

Universidad Empresarial Siglo 21



Trabajo final de Graduación:
Proyecto de Investigación Aplicada

**Errores cognitivos y suicidio: Un estudio de
caso múltiple de cartas y notas suicidas**

Anesh Vasek

2010

Resumen

El presente estudio tuvo el objetivo de detectar la presencia de errores cognitivos postulados por la Teoría de la Depresión de Aaron Beck en cartas y notas suicidas, a partir de un análisis de contenido de las mismas por parte de tres jueces ciegos expertos. Se contaron con once cartas suicidas dejadas a familiares, amigos y la policía previamente a cometer el acto suicida y tres notas suicidas pertenecientes a ocho personas de entre 20 y 50 años aproximadamente que finalmente se suicidaron. Los resultados arrojados por esta investigación, confirmaron la presencia de distorsiones cognitivas en los escritos bajo estudio. Los errores cognitivos más frecuentes fueron: Responsabilidad excesiva, Catastrofismo y Pensamiento Dicotómico. Esto aportaría evidencia al hecho de que quienes se suicidan, generalmente, presentan errores en el procesamiento de la información y un pensamiento teñido por esquemas cognitivos y supuestos depresógenos que los lleva a considerar la idea de suicidio como la única alternativa posible ante las circunstancias actuales de su vida al momento de cometer el suicidio.

Palabras claves: Errores cognitivos- suicidio- depresión

Abstract

The main goal of the present research was to identify the presence of cognitive distortions in different suicide letter and notes, using the content analysis technique, based on Beck's cognitive theory for depression in suicide notes and letters by three blind judges. The sample consisted in eleven suicide letters and three suicide notes left to relatives, friends and the police before committing suicide, which belonged to eight people aged between 20 and 50 years old that eventually committed suicide. The results obtained confirmed the presence of cognitive distortions in the suicide notes and letters studied. The most frequent were: Excessive Responsibility, Catastrophism and Dichotomous Thinking. These results would bring support to the proposal that those who commit suicide might present errors when processing information and thoughts full of cognitive schemas and depressive assumptions that lead them to consider the

idea of committing suicide as the only possible alternative as a response to the current life circumstances they were going through at the moment of committing suicide.

Key words: cognitive disorders- suicide- depression

***“...Moriré y conmigo la suma
del intolerable universo. (...)
Lego la nada a nadie.”***

-El suicida. Jorge Luis Borges-

A MI ABUELO

Es difícil agradecer, siempre falta... o nombrar a alguien, o las palabras justas para expresar la magnitud de las GRACIAS.

Gracias a mis viejos por haber tenido la fuerza de apoyarme con la decisión de venir a vivir a Córdoba, sé lo que habrán llorado y fue una elección trascendental para mí.

Gracias a mi abuelo, no tengo palabras para él, todo me sabe a poco.

Gracias a mis amigas de toda la vida y a las grandes amistades que se fueron consolidando en estos años.

Gracias a mis profesores. A Juan Carlos Godoy, por haber sido la mente de mi tesis y el receptáculo de mis ansiedades, al igual que Leonardo Medrano, quien soportó todas mis primeras inquietudes, mails y mails sin saber cómo se hacía una investigación... y salió. Igualmente, sólo ahora que está lista dejo de reclamarles el que no me hayan hecho elegir algo más fácil. Gracias por eso también. A Pablo Rivarola, por ayudarme a dar mis primeros pasos en el ámbito que tanto me apasiona: el forense... no te va a resultar tan fácil deshacerte de mí. A Álvaro Ortiz, por muchas cosas en estos años. A Beatriz Ergo, por aquella hermosa experiencia.

Gracias a quienes colaboraron durante el desarrollo de la tesis: Laura Manoiloff, Emilio Hidalgo, Pablo Dujé.

GRACIAS

Índice

1. Resumen	p.2
2. Abstract.....	p.2
3. Introducción.....	p.7
4. Marco teórico	p.12
4.1. Aaron Beck y sus comienzos en el estudio de la depresión.....	p.12
4.2. Depresión: una visión general desde la Teoría cognitiva.....	p.13
4.2.1 El modelo cognitivo de la depresión.....	p.15
4.3. Suicidio y depresión.....	p.20
5. Objetivos.....	p.26
5.1. Objetivos generales.....	p.26
5.2. Objetivos específicos.....	p.26
6. Metodología.....	p.26
6.1. Muestra.....	p.26
6.2. Instrumentos.....	p.27
6.3. Procedimiento.....	p.27
7. Resultados.....	p.29
8. Discusión.....	p.34
9. Referencias.....	p.38
10. Anexo.....	p.42

Introducción

Una gran incógnita que ha interesado a filósofos, investigadores, psicólogos y a la sociedad en general es saber qué lleva a una persona a quitarse la vida. En la década del 60, en Estados Unidos al menos 25,000 personas decidían suicidarse por año, estableciéndose el suicidio como una de las diez principales causas de muerte en adultos (Darbonne, 1969). Actualmente constituye la segunda o tercera causa de muerte en la población adolescente y joven en la mayor parte de los países industrializados (Hagedorn y Omar, 2002; Kachur, Potter, Powell y Rosenberg, 1995 reportado por Ruiz Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente Hernández y Rodríguez González, 2005). Se estima que cada 40 segundos se produce un suicidio en alguna parte del mundo (OMS, 2005 reportado por Cohen Agrest, 2007). Con respecto a la Argentina, la tasa de mortalidad por suicidio es relativamente baja en comparación con el resto del mundo (<10.000/100.000). No obstante, la tasa de mortalidad que durante las últimas dos décadas del siglo XX se había mantenido estable en 7 por cien mil, se incrementó entre 2000 y 2004 a 8,3 por cien mil. El panorama mundial a futuro tampoco es alentador considerando que para el año 2020 se esperan un millón y medio de suicidios por año (OMS, 2003 en Martínez, 2007).

