 se presentaron 38 con una tasa del 29,37 y en el año 2007 fueron 43 casos con una tasa del 32,74.

La provincia de Zamora Chinchipe en el año 2005 registro 31 casos con una tasa de 37,06 en el año 2006, 59 casos lo que equivale a una tasa del 69,72 y en el 2007 hay un registro de 40 casos con una tasa del 46,74.

Los casos registrados en el 2005 en la provincia del Azuay 154 casos con una tasa 23,52 para el año 2006, 298 casos con una tasa de 44,74 y finalmente en el año 2007 fueron 267 casos, y su tasa equivale a 39,34.

En la provincia de Tungurahua en el año 2005 se registraron 153 casos con su tasa de 31,69; en el año 2006 fueron 126 casos con una tasa de 25,63 y finalmente en el año 2007 los casos registrados fueron 172 con una tasa de 34,30. Lo que equivale a un total de casos registrados de intento de suicidio en las provincias de Imbabura, Morona Santiago, Zamora Chinchipe, Azuay y Tungurahua en el año 2007.

Se puede concluir que a pesar de que las cifras van fluctuando, no existe una disminución significativa de casos e incluso de una manera muy sutil estas van aumentando, sin embargo, se debe considerar que todos los casos que se dan realmente, no son registrados, por ello es imprescindible estudiar los datos de suicidio consumado ya que de esta forma se puede apreciar cuantos casos llegaron al suicidio.

Los datos que se han registrado de suicidio consumado, desde el año 2005 al 2007 en las provincias de mayor incidencia son:

En la provincia de Carchi para el año 2005 no ha sido notificado ningún caso, lo contrario al año 2006 donde fue registrado 1 solo caso lo que equivale a una tasa de 0,61 curiosamente en el año 2007 los casos aumentan a 2 lo que equivale a una tasa de 1,20.

En el año 2005 la provincia de Esmeraldas registra 2 casos de suicidio consumado lo que equivale a una tasa de 0,47 en el año 2006 los registros aumentan con 3 casos y una tasa de 0,70 y para el año 2007 los casos incrementan a un total de 5 casos con una tasa de 1,14.

Contrario a lo que se puede observar en la provincia de Pichincha ya que en el año 2005 se registraron 33 casos de suicidio consumado con una tasa de 1,26

para el año 2006 disminuyen los casos a un total de 21 con una tasa de 0,79 y en el año 2007 con una leve reducción de 20 casos registrados lo que equivale a una tasa de 0,75.

Sin embargo en la provincia de Pastaza en el año 2005 fue notificado 1 solo caso lo que equivale a una tasa de 1,40 en el año 2006 no se declara ni un solo caso, y para el año 2007 los registros nos indican un total de 2 casos con una tasa de 2,64.

Para la provincia de Morona Santiago en el año 2005 se registran 9 casos con una tasa de 7,06 y en el año 2006 se reducen a 2 casos registrados con una tasa de 1,55 para el 2007 vuelven a acrecentarse registrando 7 casos con una tasa de 5,33.

En la provincia de Azuay conforme transcurren los años el registro de datos va incrementándose para el año 2005 fueron 6 los casos registrados y su tasa de 0,92 en el año 2006, 8 casos con una tasa de 1,20 y en el año 2007 12 casos y su tasa de 1,77.

Finalmente la provincia de Loja en el año 2005 registra 4 casos con una tasa de 0,94 en el año 2006 se mantiene con 4 casos y para el año 2007 se han registrado 9 casos y su tasa de 2,07.

Al finalizar con estos datos, se puede concluir con un curioso análisis por el hecho de que en las notificaciones de casos de intentos de suicidio el índice que se presenta es bastante alto, lo contrario a los informes de suicidio consumado que son mínimos, se pueden generar diferentes hipótesis sobre estos datos pero una de elemental valor vendría a ser: ¿Los intentos de suicidio son considerados insignificantes? ¿Acaso las personas que intentan suicidarse están buscando llamar la atención, cariño, ser escuchados?

¿Existe un conocimiento deficiente acerca del suicida potencial, y cómo actuar frente aquellos? ¿Por qué no se notifica a las autoridades? ¿Qué es lo que motiva a los familiares a ocultar este hecho?

1.7. El suicidio asociado a otras problemáticas de salud mental

La epidemiología del suicidio incide en la comorbilidad, esto quiere decir un factor de riesgo asociado con otro en un período de fragilidad emocional son frecuentes la depresión y la angustia.

El comportamiento suicida ocurre en más de 84% de pacientes con trastorno *borderline* de personalidad, la incidencia en este tipo de pacientes que se suicidan es un índice superior al 10%.

El *borderline* con comorbilidad de depresión mayor o con abuso de sustancias, aumenta la posibilidad de los intentos de suicidio, la desesperanza y la impulsividad incrementan el riesgo de la conducta suicida, como también lo hace la vida temprana y turbulenta, y la presencia de rasgos antisociales.

El *Randomized Controlled Trial of DBT* desarrollado por Linehan, Armstrongs, Suarez, Alloman and Heard 1991, muestran que los pacientes *borderline* de un año de tratamiento más terapia cognitiva grupal combinado con terapia individual DBT, administrado por terapeutas entrenados en este, tienen pocos índices de atentados suicidas, que los pacientes BPD, con tratamiento usual. (Black, 2004, p.3).

Por ello la eficacia de la terapia cognitivo conductual asociada a otros trastornos para detectar y prevenir el suicidio.

Otra problemática que se puede asociar al suicidio es el trastorno de pánico debido a que existe la presencia de un componente subjetivo displacentero en el sujeto que se encuentra presente en todos los trastornos de ansiedad.

CAPITULO II

2. Visión Cognitiva del Suicidio

2.1. La Triada Cognitiva

Diversos estudios clínicos han reconocido la eficacia de la Terapia Cognitiva, para el tratamiento de pacientes con diagnóstico clínico de depresión. (Anexo 3) En primera instancia se ha estudiado los efectos de las disfunciones cognitivas dentro de la psicopatología desde el punto de vista dimensional, para hacer uso de este conocimiento en virtud de resaltar los componentes más eficaces a la hora de intervenir terapéuticamente. Desde el punto de vista del cognitivismo clínico uno de los problemas más significativos en la depresión es, cómo el individuo procesa la información que tiene sobre sí mismo, el mundo y el futuro.

Se accionan en este trastorno varios esquemas, particularmente en la depresión estos se mantienen secretos y al momento en el que se presenta una situación estresante para el sujeto estos se activan, muchas veces estos esquemas podrían tener su origen en la infancia. Es decir, el síntoma se manifiesta al momento en el que sucede una situación desencadenante que acciona el trastorno.

Uno de los pioneros de la Teoría Cognitiva fue el psiquiatra Aarón Beck, que fue formado primero como psicoanalista, gracias a su deseo por conocer más se interesó en desarrollar otro modelo con un constante perfeccionamiento teórico y recolección de datos empíricos, fue cuando nació la Terapia Cognitiva.

Beck se encontraba principalmente atraído en estudiar la depresión, observando que esta se relacionaba estrechamente con la ira y la hostilidad invertida.

En cambio, encontró que los sueños de los sujetos depresivos se caracterizaban por temas de pérdida o tristeza. Partiendo de esto Beck desarrollo el modelo cognitivo (tríada) de la depresión que se caracterizaba por el contenido negativo de las cogniciones (pensamientos automáticos) sobre uno mismo, el mundo y el futuro. (Caro, 1997, p.31).

La Tríada Cognitiva de la Depresión se comprende por medio de la identificación de las cogniciones o pensamientos negativos, esto quiere decir según Beck, que las construcciones que la persona realiza sobre *uno mismo, el mundo y el futuro se estructuran* de forma o manera distorsionada.

Esto implicaría que la persona deprimida con respecto a sí mismo se percibe como desdichado, inepto, como si esta fallase en todo lo que se propone hacer, suele asignarse escenarios negativos a un defecto propio de tipo psíquico, espiritual o material, y como consecuencia de su modo de ver las cosas el paciente cree que no tiene valor, y no posee ninguna condición para ser feliz.

Con respecto al mundo, cualquier cosa que sucediese es juzgada como negativa y tras de esta surge una queja, según este sujeto él es incomprendido por el mundo que le exige demasiado y cualquier cosa que hiciese nunca será suficiente. El mundo le hace demandas exageradas, los obstáculos son insuperables, aún cuando pudiese realizar una interpretación alternativa más plausible de lo que está ocurriendo, el paciente construye situaciones en una dirección negativa.

Y finalmente la visión de su futuro no es prometedora, no se interesa por ninguna otra actividad o persona, su reducido interés está dirigido a como éste se siente, nunca espera nada bueno de él debido a sus esquemas negativos activados. Cuando el paciente piensa que puede lograr una tarea en futuro inmediato, forzosamente sus expectativas son de decepción.

Las distorsiones cognitivas puede ser modificadas cuando se confrontan y se analiza su validez contrastada con la realidad experimentada por el paciente, la terapia cognitiva formula como hipótesis que en las ideas desadaptativas se debe comprobar la fuerza que suponen tener para cada persona.

Después de algún tiempo la terapia cognitiva fue ampliada para tratar fobias y ansiedad, este tipo de terapia se considera de tiempo limitado, usualmente oscilando en promedio de 16 sesiones, además de conducirse directivamente, su objetivo es trabajar sobre la remisión de la depresión clínica y la prevención de recaídas. Para que el paciente no se sienta desmoralizado se le manifiesta que es esperable una crisis y la misma se anticipa en el transcurso del tratamiento.

Para prevenir una recaída se tratan los esquemas predisponentes ya sobrepasados los síntomas de la depresión.

Un terapeuta cognitivo se maneja bajo la línea de ciertos parámetros como los ya nombrados anteriormente, y se encuentra en una constante búsqueda de nuevos conocimientos.

La terapia cognitiva busca alterar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. Implica al paciente en un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia en su visión de las cosas, y se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo, y de aportar nuevos significados, transformando todos los sistemas de funcionamiento personal. (Caro, 1997, p.41).

La visión de la terapia cognitiva ha sido particularmente interesante, ya que se puede partir del hecho de que el paciente es considerado como el mayor conocedor de sí mismo, éste puede realizar un trabajo en el cual los cambios son tomados como propios y de esta forma se pueden mantener.

La terapia cognitiva puede establecerse como un paradigma integrador de otras posturas psicoterapéuticas, por su carácter procesual en la cual se trabaja con tareas para la casa, como por ejemplo: autorregistros, experimentos para comprobar hipótesis, y en las sesiones se revisan dichas tareas, se examinan las dificultades para realizarlas y el por qué de cada tarea, se enumeran los problemas y que líneas de tratamiento serían las más adecuadas y finalmente se mandan nuevas tareas.

Si el paciente no está de acuerdo con las tareas asignadas estas pueden ser modificadas, gracias a que se realiza un trabajo conjunto, todo depende de la predisposición del paciente, los rasgos de personalidad, las exigencias que tiene consigo mismo y la dependencia de aprobación que éste posee.

Finalmente, el modelo cognitivo puede explicar los síntomas físicos de una depresión. La falta de energía en un paciente depresivo puede ser la causa de que está convencido de que su destino es el fracaso frente a todo lo que se proponga.

La terapia cognitiva se vale del pensamiento crítico más no de una imposición de pensamientos ortodoxos pre-establecidos.

2.2. Explicaciones de los intentos de suicidio dentro del marco teórico general del modelo cognitivo.

“El deseo de un paciente depresivo de huir de la vida puede ser tan grande que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a su situación actual” (Beck, 1979, p.199)

Lo que Beck intenta explicar aquí se podría interpretar de la siguiente manera; cuando una persona esta deprimida siente que todo lo que sucede en su vida y alrededor de esta, es negativo, por ende la única alternativa viable (a este malestar subjetivo), o quizá, la única manera de pasar a un mejor estado, es la muerte.

Varias explicaciones provenientes del modelo se refieren a particularidades cognitivas de la depresión. El mantenimiento de una creencia central derivada de una cognición del estilo “no valgo nada”, propone al paciente una visión negativa de sí mismo, esta creencia puede posteriormente ser validada por la persona como un hecho real. En el modelo de la tríada cognitiva de la depresión se presenta como un paciente mantiene una visión unidireccional de su interacción con el mundo y consigo mismo, donde se muestran una serie de pensamientos negativos como las que explicita Aarón Beck en la manual de psicoterapias cognitivas.

En relación a sí mismo

- No hay futuro, bueno si depende de mí.
- No sé tomar decisiones.
- Si no rindo seré una fracasada.
- No soy capaz.
- No tengo voluntad.

- Estoy desequilibrada.
- No tengo motivación, soy apática.
- Tengo miedos

En relación a mi entorno

- Los demás tendrán éxito, yo no
- No me comprenden me siento víctima
- Me veo intransigente y agresiva con los otros
- Me veo dependiente de los otros
- Si no hago lo que los demás, no sirvo
- Si soy independiente, me da miedo, quizá me abandonen
- Si alguien dice una cualidad mala, enseguida me doy por aludida
- Me siento culpable cuando no hago las cosas como ella (la madre) las hace (Caro, 1997, p.139).

De esto se derivan una serie de conclusiones a nivel clínico, que conducen a explicaciones diagramadas en los siguientes postulados:

*Distorsiones cognitivas implícitas en los pensamientos, como la adivinación del pensamiento y del futuro.

*Dicotomización respecto al rendimiento y la autonomía

*Absolutos: Necesidad de ser amada y aprobada

*Personalización (<<soy culpable de todo>>)

*Razonamiento emocional (<< si me encuentro mal, las cosas me van mal>>)

-Consecuencia 1 --- Validación espúrea de la creencia central de cara al sujeto

-Consecuencia 2 --- Fortalecimiento y mantenimiento de la creencia básica.

= Soy INFERIOR (Caro, 1997, p.140).

Se pueden exponer y teorizar acerca de cuáles son los motivos y las condiciones que hacen que una persona llegue a cometer un intento de suicidio, en primera instancia, puede ser debido a que éste siente un deseo profundo de huir de la vida

en el que su malestar emocional es intolerable, o bien puede ser por obtener algún tipo de rédito interpersonal.

De una muestra de 200 pacientes hospitalizados por haber intentado suicidarse, 111 (56%) manifestaron razones que podrían incluirse en la categoría de escape/ huida. La mayoría de los pacientes no deseaban vivir, querían escapar de la vida y se habían decidido por el suicidio como la única solución viable a sus problemas. Por su parte, un 13% de los pacientes manifestaron que habían intentado suicidarse con el único propósito de intentar producir un cambio en otras personas o en el ambiente.

El 31% restante expuso distintos motivos en que se combinaban los fines manipulativos y de escape. De estos pacientes, aquéllos que obtuvieron puntuaciones más altas en desesperanza y depresión tendrían a apuntar la “huida de la vida” como razón principal para el intento de suicidio. En contraposición los que puntarían más bajo en desesperanza y depresión tendrían a designar razones manipulativas (Kovacs, Beck y Weissman, 1975). (Beck, 1979, p.200).

Independientemente del contenido que tenga la situación problemática para cada persona, se ha observado que la razón principal para llegar a realizar un intento suicida, es la carencia de soluciones más adaptativas para enfrentar esa situación (que nos está produciendo un conflicto).

Se han estudiado a sí mismo los factores cognitivos de la ideación suicida, del propósito suicida, de la desesperanza y del autoconcepto. La investigación cognitiva sobre el riesgo y predicción del suicidio ha desarrollado: a) un sistema de clasificación; b) unas escalas de evaluación que pueden emplearse en unos estudios prospectivos, y c) un modelo de conducta suicida en el que la desesperanza es una variable psicológica clave (Beck y cols., 1990). La desesperanza como un estado de expectativas negativas, es un precursor y predictor importante, mejor que la

depresión per se, de la ideación y la conducta de suicidio (Wetzel y cols, 1980). (Bulbena, 2000, p.229).

2.3. Desesperanza.

La desesperanza en términos psicológicos puede ser concebida como deformaciones constantes del procesamiento de la información en las que el modo de vida y las creencias circundantes alrededor de este invalidan la posibilidad de cambio, esta es la característica principal de un sujeto depresivo desde el punto de vista cognitivo.

Entre las principales distorsiones de pensamiento, podemos destacar las siguientes:

Sobregeneralización: esta deformación del pensamiento tiene que ver esencialmente con el sujeto que realiza una interpretación de un hecho de manera negativa y extendida a todos los demás factores que puedan haber, esto sería: nunca aprendí a jugar fútbol = soy malo en todos los deportes, no sirvo para nada.

Pensamiento Dicotómico: todo o nada, ver las cosas peores de lo que realmente son, es una manera de interpretar acontecimientos de manera totalitaria y rigurosa por ejemplo: este fue el mejor día de mi vida, sé que puedo hacer todo lo que me proponga = este día ha sido el peor día de mi vida, y claro cómo no va a serlo sino mi vida no vale nada, cada día es peor.

Inferencias arbitrarias: al momento en el que un hecho es interpretado de esta forma lo que está haciendo es adelantar conclusiones sin tener evidencia, como podría ser: mi novio olvidó llamarme a las seis de la tarde como usualmente lo hace, a las seis y media la llamada no llega, y ella piensa, quizá tuvo un accidente, es probable que este muerto, ya mismo me llaman a dar la noticia, me voy a quedar sola en el mundo, esto sin todavía llamar a preguntarle que es lo que paso y tener una certeza de la ocurrido.

Magnificación- Minimización: es cuando a las experiencias agradables o de éxito no se les presta atención o esta es mínima, pero a los errores, defectos y fracasos, se les da una particular atención logrando que estos gobiernen el estado de ánimo del sujeto, por ejemplo si el tutor de mi trabajo de titulación me felicita por que he realizado un excelente trabajo pienso es (pura suerte), cuando no he logrado conciliar el sueño después de varios días de haber descansado adecuadamente, el pensamiento es (estoy muy mal, cada día peor, realmente debo estar muy enfermo).

Abstracción selectiva: cuando en un contexto general donde todo se encuentra relativamente bien, se presta particular atención a un detalle enajenado del contexto, ignorando así otras características principales, como pensar que un superior me va a despedir de mi trabajo, a pesar de que nunca he recibido ningún tipo de aviso o advertencia, y el comportamiento dentro de la empresa ha sido adecuado.

Personalización: cuando el sujeto con facilidad se adjudica situaciones externas, sin tener ninguna base para este tipo de conexiones con un hecho, cuando una persona deprimida entra en un restaurante y mira a unas personas conversando, este piensa se están burlando de mi, de lo feo y ridículo que soy.