Existen múltiples y variados motivos que pueden llevar a una persona al suicidio, influyen lo económico, social, cultural, familiar, personal y la situación actual que se encuentra atravesando el sujeto. Núñez Gómez et al. (2008) indican que las características psicopatológicas son propias del grupo poblacional que ha intentado suicidarse, en especial la relación neuroticismo bajo y psicoticismo alto, lo cual podría explicar aquellos intentos “de repente” sin presencia de síntomas previos. Además, encontraron que una estructura y dinámica familiar disfuncional e intolerante está altamente asociada al perfil de la persona con intento de suicidio. Cabe mencionar que muy probablemente no exista una única causa por la cual se cometa el acto. Marchiori (1993) plantea que además del ataque a la propia vida, el suicidio puede implicar un intento de llamar la atención o pedir auxilio, la última forma posible de dirigir un pedido a otro, es una exigencia de socorro inmediato, pero al mismo tiempo una acusación destinada a controlar y reprochar a las otras personas por su

situación. Estos intentos por comunicar algo pueden contener un mensaje distinto según a quién vaya dirigido y por cuál medio, y generalmente buscan generar algún tipo de respuesta en el receptor. Las cartas suicidas son una manera de hacerlo. “Los contenidos de las notas expresan, generalmente, amenazas de suicidio, ambivalencia entre deseos de vida y muerte, abandono, aislamiento y rechazo a situaciones familiares, culpa, desvalorización” (Marchiori, 1993 p. 19). Frederick (1968) revela en su investigación la detección, por parte de grafólogos, de la presencia de impulsividad, espontaneidad, agresividad, agitación, desorden, ansiedad y sin sentido en cartas suicidas. Handelman & Lester (2007) tras una comparación entre cartas de sujetos que intentaron suicidarse y otros que consumaron el acto notaron que estos últimos utilizaban menos palabras, demostrando aislamiento y falta de sentido de pertenencia, asimismo utilizaban un menor número de referencias metafísicas, lo cual indicaría un estado de “deconstrucción cognitiva”; con respecto a las notas de quienes intentaron suicidarse. Su análisis reveló menor cantidad de emociones positivas, de referencias sociales, de verbos en futuro, a partir de lo cual concluyeron que estos sujetos presentaban mayor sufrimiento psíquico y consternación por sus condiciones actuales. Esto se condice con lo expuesto por Lennings (1994) acerca de que los suicidas quedan paralizados en el presente, sin una continuidad en la perspectiva del tiempo, no pueden ver que existe un futuro y mantienen una visión negativa de su pasado inmediato, no encontrarían nada positivo para recordar y nada hacia lo cual proyectar. En otro estudio llevado a cabo por Darborne (1969) donde se priorizaron los motivos se develó que entre los 20 y 39 años la decisión de acabar con la propia vida se encuentra principalmente vinculada a los sentimientos de rechazo, amores no correspondidos, lucha por ellos. Se expresan sentimientos en las notas, culpa, autorreproches. Sujetos entre 40 y 49 años demuestran cansancio, aburrimiento y necesidad de buscar una salida a la situación que los agobia y piden perdón por la decisión tomada. En el período etario que comprende entre 50 y 59 años se destaca por sobre los demás grupos la presencia de una razón para matarse. Suelen dejar instrucciones, información, poca presencia de emoción. Por último, aquellos de 60 años se justifican por enfermedad, dolores, discapacidad física, soledad. Se observa también en sus cartas un pedido de disculpas a determinadas

personas por los problemas y por el posible dolor que dicho acto generaría. Siguiendo esta línea, Cohen Agrest (2007) expone que en los suicidas de alrededor de 70 años suele observarse depresión y abuso de alcohol; en lo afectivo, pérdidas y estrés; en cuanto a la salud, desmejora, enfermedades dolorosas, discapacidades sensoriales o declinación cognitiva, duelos como la muerte de la pareja, sentimiento de inutilidad y soledad los cuales generalmente acaecen luego de la jubilación, favoreciendo el aislamiento social y la disminución de lazos sociales. Otro estudio (Lester, Wood, Williams, & Haines, 2004) arrojó diferencias por sexo y edad. En las notas suicidas dejadas por mujeres primaba el motivo de escapar de un dolor insoportable y en contra de lo que se puede presuponer (Canetto, 1992–1993 en Lester et al), en menor medida aparecía el amor / romance como un precipitante. Los suicidas de mayor edad demostraron estar buscando un escape del dolor, con menor frecuencia enojo hacia otros y eran menos tendientes a sufrir por amor o encontrarse en medio de problemas románticos. Frente a esto, Beck (1979) plantea que en las mujeres el intento de suicidio suele ir precedido por problemas o ruptura de sus relaciones con otras personas, mientras que en los hombres aparecía como factor estresante principal el relacionado con la ejecución en el ámbito laboral o escolar/ académico. En ambos casos, habría una pérdida generalizada de autoestima y posiblemente negativización de las perspectivas acerca del futuro por la gran brecha que separaría las expectativas del individuo acerca de sí mismo y su ejecución real.

Siguiendo a Beck (1979), la tendencia al suicidio es un problema que predomina y se observa con frecuencia en personas depresivas; en ciertas ocasiones, puede detectarse a través de conductas manifiestas y expresiones verbales, en otros casos los deseos suicidas de una persona sólo se pueden comprender retrospectivamente. Estas personas suelen sobreestimar la magnitud y carácter irresoluble de los problemas y demuestran una importante falta de confianza en sus recursos para resolverlos, como así también una visión negativa del futuro. Han incorporado la idea de enmendar las adversidades de la vida por medio de la muerte, deseándolo y considerando que es la mejor y única alternativa, tal y como actúa la droga para los drogadictos. O'Connor, Sheehy y O'Connor (1999) encontraron que los

suicidas depresivos aparentan tener mayores dificultades en desarrollar y mantener tendencias constructivas, probablemente debido a que dicha enfermedad interfiere con los procesos de ajuste que normalmente promueven las buenas relaciones interpersonales; de la misma forma señalan que los suicidas depresivos se encuentran sobrepasados por las emociones y fijados en los aspectos negativos de su presente lo cual lleva a mayor sensación de desamparo incrementando la constricción cognitiva y pobreza de pensamiento. Desde la Terapia cognitiva de la depresión, se propone que los supuestos básicos “forman la matriz de los significados y valores personales, el marco en el cual los acontecimientos adquieren relevancia, importancia y significado” (Beck, 1979, p.233), cuando son desadaptativos llevan a los sujetos a conclusiones exageradas, absolutas y rígidas. Suelen activarse ante situaciones que afectan las zonas débiles del individuo, por ejemplo, aceptación-rechazo, éxito-fracaso. Para la persona que padece depresión la idea de quitarse la vida no es “descabellada” sino que parece una deducción lógica a partir de ciertas premisas que rigen su pensamiento, siendo estas supuestos depresógenos que invaden y tiñen su pensar, incluso puede entenderse como una expresión extrema del deseo de escapar de aquello que el individuo siente que no tiene solución o resulta insoportable de tolerar (Rush & Beck, 1977). Langer (2002), propone que el hecho de suicidarse puede que genere una sensación de poder en quien piensa hacerlo, dado que le otorgaría cierto tipo de control sobre la situación y sus problemas (si bien ilusorio). En ciertos casos, como por ejemplo, padecer una enfermedad terminal, resulta tan tormentosa la anticipación de la muerte que quitarse la vida resulta un alivio (Ferenczi, 1995).