Estas deformaciones constantes del procesamiento de la información asociados con la tríada cognitiva, producen alteraciones que se exteriorizan en la depresión. La ideación suicida usualmente va acompañada por la desesperanza, y también en casos afines con el consumo de alcohol o drogas.

Se suele observar un alto riesgo de suicidio en pacientes depresivos, al inicio de su tratamiento farmacológico donde de manera sorpresiva a pesar de que los resultados son positivos, los rasgos patológicos cognitivos se mantienen.

En opinión de Beck (1990) en muchos casos el autoconcepto negativo y la desesperanza se exacerbaron sólo durante un episodio depresivo, y esto constituye un factor de riesgo agudo. No obstante, en otros casos, existe un autoconcepto negativo persistente y una desesperanza elevada, que representa factores de riesgo crónico. (Bulbena, 2000, p.229).

Con respecto a la opinión de Beck, se debe destacar el hecho de que sin importar cual fuese el caso se debe prestar igual atención a un paciente suicida, debido a que éste puede consumir el acto en cualquier momento.

2.4. Autoeficacia. (Competencia).

“Autoeficacia: hace referencia al término <<expectativas de autoeficacia percibida>> (Bandura, 1977). Es la convicción de poder llevar a cabo con éxito la conducta o conductas necesarias para obtener los resultados deseados”. (Caro, 1997, p.169).

Al momento en el que se debe afrontar un problema la autoeficacia es un agente fundamental, puesto que el individuo es el principal gestor de su conducta frente a una situación.

Cuando se desea llevar a cabo una acción y a su vez conseguir un resultado de esta, se debe procurar unificar pensamientos, sentimientos y habilidades para lograr dicho propósito.

Por otra parte, cuando una persona se juzga como eficaz, su comportamiento es muy distinto de otro que no posee esta percepción, generalmente en personas depresivas la información sobre ellos mismo es manejada priorizando los aspectos negativos.

La confianza que se tenga en la propia habilidad para llevar a cabo una tarea, y qué tan difundida esta haya sido en el éxito del cumplimiento de otras tareas dependerá de un alto grado de autoeficacia, ya que una persona que se ve a sí mismo como capaz, logrará cumplir sus propósitos en el momento en el que se le presente otro reto, este poseerá un aprendizaje previo para su adecuado cumplimiento.

El terapeuta pretende proveer diferentes alternativas al paciente para que este a través de técnicas logre evaluar su experiencia como positiva.

Existen varios estudios donde se demuestra que cuando una persona se concentra en el cansancio que produce un esfuerzo, disminuye la sensación de

autoeficacia, lo que es lógico puesto que todo esfuerzo requiere de actividades, actitudes y trabajo para lograr cumplirlo pero a pesar de esto una persona que se considera a sí mismo como autoeficaz, sabe que detrás de el esfuerzo llega una recompensa propia de haber logrado superar lo propuesto.

La autoeficacia probó su valor mediacional en la terapia psicológica. Las primeras investigaciones demostraron cómo diferentes procedimientos de intervención psicológica: modelado participante, modelado y desensibilización sistemática logran su propósito sólo y en la medida en que instalan en los sujetos la sensación de que son capaces de ejecutar las conductas que antes sentían impedidas. (Bandura, Adams 1977). (Garrido, 1993, p.338)

Cuando se logra readquirir la confianza de alcanzar las metas exitosamente todo lo demás va llegando por añadidura, ya que si se llega a concebir de diferente manera el aquí y el ahora, se está contribuyendo con el destino, puesto que vives lo que tienes adaptándote a la situación, validando los recursos que se poseen y redescubriendo la habilidad para estar satisfecho consigo mismo y con lo que le rodea a un sujeto.

CAPITULO III

3. Duelo

3.1. ¿Qué es el duelo? La dinámica del duelo y su origen.

“La dinámica de la separación es una constante de la vida humana” (Pangrazzi, 1993, p.9)

Los seres humanos estamos diseñados para sobrellevar diferentes tipos de pérdidas afectivas en la vida, el duelo es una reacción esperable al momento de perder un ser querido, es un suceso que casi todas las personas debemos confrontar en algún momento.

Se podría decir que el crecimiento está enlazado a la capacidad de manejar las pérdidas constructivamente, puesto que cada etapa del desarrollo se construye en una constante interacción de encuentros y separaciones con gente, con objetos, con creencias.

“El término “duelo” viene del latín *dolus* (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación”. (Pangrazzi, 1993, p.25)

La muerte de un ser querido marca una diferencia en la vida de quienes atraviesan este hecho, el modo como se presenta la muerte es preponderante para quienes tienen que afrontarlo. Característicamente en actos suicidas, además del dolor, se plantean y mantienen preguntas sin respuestas y un fuerte sentimiento de culpa por no haber logrado advertir y actuar frente a la consumación del acto.

Si los familiares se encontraban en una relación difícil con la persona fallecida es imperativo para el proceso terapéutico en caso de ser necesario intervenir a este nivel, examinar sus estados psíquicos, el contexto familiar es fundamental para sobrellevar la experiencia de duelo en relación al apoyo del que dispongan en ese momento.

En el duelo está implicada no solo la pérdida física de una persona, sino también la pérdida psicológica entendida como algo inmaterial que es aún más difícil de ser reconocida.

Cada persona experimenta un duelo de manera única y particular, la secuencia y la duración de los síntomas presentados difiere considerablemente de varios factores como son; la relación que mantenía esta persona con el difunto, la situación antes de que este muera, el nivel socio económico, cultural y social que estos posean, si la muerte fue inesperada, si la pérdida fue no solo de un ser querido sino de varios, si la persona que falleció fue un niño o un adolescente.

Incluso si el doliente es una persona demasiado dependiente o si bien existieren crisis recurrentes en el sujeto, el duelo será un poco más complejo de elaborar.

3.2. Características del duelo: Reacciones normales ante la pérdida de un ser querido.

Una característica importante del duelo sería la intensidad de los sentimientos hacia la persona que falleció, esto quiere decir cómo cada persona vivencia el afecto hacía ese ser, más no el grado de parentesco que tenga.

Se considera importante destacar un hecho apreciado como fundamental al momento en el que alguien muere, la pérdida es definitiva, en ese momento se finaliza el contacto directo, es por ello el alto grado de ansiedad que produce y el temor a lo desconocido que esto significa dado que no se tiene una certeza de que es lo que sucede cuando un ser humano se muere. Que es lo que se creía originalmente, con el paso del tiempo, las creencias, las investigaciones e incluso las religiones proponen diferentes concepciones acerca de que es lo que sucede cuando el ser humano deja de existir físicamente, no es sino hoy en día, que diferentes perspectivas sobre la inexistencia física del ser humano comienzan a ser un poco más validadas e incluso llega a existir un cuestionamiento personal gracias a diferentes estudios e investigaciones.

Freud exponía que la intención del dolor es a la final recuperar la energía emocional que se puso en el objeto perdido para suministrarla en otros vínculos.

No importa de qué lugar apareció eso que se ha perdido, sino el valor que este tiene en la vida de quien atraviesa un proceso de duelo.

El duelo es inevitable, es una dimensión necesaria de la vida, puesto que todos en un momento determinado tendremos que morir, si el duelo es aceptado como una reacción esperada frente a la pérdida que se permite cada persona a sí mismo y a las demás atravesarlo, esto significa que no necesariamente se vive un proceso patológico.

Por supuesto un proceso de duelo comprende sufrimiento, incluye retrocesos no solo avances, es un trabajo constante de movilización del dolor hasta que este pueda ser aceptado y superado.

Innegablemente produce crecimiento personal ya que aparecen distintos tipos de cuestionamientos, deseos, actividades y varios pensamientos que quizá antes no se tenían siquiera en mente.

La personalidad tiene un papel definitivo en la elaboración de un duelo, puesto que es una experiencia integral suceden cambios drásticos en los dinamismos cognitivos, emocionales e incluso físicos.

Muchas veces se encuentra comprometida la capacidad de tomar decisiones por los sentimientos inherentes al duelo. Según el caso y sus particularidades los estados de ánimo pueden ser más intensos, evidentes o latentes.

El sentimiento de culpa en casos de suicidio aunque no se dé siempre, es muy común, existe una fuerte creencia y sufrimiento por no poder remediar los errores cometidos y aprovechar las oportunidades desperdiciadas, aunque estos sentimientos sean ambiguos pueden llegar a ser autodestructivos porque se encuentran conectados con un profundo miedo y ansiedad.

En diferentes situaciones se puede generar un estado de alivio, como en enfermos crónicos que han vivido un largo proceso de enfermedad y sufrimiento.

Se puede concluir destacando el hecho de que a pesar de que cada persona reacciona diferente frente a determinada situación, es fundamental mantener ciertos parámetros en los que nos podamos basar al momento, para poder intervenir en los casos necesarios.

3.3. Fases del duelo.

Para una elaboración de un duelo se pueden destacar diferentes etapas según los autores que han realizado estudios de este tipo como E. Kubler Ross propone las siguientes fases:

- Negación: rechazo de la verdad (No, no soy yo!).
- Rabia: reconocimiento de la verdad (¿Por qué precisamente a mí?).
- Pacto: compromiso sobre la verdad (Sí, soy yo... pero si...).

- Depresión: abatimiento ante la verdad (Sí, soy yo).
- Aceptación: reconciliación con la verdad (Sí, soy yo y estoy listo).