Nelson (1977) encuentra una alta correlación entre depresión y creencias irracionales, principalmente en la idea que mantiene que es terrible cuando las cosas no salen como uno quisiera (reactividad ante la frustración), preocupación obsesiva acerca de posibles desgracias en el futuro (ansiedad junto con excesiva preocupación), y la creencia de que es imposible sobreponerse a la influencia de las historias pasadas. Coleman y Casey (2007) encontraron fuertes correlaciones entre depresión e ideación suicida; asimismo hallaron que los cambios en pensamientos automáticos y defensas inmaduras

permanecieron asociados con la ideación suicida a lo largo de distintos niveles de depresión en el paciente.

Beck señala que, en la depresión el principal foco de patología es el modo peculiar que tiene el sujeto de verse a sí mismo, sus experiencias y su futuro (la tríada cognitiva) y su forma idiosincrática de procesar la información (inferencia arbitraria, recurso selectivo, sobregeneralización, etc.). Rush y Beck (1977) aportaron evidencia a esta afirmación, donde las cogniciones y los esquemas cognitivos juegan un rol preponderante en la inducción o el mantenimiento de la depresión. Incluso en las fases leves de depresión se producen estas desviaciones sistemáticas del pensamiento lógico y realista (Beck, 1963).

En síntesis, Beck indica que este particular cambio en el contenido del pensamiento, resulta específicamente de la activación y del dominio de ciertos esquemas cognitivos. En la medida en que estos esquemas sustituyan a otros más apropiados para poder ordenar, diferenciar y analizar las experiencias, las resultantes conceptualizaciones de la realidad serán distorsionadas. Todo esto tendría como consecuencia que gran parte del pensamiento sería canalizado hacia evaluaciones negativas acerca de sí mismo, pensamiento nihilista, ideas de escape o suicidio.

Marco teórico

1. Aaron Beck y sus comienzos en el estudio de la depresión

En el año 1956, Beck (1979) se propone validar ciertos conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión, considerando que estos eran correctos pero aún no habían logrado una aceptación generalizada debido a cierta “resistencia” (Beck, 1979, p. 8) por parte de médicos y psicólogos siendo que no existían datos empíricos que apoyasen dichas formulaciones. A partir de esta situación se propone llevar a cabo un conjunto de investigaciones con el fin no sólo de aportar la evidencia empírica necesaria, sino también de querer delimitar la configuración psicológica característica de la depresión para desarrollar una forma breve de psicoterapia dirigida específicamente a atenuar esta psicopatología.

Los primeros resultados obtenidos en apariencia confirmaban su creencia en las formulaciones psicoanalíticas con respecto a la depresión, en particular la hostilidad vuelta sobre sí mismo. No obstante, resultados posteriores presentaron ciertas incongruencias, lo cual derivó a una evaluación crítica de la teoría psicoanalítica por parte del investigador quien llegó a la conclusión de que los pacientes depresivos no presentan una necesidad de sufrimiento sino todo lo contrario, tienden a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación por parte de otros y persisten en aquellas que generan aceptación, en mayor medida que las personas no depresivas. Estos resultados lo llevaron a “evaluar de un modo más crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis” (Beck, 1979, p.8).

Posteriores investigaciones validaron la hipótesis de que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa, este negativismo es global en su pensamiento y tiñe la visión de sí

mismo, del mundo y del futuro. A partir de estos descubrimientos Beck elabora técnicas para “corregir las distorsiones y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información de los pacientes, técnicas basadas en la aplicación de la lógica y de reglas de evidencia” (Beck,1979, p.9). Nuevos estudios demostraron que en ciertas ocasiones, éxitos graduales que conduzcan al cumplimiento de un objetivo claro podrían colaborar a la modificación del autoconcepto y de las expectativas de carácter negativo, atenuando así la sintomatología depresiva. Esta propuesta de probar hipótesis en situaciones reales se denominó “empirismo colaborativo” y se consideró que prácticamente cualquier acción de la vida cotidiana ayudaba a contrastar las interpretaciones negativas del paciente.

2 .Depresión: una visión general desde la Teoría cognitiva

Se ha estimado que al menos el 12% de la población adulta ha presentado o presentará en algún momento de su vida un episodio depresivo de tal importancia clínica que requerirá tratamiento (Schuyler y Katz, 1973 reportado por Beck, 1979). Algunos afirman que la depresión es sin lugar a dudas el problema de salud mental más común, sobre todo cuando se toma también en consideración la disforia (Dowd, 2004). Beck (1979) afirma que la tasa de suicidios, que se suele tomar como índice de frecuencia de la depresión, ha mostrado un incremento a lo largo de los últimos años.

Este fenómeno se suele abordar principalmente de dos maneras, la psicoterapéutica y la medicinal; a veces de manera independiente, otras, en conjunción. Beck (1979) plantea que un buen abordaje psicológico podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la farmacoterapia, dado que el paciente puede aprender algo de esta experiencia, por lo tanto podría esperarse que manejasen mucho mejor posibles episodios depresivos en un futuro o incluso prevenirlos y evitarlos. En cambio, con la farmacoterapia, si bien se pueden resolver temporalmente crisis de suicidio, ésta no genera efectos que bloqueen

un nuevo intento en el futuro. Se ha encontrado en el paciente suicida un punto psicológico central: la desesperanza (o expectativas negativas generalizadas).

Siguiendo a Beck (1979), la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para el tratamiento de diversas perturbaciones psiquiátricas, como son las fobias, ansiedad, depresión. Posee un supuesto teórico subyacente que afirma que los efectos y la conducta de un individuo se encuentran determinados en gran parte por su manera de estructurar el mundo, de esta manera, sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Las técnicas que se utilizan se encuadran dentro del modelo cognitivo en psicopatología, su propósito es identificar y modificar conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen. Gracias a la reevaluación y modificación de sus pensamientos, el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que antes consideraba insuperables. El terapeuta cognitivo facilita un pensamiento y un actuar más realista y adaptativo en el paciente, lo cual lleva a la remisión de los síntomas. Por medio de las técnicas cognitivas se pretende delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos utilizando experiencias de aprendizaje sumamente específicas que pretenden enseñar al paciente a: controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones perturbadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que lo llevan a distorsionar sus experiencias. Cabe mencionar una diferencia entre las técnicas conductuales y las técnicas cognitivas. Mientras que las primeras se suelen utilizar en casos de depresión severa para modificar la conducta y dar lugar a cogniciones asociadas a conductas específicas, las técnicas cognitivas suelen ser la mejor elección cuando se pretende modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos.

En general, la terapia consiste en 15-20 sesiones una vez a la semana. Cuando el caso es muy grave puede que se opte por aumentar la frecuencia de

los encuentros a dos veces por semana por las primeras 3-4 y luego seguir con una vez a lo largo de un período de 10-15 semanas.

Beck postula que la terapia cognitiva difiere de la terapia convencional, principalmente, en cuanto a la estructura formal de las sesiones y las clases de problemas en los cuales se centra. En esta terapia el terapeuta ejerce una participación activa y continuamente interactúa con el paciente. A esto Beck lo denominó “empirismo colaborativo”. Así, la terapia se estructura según un diseño específico que necesita la participación y colaboración del paciente. En el caso de las personas depresivas, el profesional en un comienzo lo ayuda a organizar su pensamiento y su conducta debido a la confusión y preocupación con la cual suele presentarse. Otra característica de esta terapia es el centrarse en el “aquí-y-ahora”, poco se centra en el pasado, excepto que pueda brindar información sobre los hechos actuales. El objetivo principal que se persigue es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre sesiones poniendo énfasis en las experiencias internas (mentales) del paciente, como son los pensamientos, sentimientos, deseos, actitudes. La estrategia utilizada en esta terapia se diferencia del resto por el acento en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

2.1 El modelo cognitivo de la depresión

La terapia cognitiva se basa en una serie de supuestos generales (Beck,1979), los cuales expresan, entre otras cosas, que la percepción y la experiencia son procesos activos que incluyen datos de inspección e introspección. Asimismo, se sostiene, que las cogniciones del paciente resultan de la interacción de estímulos internos y externos; y que el modo de evaluar una situación de un sujeto se conoce a partir de sus cogniciones las cuales constituyen su “corriente de conciencia”. Ésta refleja la configuración que posee de sí mismo, del mundo y el futuro. También considera que las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas influyen en el estado afectivo y en las pautas de

conducta de la persona. Por lo tanto, a las distorsiones cognitivas se las puede registrar gracias a la terapia y su modificación traería como consecuencia una mejoría clínica.

Las técnicas concretas se aplican dentro de una teoría psicológica de la depresión (Beck, 1976 en Beck, 1979), por lo tanto es menester conocer la teoría del modelo cognitivo de la depresión para poder hacerlo. Dicho modelo surgió a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales y postula tres conceptos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). Existirían tres patrones cognitivos principales que llevan al paciente a considerarse a sí mismo, al futuro y a sus experiencias de una manera negativa. Se ve a sí mismo como torpe, enfermo, desgraciado, culpable de todo lo malo que le acontece, se subestima y critica por sus defectos y cree no poseer los atributos necesarios para ser feliz. Además de esto, con respecto a sus experiencias cree que el mundo le exige demasiado, a tal punto que es imposible llevar a cabo lo que “debería”; interpreta las relaciones con el entorno en términos de fracaso-derrota. Los pensamientos depresivos o se orientan al pasado o reflejan una actitud negativa ciertamente globalizada acerca del futuro (Beck, Steer, Eidelson & Riskind, 1987) Con respecto a la visión negativa acerca del futuro, espera penas, frustraciones y privaciones eternas, el fracaso aparece constantemente en su pensamiento como resultado de sus proyectos y objetivos.

El modelo cognitivo considera al resto de síntomas y signos del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. El pensar en suicidarse puede ser entendido como un extremo deseo de escapar de esos problemas que se consideran irresolubles. A su vez, el depresivo puede considerarse una carga inútil y de esta manera suponer que sería mejor para todos, incluso para él, si estuviese muerto. Con respecto a los síntomas físicos de la depresión, el modelo cognitivo postula que también son efectos de la visión negativa del futuro, la cual puede causar una “inhibición psicomotriz”.

Los esquemas cognitivos son una forma de estructurar el pensamiento y permiten explicar el motivo por el cual el paciente depresivo mantiene “actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida” (Beck, 1979). El sujeto se centra sólo en determinados estímulos, los cuales combina y a partir de esto conceptualiza la situación. El término “esquema” designa los patrones cognitivos estables, que actúan como filtro a la hora de transformar los datos en cogniciones, pudiendo permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y activarse ante ciertos hechos o situaciones determinando cómo responderá esa persona. Cuando éstos son disfuncionales, se pueden desencadenar creencias negativas en el sujeto acerca de sí mismo, lo cual a su vez podría propiciar el desarrollo de pensamientos suicidas (Glashouwer et al., 2009). En las depresiones leves, el paciente suele poder darse cuenta de sus pensamientos negativos con una cierta objetividad pero a medida que esta agrava el pensamiento se va tiñendo cada vez más de negativismo, pudiendo o no existir conexiones lógicas entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. En los casos de depresión grave, el pensamiento puede estar completamente dominado por interpretaciones y visiones negativas, repetitivas y rígidas.

Los errores en el procesamiento de la información son sistemáticos y se presentan en el pensamiento del paciente depresivo manteniendo su firmeza al momento de evaluar la validez de sus conceptos negativos, por más evidencia contraria que exista. Dentro de estos se pueden diferenciar:

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): Hace referencia al hecho de adelantar una conclusión sin que haya evidencia que la apoye o incluso habiendo evidencia contraria a dicha conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): Implica centrarse en un detalle fuera de contexto, pasando por alto otras características más relevantes de la situación y darle sentido a toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): Se elabora una regla general o conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como sin conexión.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): se pueden observar en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, tales errores constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta): El sujeto fácilmente se atribuye a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento dicotómico, absolutista (relativo a la respuesta): Se refleja en la tendencia a clasificar todas las experiencias según categorías opuestas y extremas: impecable-sucio, bueno-malo. Para referirse a sí mismo el sujeto utiliza los adjetivos del polo negativo.

Los errores cognitivos de los pacientes se derivan de algún supuesto:

- a. Sobregeneralización: Subyace el supuesto de que si es cierto en un caso, se puede aplicar a cualquier otro que sea mínimamente similar.
- b. Abstracción selectiva: El supuesto sería que los acontecimientos importantes serían sólo los fracasos, la carencia, etc. Se mide a uno mismo en función de sus errores, su debilidad, etc.
- c. Responsabilidad excesiva (Asumir la Casualidad Personal): El supuesto que existe haría pensarse a sí mismo como responsable de todas las cosas negativas, fracasos, etc.
- d. Asumir la Casualidad Temporal (Hacer predicciones sin la Evidencia suficiente): Implicaría que lo que ha sido de una manera en el pasado, continuará siendo así para siempre.
- e. Autorreferencias: Se cree que uno es el principal centro de atención, sobretodo de las conductas negativas, y causante de las desgracias.

- f. Catastrofismo: Lleva a pensar siempre lo peor y que eso es lo que más probabilidades tiene de ocurrir.
- g. Pensamiento dicotómico: El supuesto que subyace implicaría que las cosas se sitúan en un extremo u otro.

Beck (1979) propone que una manera de abordar el pensamiento distorsionado del paciente depresivo es conceptualizarlo en términos de modo “primitivo” de ver la realidad, lo cual implica emitir juicios globales acerca de los acontecimientos que afectan su vida, suelen ser extremos, negativos, categóricos y un modo “maduro”, este pensamiento integra las situaciones en varias dimensiones, de manera más bien relativa que absolutista. Se pueden establecer un gran número de diferencias entre estos dos tipos de pensamientos, entre ellas: mientras que el pensamiento primitivo es no dimensional y global, el pensamiento maduro es multidimensional. El primitivo es absolutista y moralista, el maduro es relativo, no se emiten juicios de valor. En el primero se observa invariabilidad, en el segundo variabilidad. Mientras que en uno el sujeto realiza un diagnóstico basado en el carácter, en el otro es basado en la conducta. Irreversibilidad en oposición a reversibilidad.

El paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible, fijo. De esta manera, su visión acerca de sí mismo es la de un “perdedor” condenado al fracaso, sin posibilidades de modificarlo. La gran variedad de distorsiones cognitivas y supuestos depresógenos se dejan ver a través de los pensamientos automáticos, estos se encuentran constituidos por supuestos fundamentales los cuales a su vez condicionan y moldean la forma en que se integrarán las nuevas experiencias del sujeto. Furlong & Oei (2002) llegaron a la conclusión de que los cambios cognitivos coinciden con la recuperación de pacientes depresivos, y además, que los pensamientos automáticos están más fuertemente relacionados con cambios en síntomas depresivos y estarían más cercanamente relacionados con cambios tanto cognitivos como somáticos en comparación con las actitudes disfuncionales.

3. *Suicidio y depresión*

Para Langner (2002), el suicidio aparece como un fracaso total en lidiar con los problemas de la vida, dado que implica el fin mismo de la vida, sin embargo, para el suicida, su decisión terminará con los problemas que considera insolubles. La visión en túnel de las personas suicidas es conocida; tienen cogniciones restringidas, manejan sólo dos opciones, no pueden ver soluciones alternativas. El suicidio también implica una especie de poder, dado que permite que uno gane cierto control sobre la muerte, por más ilusorio que sea. Es activo más que pasivo. Es una elección, y ofrece una sensación de libertad.

Desde la medicina forense se considera suicidio a toda muerte no accidental cuya causa próxima es deliberada, autoprovocada y autoinfligida, en esta esfera de trabajo y dado el objetivo que se persigue (indicar si el modo de muerte fue suicidio, homicidio, accidente o muerte natural) se toma en consideración la causa próxima de la muerte y la intención del agente de provocarla (Cohen Agrest, 2007).

Cohen Agrest (2007) manifiesta que en ocasiones el suicidio se proyecta como una respuesta definitiva a problemas agudos, si bien es un fenómeno multideterminado, suele ser precedido por un alto grado de estrés en las relaciones interpersonales, lo cual incluiría peleas con el cónyuge, incorporación de un miembro nuevo al hogar. Asimismo, se considera factor desencadenante una enfermedad, bien personal, bien de un familiar, amigo cercano; circunstancias económicas o laborales adversas y no sólo situaciones agudas llevan a suicidarse sino también crónicas, como la exposición a un matrimonio agobiante y el maltrato a hijos. Los sujetos con adicción a drogas y/ o alcohol se consideran una población con alto riesgo de quitarse la vida, sobretudo en períodos en que atraviesan una depresión aguda; la comorbilidad cumple un rol protagónico, la persona alcohólica que a la vez padece depresión (dos condiciones que priman en los suicidas ancianos) está en peligro, más aún considerando que esta situación suele darse en un sujeto impulsivo, con

posibles problemas tanto en lo económico, como en las relaciones interpersonales.

Lennings (1944) sugiere que la conducta suicida durante la adolescencia, forma parte de un continuum de comportamientos de escape como las adicciones y la delincuencia. Si el adolescente no logra disminuir el malestar emocional por vías más saludables, posiblemente buscará una salida en comportamientos más riesgosos, conocido como depresión enmascarada (Allberg & Chu, 1990 en Lennings, 1994). Lo cual implicaría el consumo de drogas para lograr un embotamiento emocional, precipitando conductas más riesgosas aún (conducir a alta velocidad, jugar picadas) para distraerse del dolor que les representa su vida actual (anticipando y aceptando la posibilidad de morir) y, eventualmente, acabar matándose. El suicidio cobra relevancia ante la falla de otras maneras, si bien patológicas, no fatales de enfrentar el stress.

En cuanto a la diferencia entre sexos, la autora expone que por cada mujer que se suicida son tres los hombres, excepto en China donde la situación es inversa probablemente por la discriminación en cuanto al género que allí se produce. Ahora bien, si se habla de tentativa de suicidio, son más comunes en mujeres a nivel mundial, triplicando a los hombres. No debe pasarse por alto que el intento de suicidio habla de una población en riesgo para posteriores suicidios consumados (Holden & DeLisle, 2006). El índice más bajo de suicidios lo poseen las personas casadas con hijos, dos tercios de los casados que intentan suicidarse poseen conflictiva matrimonial crónica y la mitad de ellos tuvo recientemente parejas extramatrimoniales, esto se contrapone notoriamente con la situación de los solteros cuya tasa de suicidios duplica a los casados y más aún con la de personas divorciadas, separadas o viudas que lo cuadruplican.

Un aspecto curioso relacionado con el fenómeno del suicidio es el así llamado “contagio”, las conductas miméticas son la consecuencia del contacto con comportamientos suicidas en el núcleo familiar, de pares o a través de los medios de comunicación. Langner (2002), expone el caso de una mujer que comete un intento de suicidio con Litio, en su historia se encuentra que ambos

padres habían intentado suicidarse introduciendo sus cabezas en el horno, si bien habría sido un intento de suicidio con muy poco deseo de morir realmente. Lo importante es que estas conductas aparecen como dos modelos parentales sumamente negativos para una persona en crecimiento y una posible tendencia genética hacia la depresión. Otro ejemplo es el de Ernest Hemingway, cuyos motivos para acabar con su vida, habría sido el deseo de evitar el progresivo deterioro a consecuencia de una enfermedad terminal. Elije pegarse un tiro, al igual que su padre tiempo antes que él. El hecho de estar expuestos directa o indirectamente a comportamientos suicidas pone en peligro a los sujetos que se encuentran en riesgo por poder generar deseos de actuar de la misma manera o tal como explican Hazell y Lewin (1993 citado por Townsend Carlson, 2006) pueden provocar síntomas de stress post-traumático en sujetos que por ejemplo, fueron testigos del hecho o encontraron el cuerpo. Tal es la repercusión que se ha recomendado a los medios masivos no reproducir estos acontecimientos, disminuir al máximo los comentarios, no brindar grandes detalles del método empleado y fundamentalmente no idealizar a las víctimas, ni dejar entrever que se logró algún tipo de objetivo deseado como salir en la televisión. Por el contrario, se sugiere brindar información sobre asistencia al suicida, dar a conocer la existencia de grupos de autoayuda y a dónde recurrir.