(Kubler Ross, 1974, p.60).

Según varios textos estudiados para el análisis de este capítulo se pueden considerar varios tipos de duelo como los son:

El duelo anticipatorio: El término fue usado inicialmente por Lindemann para indicar aquellas fases anticipadoras del duelo que facilitan el desapego afectivo antes que llegue la muerte.

Es vivido tanto por los enfermos como por sus familiares, sobre todo en el caso de enfermedades definitivas.

Ayuda a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo a programar el tiempo en vista de que la muerte es inevitable. (Pangrazzi, 1993, p. 72).

Es un proceso en el cual los familiares de enfermos crónicos de cierta forma tienen tiempo para prepararse a un desenlace esperado, una forma “sana” que podría ser compartir sus sentimientos, como se sienten por lo que va a suceder, qué es lo que esperan, qué es lo que les gustaría hacer para que al momento en el que el paciente muera de cierta forma sea más plausible la elaboración de duelo de los familiares.

El duelo anticipatorio ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse a la partida.

“Duelo retardado: La reacción diferida se manifiesta en aquellas personas que, en las fases iniciales del duelo, parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento”. (Pangrazzi, 1993, p.74).

En este tipo de duelo no se presenta manifestación de sufrimiento alguno, no se permiten pensar en sí mismos, después de prolongados periodos de tiempo basta que se presente cualquier estímulo para desencadenar los conflictos internos.

Este podría traer consigo peligros como una depresión grave, intentos de suicidio a causa de desconocimiento de sus propias estructuras mentales como ha sido mencionado en capítulos anteriores.

“Duelo crónico: Este tipo de reacción luctuosa dura años; el sobreviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de integrarse de nuevo en el tejido social”. (Pangrazzi, 1993, p.75).

Los seres queridos del difunto se consumen con constantes recuerdos del pasado y no pueden mantenerse en el presente, aquí y ahora que es uno de los propósitos de la terapia cognitiva.

Duelo patológico: En estos casos, la reacción ante la pérdida o los mecanismos de defensa desencadenados son de una intensidad tal que la persona debe recurrir a la ayuda profesional y terapéutica.

El duelo patológico se expresa con agotamiento nervioso, con síntomas hipocondríacos o de identificación con el difunto, en dependencia de medicinas o alcohol, etc. (Pangrazzi, 1993, p. 76)

En algunos casos la situación puede afectar por el resto de la vida, la persona no hace nada para que la elaboración del duelo se pueda dar, ya que se puede romper el equilibrio psíquico, incluso físico.

Para distinguir un duelo patológico de un duelo que siga un proceso “normal” de elaboración podríamos considerar los criterios diagnósticos del Trastorno por Duelo Prolongado de Pringerson, Vanderwerker y Maciejewski propuestos para el DSM-IV:

Criterio A, presentar a diario, al menos uno de los siguientes síntomas:

- Pensamientos intrusivos –que entran en la mente sin control- acerca del fallecido.
- “Punzadas” de dolor incontrolable por la separación.
- Añorar –recordar su ausencia con una enorme y profunda tristeza- intensamente al fallecido.

Criterio B, presentar a diario, al menos 5 de los 9 síntomas siguientes:

- Estar confuso acerca de cuál es el papel de uno en la vida, o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
- Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
- Tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ha muerto.
- Sentirse incapaz de confiar en los demás desde el fallecimiento.
- Estar amargado o enfadado en relación con el fallecimiento.
- Sentirse mal por seguir adelante con su vida (p. Ej. Hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas).
- Sentirse frío e insensible –emocionalmente plano- desde el fallecimiento.
- Sentirse frustrado en la vida, que sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido.
- Sentirse como “atontado”, aturdido o conmocionado.

Criterio C, la duración de estos síntomas es de al menos 6 meses.

Criterio D, estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas (p. Ej. Responsabilidades domésticas) de la persona en duelo.

(APA, 1995, p.700)

CAPITULO IV

4. Terapia Cognitiva.

4.1. Consciencia Plena

El sufrimiento de carácter emocional por el que atraviesan las personas con depresión ha sido estudiado por varias corrientes psicológicas y una de las más actuales es la de la terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena aportando interesantes caminos teóricos dentro de los trastornos afectivos.

La consciencia plena se sitúa en el núcleo de las prácticas de meditación budistas, aunque su esencia es universal. Se relaciona con el refinamiento de nuestras capacidades para prestar atención, a través de una consciencia prolongada y penetrante, así como por el insight emergente que se encuentra más allá del pensamiento pero que puede expresarse mediante éste. (Segal, 2006, p.18)

La consciencia plena involucra aprender a reconocer los propios sentidos esto quiere decir, que puede ser catalogada como un modo de ser, de ver, de actuar de percibirse a sí mismo frente a la vida.

Fue la convergencia de, por un lado, las últimas teorías sobre el modo en el que actúan las terapias cognitivas y, por otro, el abordaje de la consciencia plena –en el que se perciben los pensamientos como pensamientos, como eventos del área de la consciencia, con independencia de su contenido y su “carga” emocional, sin tratar de modificarlos, ni de reemplazarlos por otros, ni de “resolver” nada, sino más bien observándolos con un grado de ecuanimidad- el que animó a los autores a tratar de levantar un nexo entre ambas perspectivas. (Segal, 2006, p.19).

La terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena pretende facilitar la auto aceptación y el auto conocimiento de los pacientes.

Esta práctica puede llegar a ser para los pacientes un ejercicio intenso que supone un encuentro consciente con sus propios sentimientos.

Notablemente en la depresión se puede visualizar una predisposición a recaer una vez que se haya atravesado un episodio de este tipo, en 1989 Mark Williams y John Teasdale trabajaban juntos en Cambridge, habían realizado diversas investigaciones en el tratamiento de la depresión, similares a las de Zindel Segal.

Williams y Segal se centraban en la alteración de la percepción sobre sí mismo de las personas deprimidas, Williams se concentraba en los tipos de recuerdos personales asociados con la depresión y Segal consideraba el tiempo que necesitaban para responder a información positiva y negativa de sí mismos.

En definitiva se produjo un estudio importante sobre la relación entre cognición y emoción, conocido como los subsistemas cognitivos interactuantes, centraron sus estudios en qué personas tenían mayor probabilidad de deprimirse nuevamente una vez recuperados de la depresión, que frecuentemente eran las personas que mantenían actitudes negativas de sí mismos y el mundo, y las personas que relacionaban su autoestima con eventos que se van de su control, si se mantenían este tipo de creencias, era mayor su probabilidad de recaer.

En vista de los inconvenientes que se presentaban, se desarrolló una terapia de mantenimiento donde se continúa en tratamiento con personas recuperadas pero con alto riesgo a recaer, centrada en la terapia cognitiva para pacientes con depresión.

Así se ha logrado desarrollar un abordaje basado en la consciencia plena, para tener consciencia de las emociones y los pensamientos en lugar de cambiarlos.

La depresión es un trastorno del ánimo como ya ha sido mencionado.

Datos epidemiológicos recientes, obtenidos de aproximadamente 14.000 pacientes encuestados en seis países europeos, plantean que el 17% de la población informó haber experimentado depresión durante los seis meses anteriores. Cuando los datos se examinan con más detalle se comprueba que la depresión mayor afectaba al 6,9% de la población y la depresión menor al 1.8%. El restante 8.3% de los sujetos se quejaba de experimentar

síntomas depresivos, pero no consideraban que interfirieran en gran medida con su trabajo y relaciones sociales. (...) (Segal, 2006, p.29-30).

La ansiedad es un frecuente cuadro comórbido de la depresión, debido a su compleja diagnosis por si sola ya que se presenta acompañada de varios síntomas.

El suicidio y sus tentativas están entre los problemas clínicos más difíciles al momento de tratar la depresión.

“Además de el dolor emocional y la angustia sufridos por quienes padecen depresión, los estudios más recientes demuestran que el nivel de daño funcional es comparable al que existe en las enfermedades médicas más graves, incluyendo el cáncer y las enfermedades coronarias” (...). (Segal, 2006, p.31).

Es importante considerar la vinculación de personas deprimidas en nuevos contextos y actividades que supongan interacciones sociales nuevas.

La terapia cognitiva reunía una serie de técnicas conductuales y cognitivas, con el objetivo común de cambiar el modo en el que los pensamientos, imágenes e interpretaciones de la realidad contribuían a la aparición y mantenimiento de los trastornos emocionales y conductuales asociados con la depresión (...). (Segal, 2006, p.33).

Para concluir, en la terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena, es de vital importancia que las personas estén conectadas consigo mismas, y así llegar a conocer como se sienten en y frente a determinadas situaciones.

4.2. Por qué la Terapia Cognitiva

Durante el transcurso de este trabajo se ha mencionado aspectos relacionados con la efectividad y la validez empírica del modelo cognitivo como una alternativa válida para intervención sobre problemas como el suicidio.

Las intervenciones derivadas del modelo cognitivo consisten básicamente en algunas de las siguientes estrategias a nivel clínico:

- Entrevista clínica.
- Alianza terapéutica.
- Contrato terapéutico.
- Diseño de tratamiento.
- Aplicación técnica.
- Fase de evaluación.

Específicamente en el tema de la depresión las fases descritas por Beck en la terapia cognitiva estándar consisten en:

- El Establecer relación terapéutica genera un clima de confianza que facilita que el paciente haga explícitas las creencias que se encuentran organizadas en un sistema en el que una se apoya de otra, aunque el concepto negativo de sí mismo no posee validez externa posee gran validez interna, es por ello que se debe procurar comprender al paciente no rechazarlo. Una técnica específica para lograr esto es el juego de roles que le permite al paciente acercarse a una visión externa del problema lo que a su vez puede gestionar un nivel de crítica de como él percibe su estado psíquico.
- El Escuchar empáticamente tiene como fin ayudar a clarificar las quejas del paciente, se deben explicar los síntomas propios de la depresión para que exista una mayor comprensión por parte de este, se deben indagar síntomas particulares y su grado de intensidad en el DSM IV y de esta forma se puede plantear la terapia.
- El explicar el modelo cognitivo de la depresión ayuda al paciente a entender cómo funciona su problema por medio de conceptos como la relación entre pensamiento y emoción, explicando con claridad y haciendo preguntas; por medio de tareas de intersesión primero fáciles y luego más complejas.
- El demostrar la influencia de las cogniciones dentro de las emociones, busca promover un nivel mínimo de control sobre lo que le sucede a la persona, probando la validez de las ideas que la persona tiene, indagando la relación entre el estado de ánimo y la actividad realizada para así lograr fijar la atención en lo agradable.

El objetivo es confrontar directamente las ideas planteadas en la sesión a través de técnicas como; realizar una lista de actividades potencialmente agradables para la persona, a su vez una lista de dominio, lo que significa indagar qué es lo que a este le gustaría. Se programa una lista semanal de actividades y su cumplimiento es evaluado de 0 a 5. Se asignan tareas graduales en pasos mínimos, esto se puede lograr a través de una práctica cognitiva, imaginar los pasos que se deben realizar para llevar a cabo la consecución de una tarea.

- A través de técnicas cognitivas donde se pretende ejecutar cambios a nivel de procesamiento de la información, para que exista un cambio de pensamiento por medio de detectar pensamientos automáticos, comprobando como estos influyen en las emociones, entrenándose en observación y registro de cogniciones y pensamientos automáticos, donde se puede traducir o reducir el pensamiento a su esencia, clasificando las cogniciones en función de si son tomadas como contenidos o distorsiones. Se someten los pensamientos automáticos a prueba de realidad para poder revisar la lógica que estos tienen para poder encontrar interpretaciones alternativas que deben ser incluidas en los auto-registros.

Por su parte, Paykel, Scott, Teasdale y colaboradores (1999) añadirán que la Terapia Cognitiva produce un beneficio que merece la pena. En fin, estos estudios no hacen sino confirmar los hallazgos en la misma línea del estudio pionero de Evans, Hollon, DeRubeis, y colaboradores (1992) en este sentido se comprobó, una vez más, que la medicación de continuación previene notablemente la recaída, pero también se mostró que prácticamente la misma prevención la produce de por sí la Terapia Cognitiva como tratamiento agudo (sin continuación). Es decir la Terapia Cognitiva produjo en tres meses el mismo resultado que la medicación (imipramina) durante tres meses más un año de continuación (sobre dos años de seguimiento). Por su lado, la combinación de Terapia Cognitiva y medicación redujo todavía más las recaídas (aunque no significativamente más que la Terapia Cognitiva sola). En definitiva la Terapia Cognitiva se ofrece como una alternativa eficaz a la medicación de mantenimiento

(siendo otras consideraciones relativas, por ejemplo, a la eficiencia o a la elección del paciente las determinantes). (Pérez Álvarez, M., Gracia Montes, J., 2001, p.501).

Podemos considerar para llevar a cabo el tratamiento de pacientes con ideas o planes suicidas se debe primero:

Indagar si tiene este tipo de ideas. Hablarlo...

Empatía: mostrarse comprensivo, tratar de ponerse en su lugar y comprender cómo ve las cosas.

Pedirle que aplaze su decisión un tiempo.

Preguntarle

-Cuáles son sus razones para vivir (pasadas, presentes y futuras)

-Cuáles son las ventajas e inconvenientes de morir (para sí mismo y para sus allegados).

-De qué quiere huir

-Qué formas alternativas de huir podría encontrar (que no sea morir)

Indagar si hay problemas reales. Si es así, aplicar solución de problemas.

Buscar otras opciones.

Procurar que tenga apoyo social. Brindarle teléfono de contacto, procurar la colaboración de familiares y amigos, incluirlo en un grupo de autoayuda.

(Roca, www.cop.es/colegiados/PV00520)

Sería imprescindible actuar de esta forma en caso de necesitar una intervención en crisis para que posteriormente, evitando que el acto suicida llegue a realizarse se pueda trabajar con un terapeuta cognitivo, que realice un análisis y una terapia adecuada, en caso de que el acto llegue a consumarse se debe trabajar con la familia para que se pueda realizar un acompañamiento en el proceso de duelo y tratar las posibles patologías que presenten las personas afectadas.

¿Porque la terapia cognitiva? Principalmente por ser de fácil comprensión para los pacientes, ya que existen otro tipo de teorías igual de buenas pero con un lenguaje más complicado, se tiene mayor dificultad para comprender y de una u otra forma mientras más fácil sea de comprender más se adaptaran las personas.

El Empirismo Colaborativo es uno de los principios en los que el paciente demanda del proceso algo para sí mismo o su vida y el terapeuta ofrece asimismo algo en respuesta a esta petición, encuadrado en las limitaciones del caso.

Asimismo el diálogo socrático se utiliza como una herramienta en la que el terapeuta interviene con una serie de preguntas al paciente que buscan delimitar los objetivos de la terapia, estas preguntas deben ser comprensibles para el paciente evitando tecnicismos, a su vez se deben poner a prueba sus convicciones desarrollando así una capacidad crítica en propia de sus esquemas disfuncionales.

Otro principio es el descubrimiento guiado que es elemental para la terapia cognitiva estándar, debe iniciarse en la primera sesión y en el transcurso va innovándose según las exigencias y la fase de la terapia en la que esté, cuando hayan encontrado en conjunto una definición del problema se explica de manera simple la terapia, se recomienda realizar registros de auto-observación de su vida cotidiana y cuando esto se consiga se realiza una valoración en conjunto donde se exploren alternativas a las estrategias antes empleadas por los pacientes.

A pesar de ser estos los principios de la terapia cognitiva estándar se postulan en la actualidad siete principios generales de la terapia cognitiva que son:

- El objetivo central de la terapia cognitiva es la promoción de cambios cognitivos (cambios en las ideas, en las emociones y en las evaluaciones).
- Todo tratamiento debe estar diseñado de acuerdo con el principio de promover la menor cantidad de cambios necesarios para alcanzar los objetivos deseados.
- Las metas a alcanzar deben estar ordenadas gradualmente, de menor a mayor grado de complejidad.
- La terapia utiliza un procedimiento que se ajusta a la forma del método socrático.
- El terapeuta cumple, frecuentemente, un rol activo y directivo en relación con los cambios que se buscan.

- El proceso terapéutico requiere de una activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.
- El proceso incluye, habitualmente, tareas intercesión.

(Fernández Alvarez, 1999, <http://blognitiva.blogspot.com/2008/12/principios-genericos-de-la-terapia.html>).

Los problemas relacionados con la salud mental generalmente no son asistidos por profesionales calificados, en parte por la falta de difusión que estos servicios prestan, la distorsión de la imagen de los psicólogos y psiquiatras y algunos aspectos culturales.

4.3. Limitaciones de la Terapia Cognitiva.

Se presenta la posibilidad que el número de terapeutas cognitivos entrenados no llegue a satisfacer la demanda.

A pesar de que la terapia cognitiva de Beck, entre otras, ha demostrado una eficacia similar a la del tratamiento farmacológico posee ciertas limitaciones tomando en cuenta que este tipo de terapia no es aplicable para todas las personas, todo depende como el paciente vaya evolucionando en el proceso.

Uno de los primeros estudios comparó la terapia cognitiva con la imipramina (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977). Aunque ambos tratamientos redujeron significativamente la depresión, la terapia cognitiva fue superior a la farmacológica, manteniéndose esta ventaja un año después (Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981).

Sin embargo este estudio fue criticado en el sentido de que la relativa inferioridad de la medicación antidepresiva podría deberse a ciertas flaquezas en su aplicación, tales como una posible dosis baja (máximo de 200 mg diarios), una escasa duración del tratamiento (12 semanas) y una retirada de la medicación 2 semanas antes de la evaluación postratamiento. De todos modos el tratamiento farmacológico tenía a su favor la exclusión

de su grupo de pacientes que habían mostrado anteriormente poca respuesta a la medicación antidepresiva, así como que las sesiones (semanales) conllevaban 20 minutos de atención clínica.

Un estudio posterior salvando todas estas limitaciones y cuidando otras condiciones metodológicas, no comprobó que la Terapia Cognitiva fuera superior a la medicación (imipramina), pero sí mostró que aquella era igual de eficaz que está (Hollon, De Rubeis, Evans, Wiemer, Grove & Tuason, 1992). El estudio se interesaba igualmente en comprobar la eficacia del tratamiento combinado (psicológico y farmacológico), resultando que no fue mejor que cada uno de ellos por separado. En un seguimiento de 18 meses, la recaída fue notablemente superior en el grupo de tratamiento farmacológico (Evans, Hollon, De Rubeis, Piasecki, Grove, Garvey, & Tuason, 1992). (Pérez Álvarez, M., Gracia Montes, J., 2001, p.499).