Además de los posibles significados atribuibles al suicidio que ya se mencionaron, Hendin y Merloo (1965 y 1962 citado por Langner 2002) hablan de:

- Suicidio como contagio: como grito de ayuda, contagio mental, como en los estados de pánico.
- Suicidio como venganza: para castigar a quienes lo rechazaron
- Suicidio por motivos inconscientes: auto castigo (matar a un yo quebrado, vencido “no puedo conmigo mismo”), escape de la confusión y la culpa, de la ansiedad extrema, de la sensación de estar “muerto en vida”.

- Suicidio egoísta: pérdida de control sobre el mundo externo e interno (miedo a la propia ira), aburrimiento (falta de incentiva), enfermedad incurable, dolor, o mutilación, falta de dignidad y privacidad.
- Suicidio como un renacer mágico: la muerte y la fantasía de reencarnar o de encontrarse con personas que ya habían muerto.

Por otra parte, Durkheim (1897), llevó a cabo un estudio a través del cual pretendió demostrar cómo, el estado civil, la religión y otras variables demográficas influyen sobre los índices de suicidio. Su conclusión final fue, que generalmente y principalmente, la cohesión social previene la conducta suicida, excepto en subculturas donde se requiere del suicidio bajo circunstancias específicas. La mayoría de las personas en la mayoría de las sociedades se encuentran lo suficientemente “reguladas” como para mantenerse ajenas a esta conducta. Este autor clasifica al suicidio en:

- Suicidio anómico: aparece como resultado de una desregulación de la sociedad, un conflicto entre las normas de conducta a seguir. Se produce en crisis económicas fuertes, cambios radicales, momentos en los cuales la expectativa de los individuos no coincide con los hechos reales que suceden.
- Suicidio altruista: Es resultado de demasiada regulación. El sujeto sacrifica su derecho a la vida por un imperativo social, entonces a mayor integración del grupo, mayor tasa de suicidios. Es el caso de los kamikazes japoneses.
- Suicidio egoísta: Resulta de una excesiva desvinculación del sujeto respecto a su comunidad

Depresión y suicidio han ido siempre unidos. Montejo Carrasco (1986) afirma que quien padece depresión vive en desesperanza y por eso tendería más a la autoagresión. Es más, algunos investigadores consideran la desesperanza como un constructo particularmente importante a la hora de comprender los intentos de suicidio, y suicidios consumados tanto en adolescentes como en adultos (Fritsch, Donaldson, Spirito & Plummer, 2000).

Sumado a esto, Beck (1979) entiende la desesperanza como un punto psicológico central (o expectativas negativas generalizadas como él lo llama) en el paciente suicida, incluso algunos consideran que la desesperanza resulta ser un indicador más fuerte que la depresión de comportamientos suicidas y el mejor vaticinador de suicidios consumados en la población adulta (Donaldson, Spirito & Farnett, 2000 y Beck, Kovac & Weissman, 1975). Así, Beck, Steer, Kovacs y Garrison (1985) encontraron que la escala de desesperanza resultó ser un muy buen predictor a largo plazo del posterior suicidio de 207 pacientes internados con ideación suicida. Juárez Rojop et al. (2005), si bien coinciden con el hecho de que existe asociación entre depresión y suicidio, agregan que el riesgo de suicidio no es diagnosticado en muchos casos y el tratamiento no se proporciona, lo que genera un subregistro de su prevalencia y consecuencias y, por consiguiente, una subestimación de su importancia.

Alrededor del 15% de las personas depresivas realizan el acto suicida (Montejo Carrasco, 1986), haber realizado un intento previo incrementa el riesgo de un futuro suicidio consumado en un 50% o 60% (Fritsch, Donaldson, Spirito & Plummer, 2000) y el 70% de aquellos que se quitan la vida sufren de trastorno bipolar o depresión (Cohen Agrest, 2007). Por su parte, Langner (2002), propone que la depresión, tal como lo descubrió la psiquiatría, posee diversos correlatos psicológicos y genéticos y ciertamente puede desencadenar en suicidio. Aquí reside la importancia de abordar ambos fenómenos en conjunto además de por separado.

Desde una perspectiva netamente descriptiva (Ey, Bernard, Brisset, 1998) el aspecto fenomenológico elemental en los estados depresivos es el descenso de humor (timia) que termina siendo triste, a esto acompaña la inhibición, entendida como enlentecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, aislándose el sujeto cada vez más y evitando las relaciones sociales, y el dolor moral, el cual se expresa por una autodepreciación que puede convertirse en una autoacusación, autopunición y culpa. Montejo Carrasco (1986) propone que la depresión como síntoma es un sentimiento de tristeza o abatimiento, implica una sensación y vivencia momentánea; como síndrome es un conjunto de

síntomas, a saber: tristeza, ansiedad, insomnio. Se podrán observar trastornos psíquicos: tristeza y deseo de llorar, ansiedad e irritabilidad constantes, pérdida de interés, sentimiento de culpabilidad, estado de agitación o inhibición, trastornos del juicio, indecisión y presencia de delirios y también trastornos somáticos: trastorno del sueño, pérdida de apetito, disminución del deseo sexual. Cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc. Con respecto al origen o desencadenante de esta patología, la teoría cognitiva propone que ciertas experiencias tempranas establecen las bases para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos esquemas pueden permanecer inactivos por largo tiempo y manifestarse debido a las circunstancias actuales, que encuentran resonancia con las originales del pasado. En otras ocasiones, una enfermedad o anomalía física puede activar la creencia latente de estar destinado a una vida de sufrimientos. Por sí sola, una situación desagradable, incluso de las peores que puede padecer una persona, no termina en depresión excepto que exista una cierta sensibilización para con ese tipo de situación, debido a su organización cognitiva (Beck, 1979).

Considerando la fuerte relación que existe entre suicidio e ideas suicidas y depresión (ver Coleman & Casey, 2007; Montejo Carrasco, 1986; Juárez Rojop, et al, 2005) y dado que en nuestro medio no se hallan estudios empíricos tendientes a evaluar si existen relaciones entre suicidio y errores cognitivos en el pensamiento, el presente estudio tiene por objetivo aportar evidencia a la relación suicidio-errores cognitivos por medio de la detección de estos en cartas, notas y escritos suicidas.

Objetivos

Objetivo General:

- Detectar la presencia de errores cognitivos postulados por la Teoría de la Depresión de Beck en cartas, notas y escritos suicidas por medio del análisis de contenido de jueces ciegos expertos.

Objetivos específicos:

- Identificar la presencia de *Sobregeneralización* en los escritos suicidas
- Identificar casos de *Abstracción Selectiva* en los escritos suicidas.
- Detectar la aparición de *Responsabilidad excesiva* en los escritos suicidas.
- Indicar *Autorreferencias* en caso de observarse en los escritos suicidas.
- Señalar cuando se *Asume la Casualidad Temporal* en los escritos suicidas.
- Develar casos *Catastrofismo* en los escritos suicidas.
- Detectar la aparición de *Pensamiento Dicotómico* en los escritos suicidas.
- Evaluar cuales son los errores cognitivos que se repiten con mayor frecuencia en los escritos suicidas.