Con respecto a la eficiencia en terminos de relación coste – beneficios, generalmente son comparados los tratamientos farmacológicos de los psicológicos, se puede observar que quizá un tratamiento a base de fármacos debido a su tiempo de uso y cantidad que se necesite, va a tener mayor costo en relación a la psicoterapia aunque no necesariamente, sin embargo, no siempre se llega a tener éxito con la psicoterapia en primera instancia, particularmente en el caso de pacientes con intentos de suicidio, o a su vez con los familiares que hayan atravesado una pérdida de este tipo, por el carácter de urgente que estas poseen, por ello no se descarta el hecho de la necesidad de tratamiento farmacológico en casos severos de depresión, más no es tomado como la primera opción.

Como ha sido mencionado con anterioridad todo depende de la sintomatología del paciente y como este vaya evolucionando con el tipo de intervención que se trabaje.

“En relación con la Terapia Cognitiva, la Psicoterapia Interpersonal se mostró superior en reducción de los síntomas depresivos de los pacientes más graves y en la mejoría del funcionamiento social a largo plazo” (Pérez Álvarez, M., Gracia Montes, J., 2001, p.502).

Algo muy interesante es que las terapias psicológicas son capaces de ser aplicadas en grupo de manera en la que pueden ser más eficientes y eficaces, el paciente debería estar siempre informado de todas las opciones que tenga para adoptar la mejor decisión, en caso de que este no se encuentre en la capacidad para decidirlo un pariente o familiar más cercano podría estar al tanto.

4.4. Previniendo una recaída.

Las estimaciones más recientes sugieren que al menos el 50% de los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de depresión padecerán al menos un episodio depresivo posterior y los pacientes con un historial de dos o más episodios anteriores presentan una probabilidad de recaída situada entre el 70%-80%.(...) (Segal, 2006, p.34.)

Se mostró que los pacientes que se recuperaban de su primer episodio de depresión se encontraban en un momento crítico del desarrollo del curso de su trastorno. Estos “presentan una alta probabilidad de recaer de forma inmediata y tienen aproximadamente un 20% de probabilidades de padecer una depresión crónica” (...). (Segal, 2006, p.35.)

Con respecto a los medicamentos para la depresión se debe considerar, que después de un episodio depresivo y si han tomado la medicación podrían sentirse más aliviados, pero si dejan esta medicación antes de que el episodio depresivo este completo y haya desencadenado todos los malestares del mismo, es un gran riesgo para que se presente una recaída en el proceso, por ello la importancia de la terapia en estos casos para prevenir una recaída.

(...) Los clínicos comenzaron a distinguir entre un uso agudo, continuado y de mantenimiento de la medicación antidepresiva para referirse al tratamiento de las diferentes fases de la enfermedad, Por tanto, la prescripción de antidepresivos con el fin de aliviar los síntomas actuales durante un episodio se denominó “tratamiento agudo”. Suministrar la

medicación durante seis meses, en el período de recuperación posterior al episodio de depresión, se denominaba “tratamiento continuado” y cuando el periodo de tiempo abarcaba entre 3 y 5 años tras la recuperación, se etiquetaba como “tratamiento de mantenimiento”. La guía práctica actual de la Asociación Psiquiátrica Americana para el tratamiento de la depresión se basa en este marco de trabajo. (Segal, 2006, p.37-38).

No es adecuado un tratamiento farmacológico de larga duración, es recomendable la psicoterapia como un tratamiento de mantenimiento, reduciendo de esta forma el riesgo a una recaída.

La terapia interpersonal fue una de las primeras en ser probada como medida de prevención de recaídas, desafiando de esta forma a desarrollar diferentes modelos para enseñar nuevas habilidades a los pacientes.

La posibilidad de desarrollar una versión de mantenimiento de la terapia cognitiva, de un modo paralelo a la versión de mantenimiento de la terapia interpersonal, cautivó el interés de miembros de la Fundación John D. Y Catherine T. Mac Arthur, de la recientemente fundada Red para la Investigación de los Trastornos Afectivos y Psicobiología de la Depresión. (Segal, 2006, p.41).

En primera instancia se pensaba que el tratamiento de mantenimiento de la terapia cognitiva podría ser planteado en base a lo que habían aprendido los pacientes en la fase aguda de la depresión.

La terapia cognitiva fue desarrollada por Aaron Beck para el tratamiento de la depresión de manera estructurada y con límite de tiempo, atribuyéndole la causa de esta a que el pensamiento negativo causa la depresión y aunque esta no fuera la causa principal de alguna manera ayuda a mantener la depresión.

Este alentaba a los pacientes a capturar los pensamientos que atravesaban por sus mentes cuando les cambia el ánimo, de esta forma podían ser discutidos en las sesiones, y se evaluaba su validez, si este pensamiento era o no favorable.

Para evitar una futura depresión se tomaron en cuenta diversos factores que podían colaborar para prevenir una recaída, como establecer nuevas actividades

en las que el paciente lograra cumplir nuevas metas por pequeñas que estas fuesen, evaluación del control y del placer para que la persona lograra disfrutar de la actividad que está realizando, observación y debate del pensamiento que este posee, generar opciones alternativas ampliando la visión de que no todo lo que ocurre alrededor es displacentero, y la observación de si mismo pudiendo enfrentar actitudes disfuncionales causantes del estado de ánimo negativo.

Para lograr realizar un tratamiento adecuado de mantenimiento se podrían programar citas mensuales para renovar habilidades y profundizar lo que se ha aprendido.

Es básico que el paciente se encuentre debidamente informado de cuáles son los síntomas que se dan en una recaída para que este pueda buscar ayuda a tiempo. Se puede decir que se llegó a la conclusión que el tratamiento en la depresión aguda evitaba la recaída en muchos pacientes solamente con terapia cognitiva estándar.

Un supuesto para prevenir la recaída era la aplicación de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Beck considerando que presentarían puntajes más altos los pacientes que hayan tenido un episodio de depresión anteriormente que los que nunca se han deprimido antes, pero luego se rechazó esta teoría considerando que estas actitudes disfuncionales no eran la causa de la recaída.

Es gracias a esto que se comenzó a plantear el hecho de que no era el efecto del pensamiento sobre el estado de ánimo sino el efecto del estado de ánimo sobre el pensamiento, una persona deprimida o juzga toda su vida como negativa o experimenta solamente recuerdos negativos de esta y los positivos quedan de lado.

Para lograr llegar a comprender la recaída depresiva John Teasdale estudió la idea de que los estados de ánimo podrían reactivar pensamientos de tristeza anteriores, denominando a esto hipótesis de activación diferencial, causando en la persona depresiva un gran cambio y un sesgo cognitivo.

Un estudio posterior confirmó esta hipótesis. Zindel Segal y sus colegas introdujeron un estado de ánimo triste temporal en pacientes deprimidos

que ya habían completado el tratamiento (bien con antidepresivos o con terapia cognitiva) en el Center for Addiction and Mental Health de Toronto. Su objetivo era determinar el efecto de los tratamientos sobre las creencias disfuncionales: en particular si los tratamientos modificaban las creencias como respuesta a incrementos en el estado de ánimo triste. Segal y sus colegas también querían saber en qué medida los cambios relacionados con el estado de ánimo de la Escala de Actitudes Disfuncionales les predecía la posterior recaída a los pacientes.

Los resultados demostraron que era más probable que padecieran una recaída en los siguientes 30 meses aquellos pacientes con un mayor incremento de creencias disfuncionales tras el “desafío del estado de ánimo”. Esto constituía una confirmación mayor de nuestro punto de vista acerca de que tal “reactividad cognitiva”, la tendencia a reaccionar a los pequeños cambios en el estado de ánimo con grandes cambios en el pensamiento negativo, constituía la cuestión a abordar con el fin de prevenir la depresión (...). (Segal, 2006, p.54).

Mientras el tiempo va avanzando existe una mayor posibilidad de recaída, y esto se puede presentar por cosas más sencillas que las anteriores, parece que su percepción ha regresado a la normalidad pero existen consecuencias, puede reaccionar al mínimo cambio de humor con un predominio de transformación en los pensamientos negativos.

CAPITULO V

5. Familia.

5.1. Definición de familia.

Socialmente podemos ver a la familia como el núcleo desde donde salimos todos los seres humanos a experimentar las complejas interacciones sociales.

Etimológicamente familia viene del latín “famulus” en el que se refería al conjunto de esclavos y criados que una persona poseía y por otra parte también de la palabra “famus” que significa hambre, así entonces podemos decir que la familia se refiere etimológicamente al conjunto de personas que satisfacen su hambre juntas o bajo un mismo techo.

Las familias se pueden formar por vínculos de consanguineidad como es el caso de padres e hijos, o por vínculos de afinidad como el matrimonio.

El concepto social de familia ha ido cambiando al pasar de los años, así entonces para hablar de la familia hoy, podemos diferenciar claramente los siguientes tipos:

- familia nuclear, padres e hijos, (si los hay); también se conoce como <<círculo familiar>>;
- familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines;
- familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive (n) sólo con uno de los padres;
- otros tipos de familias: aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra “familia” no tiene que ver con un parentesco de consanguineidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, las solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable. (<http://es.wikipedia.org/wiki/Familia>).

Es necesario tomar en cuenta que la desestructuración social hace que cada vez existan más familias que no son de tipo nuclear, en nuestro país tenemos gran cantidad de familias extensas formadas por madres solteras, asimismo en ascenso familias de tipo monoparental principalmente a causa del divorcio y la migración, en el primer caso, podemos validar esa afirmación tomando en cuenta que en el año 2007 se registraron 76.154 matrimonios, frente a 14.942 divorcios, lo cual representa un 19,62%, con lo que podríamos decir que 1 de cada 5 matrimonios fracasa, aumentando la cifra de familias monoparentales. Datos tomados del INEC.

(http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/not_vit1).

Así también en la Constitución Política del Estado Ecuatoriano reconoce a la familia como el pilar de la sociedad y menciona que existen diferentes tipologías en su artículo 67:

Se reconoce a la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. (Constitución de la Republica del Ecuador, artículo 67, p.50).

Luego en el artículo 69 señala las acciones para proteger los derechos de las personas que integran la familia. La familia es el centro de atención en gran parte de estudios sociales y psicológicos debido a que se presume que el individuo forma su estructura mental y sus conductas con sus seres más cercanos.

En este caso no es la excepción, al morir un ser querido la familia posee un “clima” y atraviesa junta el proceso de duelo; sin embargo, cada persona adopta posturas diferentes, algunas más radicales y dolorosas que demandan del resto de los miembros un sostén. Retomando la definición etimológicamente, la familia no sólo se sustenta en el hecho de satisfacer su hambre biológica, sino también, su hambre emocional y espiritual.

5.2. La familia como sistema.

“A pesar de que la persona sea única y posea un sistema idiosincrásico de comprensión del mundo, esta comprensión se forja en patrones más amplios de interacción interpersonal, social y cultural” (Feixas, Procter, y Neimeyer, 1992, p.147).

Este tipo de patrones pueden ser denominados constructos familiares que se dan a partir de la interacción en dicho grupo, puesto que las relaciones de una familia se pueden presentar a través de la representación de roles que cada miembro encarna, donde es la misma familia la que puede aprobar o no, la realidad compartida.

La interacción de la familia adquiere una representación de circularidad, donde las construcciones de uno, guían las elecciones del otro, dando sentido a sus acciones, validando así los constructos del otro.

En general, las conductas y creencias de las personas en las familias se apoyan y confirman mutuamente (a esto nos referimos cuando decimos que “la familia es un sistema). De ahí que cada miembro tenga sus razones para actuar como lo hace, y que desde su punto de vista lo que está haciendo sea la mejor opción, aunque nosotros, como terapeutas, podemos ver que propicia precisamente el problema que intenta evitar.

Cuando la organización familiar atraviesa un cambio, cada miembro se ve también modificado de alguna forma, reconoce a los integrantes de la familia como parte de un todo. El sistema de alguna manera permite al individuo regular por sí mismo la manera como se siente.

Aunque la terapia familiar no tiene un descubrimiento central, Gregory Bateson incorporo al campo de la salud mental teorías de cibernética, de los sistemas y de las matemáticas, pero en realidad a él le interesaban más los conceptos, que la vida de las personas, por otra parte Nathan Ackerman se encontraba interesado particularmente por los aspectos interpersonales de la vida familiar y como la conducta de cada miembro se relacionaba con la unidad de la familia.

La conducta de una familia en algunos casos está pautada puesto que los miembros suelen responder de manera predecible a ciertas situaciones, esto no quiere decir que la familia impone el modo en el que funcionan los miembros, pero establecen ciertos límites influenciados por la cultura.

La respuesta natural al cambio en ciertas familias es seguir como han estado, pero la terapia busca colaborar con la familia para readaptarse a las circunstancias que van cambiando con frecuencia.

Se puede decir que las familias poseen un sistema de creencias, estructurado a partir de determinismos sociales o por tradiciones propias de cada familia. Ese sistema de creencias se encuentra muchas veces enraizado al sistema familiar, el cual puede ser un obstáculo al momento en que la familia atraviesa un proceso de duelo y requiere adaptarse a nuevas situaciones o al menos divisar nuevas perspectivas, donde los conflictos no son necesariamente desastrosos. Uno de los objetivos de la terapia es dinamizar este sistema para que la familia observe las nuevas posibilidades frente al hecho y procese el duelo de manera en la que el sistema familiar pueda readaptarse positivamente.

Tomando como concepto la unidad familiar sus miembros se sentirán comprometidos a colaborar entre sí, reconociendo a los hombres y mujeres como parte de un todo más amplio: Como subsistemas significativos de sistemas mayores.

En varias oportunidades el trabajo con familias posee un escaso contenido de comunicación pero se maneja con mensajes de relación siempre poderosos, se puede divisar la distancia y la proximidad, las coaliciones y las alianzas de los familiares con una conducta pautada, por el hecho de que la familia responde de modos predecibles.

Sin embargo la estructura familiar no impone el modo como funcionan las personas pero establece algunos límites y organiza el modo como prefieren funcionar, como en familias conservadoras su respuesta natural a los cambios es insistir en lo habitual. Las familias tienden a generar definiciones reducidas de sí mismas, estas definiciones descargan la culpa sobre un miembro o a su vez en

todos los integrantes, el terapeuta debe colaborar con la familia para readaptarse a los cambios.

5.3. La familia y el proceso de duelo.

La comunicación resulta el factor más importante puesto que determina el tipo de relaciones que se tienen con otras personas. Toda comunicación se aprende, cuando nacemos somos pequeños y pasamos años siendo más pequeños que nuestros padres, el padre también ve a su hijo con cierta distorsión, siempre lo ve pequeño, por ello ponerse al mismo nivel es importante para lograr una buena comunicación, especialmente en situaciones difíciles por que así el niño se siente con la seguridad de poder compartir lo que esta sintiendo.

Lo fundamental en materia de comunicación se aprende en la familia. El hecho de compartir el mundo interno con otra persona permite cumplir con dos tareas importantes, llegar a conocerla bien a fondo y así, convertir lo extraño en algo conocido y emplear la comunicación para desarrollar relaciones nutritivas.

La familia frente a la crisis que supone la pérdida de uno de sus miembros desarrolla un proceso "natural" frente a dicho evento, los rituales de despedida son una estrategia a corto plazo en la terapia de duelo, puesto que estos rituales ayudan a las personas a una adecuada elaboración del duelo, donde pueden expresar sus sentimientos hacia la persona que ha muerto. Por ello se considera necesario tratar este tema para la elaboración de un duelo por pérdida suicida, y mientras se va avanzando considerar el tratamiento con terapia cognitiva.

Muchas personas a pesar de contar con sus propios recursos, no son capaces de elaborar adecuadamente el proceso de duelo, ya que se necesita readaptarse totalmente a la nueva situación.

Entre los rituales estudiados se considera importante mencionar algunos de ellos, como la realización de un entierro simbólico de la persona fallecida con alguno

objeto que le haya pertenecido, que puede ser considerado como una forma de despedida.

Este tipo de terapia se inicia con una sesión a la semana, pero el trabajo principal es el que el paciente vaya realizando en su casa, para con esto poder dar una evaluación adecuada de la evolución del proceso.

El diagnóstico y la evaluación en estos casos son fundamentales, dependiendo las necesidades que trasmite el paciente y su entorno, se realiza la elección del ritual al que se va a recurrir. Se debe establecer que miembro de la familia es el más afectado o en su defecto si es toda la familia la que necesita de la intervención, y en ese caso trabajar con terapia familiar.

Es substancial que el paciente cuente con una red de apoyo, y con familiares que estén dispuestos, y en las capacidades de ayudar. Una persona que está atravesando por un duelo complicado usualmente son incapaces de manejar las tareas de una ritual, es por esto que el terapeuta se debe concentrar principalmente en la relación que se desarrolla entre los dos.

Muchas veces existen símbolos claves que de una u otra forma permiten a los sujetos sentirse conectados con el difunto, el terapeuta en su momento debe procurar que estos símbolos le sean entregados, para que exista una movilización en el proceso de duelo y al momento de concluir con la terapia estos pueden ser devueltos.

Existen tres fases en los rituales terapéuticos de despedida, la primera es la de preparación o la fase preparatoria, donde el paciente expone su pérdida en la manera que desee, ahí es cuando el terapeuta explica el apoyo que le puede brindar el realizar un ritual de despedida, aunque esto requiere de gran esfuerzo emocional el paciente debe estar decidido de hacerlo y la familia previamente informada debe estar dispuesta a colaborar, a su vez el terapeuta puede utilizar este momento para motivar a la familia a compartir sus emociones entre ellos. En esta fase se realiza un acuerdo entre las partes con la finalidad de tomar responsabilidad en el asunto, donde el terapeuta se muestra abierto a las necesidades del paciente en cualquier momento.

La siguiente fase es la de organización, donde se realiza la mayor parte del trabajo, con mayor frecuencia el paciente se muestra deprimido y angustiado, porque cada vez se vuelve más consciente de que debe ir desvinculándose de la persona fallecida, debido a que carece de un nuevo punto de vista, es posible que este llegue al punto de querer terminar con su vida, en este punto se necesita de mayores explicaciones y apoyo y en algunos casos de medicación.