Metodología

Muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por once cartas suicidas dejadas a familiares, amigos y a la policía previamente a cometer el acto suicida y tres notas suicidas, pertenecientes a ocho personas (hombres = 7; mujeres = 1) de entre veinte y cincuenta años aproximadamente. Todos los suicidas eran oriundos de las provincias de Córdoba y Chaco.

Los casos a estudiar se eligieron por medio de un muestreo a propósito (León y Montero, 2003), es decir que se incluyeron en la muestra cartas que cumplieran con los siguientes requisitos:

- Que hayan sido escritas por los sujetos previamente a suicidarse.
- Que se haya consumado el acto suicida en todos los casos, lo cual excluyó cartas, notas y escritos de personas en situación de tentativa de suicidio.
- Que las fuentes de las cuales se obtuvieran los escritos fuesen fidedignas.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron exclusivamente documentos personales, cartas que se destacaban por su mayor longitud y detalles en comparación con las notas; notas, escritas aparentemente en los últimos momentos previos al acto.

Procedimiento

A partir de las cartas y notas se realizó una investigación empírica cuyo diseño fue un Estudio de Caso Múltiple. Siguiendo a Montero y León (2007), los estudios de caso son estudios descriptivos no estructurados que se refieren a una única unidad muestral. En los Estudios de Casos Múltiple (León y Montero, 2003) el investigador elige varios casos ya sea por medio de análisis de documentos, entrevistas en profundidad, entrevistas grupales, observación, a modo de ilustrar situaciones extremas de aquello que se estudia. Al presentar diferencias, permite que se destaquen claramente las dimensiones del problema. No sólo debe seleccionar el caso el investigador, sino también definirlo, por lo tanto debe acotar ámbitos donde cobra valor su estudio y los objetivos que guiarán la investigación. Según el enfoque, se podrán utilizar los

procedimientos analíticos tradicionales o el análisis cualitativo de datos, en cuyo caso las fuentes de información primordiales serán las miradas, preguntas y el examen. Luego de establecidas las correspondencias entre dimensiones de contenido y los diferentes aspectos del análisis dentro del caso, sería dable plantearse su generalización a otros casos, la cual podría ser preposicional, esto es, formularla como ley general objetiva, o naturalista cuyo objetivo sería compartir una experiencia subjetiva, la del investigador.

Luego se efectuó un Análisis de contenido de las cartas y notas mediante la colaboración de jueces ciegos expertos en la Terapia Cognitiva. Krippendorf (1990 citado por Valle Fernández, Galera & Galleano, 2008) señala que el análisis de contenido es una técnica de investigación por medio de la cual se puede analizar cualquier forma de comunicación de manera objetiva y sistemática. Resulta especialmente eficaz para identificar y examinar creencias de personas. Para analizar las cartas y notas se confeccionó una grilla que fue otorgada a los jueces ciegos expertos (ver Anexo). En las mismas se incluyeron oraciones pertenecientes a los escritos (las unidades de análisis), es decir, los segmentos del contenido de las cartas y notas suicidas que se analizaron, fueron las oraciones en sí. Como se recordará, el principal objetivo del presente trabajo fue el de detectar la presencia de errores cognitivos postulados por la Teoría de la Depresión de Beck: Sobregeneralización, Abstracción selectiva, Responsabilidad excesiva, Asumir la Casualidad Temporal, Autorreferencias, Catastrofismo y Pensamiento dicotómico en los documentos bajo estudio.

Resultados

Como paso previo a la realización de los análisis específicos, se verificó la confiabilidad de los jueces en la tarea de evaluación de las unidades de análisis establecidas para el presente trabajo. Esto es, el análisis de contenido se realiza mediante la colaboración de jueces expertos que, en el caso de la presente investigación, debían detectar la presencia de los errores cognitivos postulados por la teoría de la depresión de Aaron Beck en cartas y notas suicidas. A tal fin, se contó con la colaboración de un psiquiatra, una psicóloga y un psicólogo con especial conocimiento y experiencia en la teoría y terapia cognitiva.

En este tipo de estudios, resulta de suma importancia determinar la idoneidad y confiabilidad de los jueces para la obtención de resultados objetivos y confiables.

Tal como señalan Tornimbeni, Pérez y Olaz (2008), es necesario evaluar la confiabilidad entre examinadores cuando interviene el criterio del examinador en el proceso de calificación. Para esto se utilizó el índice kappa (K) el cual brinda una estimación de la concordancia entre codificadores considerando el sesgo debido al azar. Este índice Kappa (k) señala la concordancia observada entre los jueces eliminando las posibles coincidencias por azar. Para interpretar los valores de k debe considerarse que valores $k=1$ señalan la máxima concordancia posible entre jueces, por lo tanto, cuanto más cercanos a 1 sean los valores obtenidos por k, mayor confiabilidad entre los codificadores. Entre el juez 1 (psicólogo) y 2 (psiquiatra) y entre el 1 y 3 (psicóloga) se encontró un valor de $k= .55$, lo cual nos habla de una fuerza de concordancia moderada y entre el juez 2 y el juez 3, $k=.62$, obteniendo una fuerza de concordancia buena.

Considerando que los jueces 2 y 3 presentaron niveles de concordancia buenos, se eliminó al juez 1 y se procedió al Análisis descriptivo de los errores cognitivos en cartas y notas suicidas. Para ello, una vez realizado el análisis de contenido de las cartas y notas suicidas, se cargaron los datos en el paquete estadístico SPSS 17.0. A cada oración, se le asignó un 1 si los jueces

consideraban que allí había una distorsión cognitiva o un 2 en caso contrario (1 = hay distorsión cognitiva en la oración, 2 = no hay distorsión cognitiva en la oración). Posteriormente, se realizó una sumatoria de todos los valores obtenidos en las respuestas, asignando así un puntaje acumulativo para cada participante. Esta modalidad de puntuación y calificación de las respuestas se basa en el modelo de calificación acumulativa desde el cual se presume que la puntuación observada representa el rasgo evaluado (Cohen & Swerdlik, 2006). Este modelo de calificación se basa en la hipótesis de que cuanto más respuestas en una dirección particular presente el examinado, más posibilidades tiene el mismo de poseer el rasgo o dominio evaluado, en este caso, distorsiones cognitivas. De esta manera, se obtiene un índice que refleja la magnitud de distorsiones cognitivas utilizando un nivel ordinal de medición.