Para lograr continuar con el proceso, es el momento en el cual el paciente puede entregar al terapeuta un objeto simbólico de la persona fallecida, pidiendo así al paciente que busque una manera alternativa de relacionarse con los objetos, lo que implica una innovación consiente en relación al difunto. Para poder expresar sentimientos ambivalentes hacia el difunto también se recurre a la carta continua de despedida, escribiendo así una carta individual a las personas que hayan fallecido, es en este momento donde la persona se percata de los sentimientos que tiene, y también de lo que no pudo decir, aquí el terapeuta ayuda a escribir estos sentimientos en orden, para definir el objetivo de los mismos y poder elaborarlos. El paciente deberá escribir algo todos los días, con tiempo establecido, como un ritual, el terapeuta determina el momento adecuado de finalizar con una ceremonia de despedida, solo se interrumpirá la tarea en caso de que sea demasiado dolorosa.

Y por último se encuentra la fase de finalización, la que se caracteriza por contener una ceremonia de despedida como un funeral, esto ayuda a poner las cosas en su sitio de una manera simbólica, es más adecuado si se realiza a cada persona individualmente. Al concluir con la ceremonia se realiza un ritual de purificación, como bañarse. Acto seguido se realiza una reunión ritual para celebrar la entrada a una nueva fase de vida. Es adecuado tener algunas sesiones de seguimiento.

Por otra parte la psicoterapia en todas sus formas se basa fundamentalmente en procesos de persuasión implícita o explícita que recurren a formas específicas de retórica que dependen del enfoque teórico aplicativo de referencia, intentan

cambiar las disposiciones emocionales, cognitiva y comportamentales que sustentan las patologías de sus pacientes.

El objetivo con las familias en proceso de duelo sería obtener a través de un proceso de reestructuración gradual una especie de revolución científica que lleve al paciente de la vieja teoría a la nueva, recurriendo a un trabajo guiado por el terapeuta con conjeturas y refutaciones para poder atravesar satisfactoriamente el proceso de duelo.

6. Conclusiones

- Tras una revisión de los datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública se puede inferir que el suicidio consumado, la conducta suicida, la amenaza suicida, y sus riesgos asociados son problemas que afecta a toda la sociedad.
- La evidencia de los datos empíricos validan nuestra percepción acerca de los intentos de suicidio son reportados mayormente, en relación a los suicidios consumados teniendo en consideración, el sub registro que se puede inferir respecto a la connotación social negativa que circula en nuestra cultura respecto de este fenómeno.
- Los datos estadísticos y bibliográficos mencionados en este trabajo de investigación posibilitan una mayor comprensión del tema, ubicando a la terapia cognitiva como una alternativa válida en el abordaje de estos problemas.
- El desarrollo de este trabajo ha sido enriquecedor, puesto que es complicado encontrar personas que han vivido el suicidio de un familiar que deseen participar de estudios, pero este trabajo será un aporte para la información de las personas que se identifican con esta situación.
- Gracias a esta investigación, se puede concluir que las personas más cercanas afectivamente a suicidas sufren deterioros a nivel individual, familiar, en aspectos psicológicos, cognitivos, incluso físicos.
- La constante necesidad de evolución en el ser humano es una representante de los avances observados en el enfoque cognitivo. En los casos de Suicidio el enfoque cognitivo demuestra su eficacia al momento de trabajar terapéuticamente con las personas afectadas, que en la mayoría de casos son los familiares, pero no necesariamente.

7. Recomendaciones

- Se debe difundir mayor información sobre los casos de suicidio, para poder llegar a un planteamiento adecuado del tema, como tratarlo, para lograr estrategias de prevención de mayor eficacia.
- Trabajar en labores de prevención a nivel inter y multidisciplinario a través de la difusión del problema y posibles estrategias de intervención desarrollando materiales específicos para el tema.
- Ofrecer más alternativas terapéuticas integrales inter y multidisciplinarias para que la persona que va a ser intervenida se sienta a gusto con el tratamiento y logre sus propósitos.
- Como terapeutas tener siempre presente que cada caso es único y cada persona es diferente, para integrar las técnicas adecuadas y necesarias para incrementar la posibilidad de éxito en la intervención.
- Mantenerse en una constante búsqueda, no solo de conocimiento sino de trabajo con las personas.
- El suicidio de un ser humano no sigue reglas establecidas, es por ello que estar informado constantemente es totalmente necesario.

8. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1995). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4^{ta} Ed.) Barcelona: Masson S.A.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. (1^a Ed.). N.J.: Prentice – Hall.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). Terapia cognitiva de la depresión (2^a Ed.). Madrid: Desclee de Brouwer, S.A.
- Bertrando, P., Toffanetti, D. (2004). Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas. (1^a Ed.). Barcelona: Paidós.
- Bulbena, A., Berrios, G., Fernández, P., (2000). Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología (cap. 19.). Barcelona: Masson.
- Caro, I. (2007). Manual de psicoterapias cognitivas (2^a Ed.). Barcelona: Paidós.
- Constitución del Ecuador, (2008). Capítulo sexto. Derechos de Libertad. Registro Oficial 449 el 20 de Octubre del 2008. Ecuador.
- Däumling, A.M. Fengler, J. Nellesen, L. Svensson, A. (1996). Dinámica de Grupos (1^a Ed.). Madrid: Anaya/2
- Kubler Ross, E. (1974). Sobre la muerte y los moribundos. (1^a Ed.). Barcelona: Grigalbo.
- Kroen, W. C. (1996). Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido. Un manual para adultos. (1^a Ed.). Barcelona: Paidós.
- Memriger, C. (1920). La tendencia al suicidio. Madrid: Morata S.A
- Minuchin, S., Fishman, C. (1997). Técnicas de Terapia Familiar. (5^{ta} Ed.). Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Neimeyer, R. A. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la Muerte. (1^a Ed.). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer R. A., Mahoney, M. (1998). Constructivismo en Psicoterapia.

(1ª Ed.). Barcelona: Paidós.

- Pabst Battin, M. (1995). Ethical issues in Suicide (1ª Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Pangrazzi, A. (1993). Experiencias de crecimiento. El Duelo. (2ª Ed.). Santafé de Bogotá: Cencapas - Selare.
- Segal, Z., Williams, J., Teasdale, J. (2006). Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas. (1ª Ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer, S.A.
- Semerari, A. (2002). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. (1ª Ed.). Barcelona: Paidós.
- Slaikeu, K. A. (1984). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México, D.F: El Manual moderno, S.A. de C.V.
- Shapiro, L. E. (1997). La inteligencia emocional de los niños. Madrid: Punto de lectura.
- Seligman, M. (1981). Indefensión. En la depresión el desarrollo y la muerte (1ª Ed.). Madrid: Colección Universitaria. Debate.
- Tozzini, C. (1969). El Suicidio (1ª Ed). Buenos Aires: de Palma

REVISTAS:

- Blumenthal SJ. (1998). Ansiedad y depresión: suicidio, guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Revista Cubana de medicina general integral 4, 999-1037.
- Black, D. MD., Blue, N., Pfahl. B. MD., Hale, N. (2004). Journal of Personality Disorders, 3,18.
- Onno van der Hart, PhD., Frits A. (19991). Rituales de despedida en la terapia de duelo. Cuadernos de la Terapia Familiar. Primavera-Verano. 17. 35-44.

- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Revista Cubana de medicina general integral 15, 196-217.
- Pérez, M., García, J. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 003, 493-510.
- Garrido, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. Psicothema 5, 337-347.

TESIS:

- Noboa, V. (2007) El intento de suicidio: una agresión dirigida al otro. Tesis doctoral no publicada. Universidad Católica, Facultad de Psicología, Quito.

PAGINAS WEB:

- Correa, M., Britos, S., ONG Asociación Civil “Estaciones del alma” (2000). Prevención – Asistencia y duelo por suicidio. 1-6. Recuperada el 17 de Febrero del 2008, de www.estacionesdelalma.com.ar/
- Fernández Álvarez, H., (1999). Principios genéricos de la terapia cognitiva. 1-1. Recuperada el 2 de Julio del 2009, de www.blognitiva.blogspot.com
- Gonzales, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., González, J. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. 21-31. Recuperada el 2 de Abril del 2009, de www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2302/sm230221loc.pdf?PHPSESSID=d971867d3844797a2a9b3f7f40ab3019.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2008). Matrimonios y Divorcios año 2007. 1. Recuperada el 14 de Agosto del 2009, de www.inec.gov.ec.

- Landa, V., García, J., Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centros de Salud de Basauri-Ariz y Kuetto-Sestao de Vizcaya (2007). Duelo. 1. Recuperada el 26 de abril del 2008, de www.fisterra.com/guias2/duelo.asp
- Pérez, S., Ros, L., Pablos, T., Calás, R. (1996). Factores de riesgo suicida en adultos. 2. Recuperada el 21 de Marzo del 2009, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgivol3_1_97/mgi01197.htm
- Puchol, D. (2002) Teoría y practica de la psicoterapia cognitivo-conductual. 1-5. Recuperada el 26 de abril del 2008, de www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/69/5096/?++interactivo - 298k –
- Roca, E. (2000) Terapia cognitiva de Beck para la depresión. Eli Roca. 12. Recuperada el 13 de Mayo del 2009, de www.cop.es/colegiados/PV00520/
- Vivar, R. (2006). Día Internacional para la prevención del suicidio. 1. Recuperada el 2 de mayo de 2008, de www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?sección=xJoURMC
- Wikipedia, Enciclopedia libre. (2009) Suicidio. 1. Recuperada 21 de Marzo del 2009, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>.
- Wikipedia, Enciclopedia libre. (2009) Familia. 1. Recuperada 27 de Julio del 2009, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Familia>.

ANEXOS