A su vez, se utilizó una escala nominal para clasificar los 7 tipos de errores cognitivos (1= Sobregeneralización, 2= Abstracción selectiva, 3= Responsabilidad excesiva, 4= Casualidad temporal, 5= catastrofismo, 6= Autorreferencias, 7= pensamiento dicotómico) y luego de cargar los datos se realizó un análisis de frecuencias sobre la prevalencia de distorsiones cognitivas y la frecuencia de errores cognitivos. Los siguientes resultados fueron arrojados:

Con respecto a la presencia o ausencia de errores cognitivos en las oraciones expuestas, tanto el juez n°2 como el juez n°3, encontraron distorsiones cognitivas en el 59% de los casos, o sea que 39 de las 66 afirmaciones presentaban alguno de los errores cognitivos propuestos por la Teoría Cognitiva de la Depresión de Aaron Beck. (Ver Tabla n°1). Estos resultados se condicen con lo propuesto por Beck (1979) acerca de que la tendencia al suicidio es un problema que predomina y se observa con frecuencia en personas depresivas. Este autor conceptualiza el pensamiento de la persona depresiva como un modo “primitivo” de organizar la realidad, caracterizado por la emisión de juicios globales y no dimensionales respecto a los acontecimientos que afectan su vida, absolutistas, moralistas, negativos, invariables e irreversibles. O’Connor, Sheehy & O’Connor (1999) señalan que los suicidas depresivos se encuentran sobrepasados por las emociones y

fijados en los aspectos negativos de su presente lo cual los lleva a una mayor sensación de desamparo incrementando la constricción cognitiva y pobreza de pensamiento. Al respecto, Schotte y Clum (1987 en Lennings, 1994) presentaron un modelo de tendencia suicida en el cual, la rigidez cognitiva aparece como un ingrediente principal y encontraron asociaciones significativas entre rigidez cognitiva y altos niveles de ideación suicida, de lo cual se dedujo que una vez que se ha establecido en sujetos con tendencias suicidas el esquema que permitiría o alentaría llevar a cabo tal acto, la rigidez cognitiva impide un análisis racional y un cambio de esquema. La rigidez cognitiva junto con distorsiones cognitivas y supuestos disfuncionales conducen a ideación suicida (Reilly, 1998).

Estos resultados, además, aportan evidencia acerca de la relación propuesta entre errores cognitivos y suicidio. Los errores en el procesamiento de la información son sistemáticos y se presentan en el pensamiento del paciente depresivo manteniendo su firmeza al momento de evaluar la validez de sus conceptos negativos, por más evidencia contraria que exista. Se ha encontrado que las distorsiones cognitivas predicen más fehacientemente un potencial suicidio en los adolescentes que el haber tenido un historial de eventos estresantes en la vida (Deal & Williams, 1988 citado por Lennings, 1994). Esto da crédito a la afirmación de que el procesamiento cognitivo resulta ser una importante variable predictiva del riesgo suicida, incluso se propone a la ideación suicida como paso intermedio entre el comportamiento normal y el suicidio. La ideación suicida puede predecir el riesgo suicida. (Lennings, 1994).

Tabla n°1: Detección de errores cognitivos

	Juez 2		Juez 3	
	Frec.	%	Frec.	%
SI	39	59,1	39	59,1

NO	27	40,9	27	40,9
Total	66	100,0	66	100,0

En caso de haber detectado la presencia de algún error cognitivo, se solicitó a los jueces indicar, cuál de los siete errores que postula la teoría se hacía presente. A partir de esta consigna, para el juez n°2, el tipo de error cognitivo que prevalece es “pensamiento dicotómico” con el 21,2%, detectándolo en un total de 14 oraciones y le sigue “Responsabilidad excesiva” apareciendo en el 12,1% de las oraciones, o sea, en 8. Con respecto al juez n°3, éste propone que el error que más se repite es “Responsabilidad excesiva” en el 19,7% de las unidades analizadas (13 oraciones) y luego observó “Catastrofismo” en el 13,6% de los casos y “Pensamiento dicotómico” en el 12,1%. (Ver Tabla n°2)

Tabla n°2: Tipo de error cognitivo detectado

	Juez 2		Juez 3	
	Frec.	%	Frec.	%
Sobregeneralización	1	1,5	0	0
Abstracción selectiva	6	9,1	4	6,1
Responsabilidad excesiva	8	12,1	13	19,7
Asumir la Casualidad Temporal	5	7,6	1	1,5
Autorreferencias	2	3,0	4	6,1
Catastrofismo	3	4,5	9	13,6
Pensamiento dicotómico	14	21,2	8	12,1

Entonces, los tipos de errores cognitivos que más se encontraron en las cartas y notas bajo estudio, fueron:

-Catastrofismo, el cual lleva a pensar siempre lo peor y que eso es lo que más probabilidades tiene de ocurrir. Se ha observado que las expectativas negativas son un rasgo principal dentro de la sintomatología depresiva (Beck 1967 en Beck, Riskind, Brown & Steer 1988). Para el paciente depresivo, el futuro se aparece como un estado de dolor y desesperación interminable (Kovacs & Beck, 1978). Al respecto Lennings (1994) observó que la presencia de una actitud negativa temporal es un fuerte indicador de depresión, por lo tanto, de ideación suicida y además se ha encontrado que los individuos con creencias depresivas acerca de sí mismo generalmente muestran mayor probabilidad de tener ideación suicida que aquellos con menor cantidad de creencias depresivas acerca de sí mismos, las asociaciones depresivas automáticas predicen significativamente la ideación suicida y los intentos de suicidio (Glashouwer et al., 2009).

-Pensamiento dicotómico: el supuesto que subyace implicaría que las cosas se sitúan en un extremo u otro; esto se condice con la “visión en túnel” del suicida que propone Langner (2002), en la cual se restringen las cogniciones y el sujeto solo puede moverse entre dos opciones (la desgracia, ir a la cárcel, quiebra económica o suicidarse), no existen soluciones alternativas para ellos.

-Responsabilidad excesiva: El supuesto que existe haría pensarse a sí mismo como responsable de todas las cosas negativas, fracasos, etc. Se considera un rasgo central de la depresión el aumento de los pensamientos negativos acerca de uno mismo (Haaga, Dyck & Ernst, 1991 en Teasdale, Taylor, Cooper, Hayhurst & Paykel, 1995). Kovacs y Beck (1978), afirman que el paciente depresivo es particularmente propenso a descalificar experiencias positivas y auto adjudicarse los fracasos, los cuales suelen ser interpretados como indicadores de su culpabilidad.

Discusión

Como se recordará, el presente estudio tuvo por objetivo detectar la presencia de errores cognitivos postulados por la Teoría Cognitiva de la Depresión de Aaron Beck, en cartas y notas de suicidas, a partir de un análisis de contenido de las mismas por parte de jueces ciegos expertos.

Los resultados arrojados por esta investigación, confirmaron la presencia de distorsiones cognitivas en los escritos en un 59% de los casos abordados. Los jueces consideraron que 39 de las 66 afirmaciones analizadas presentaban alguno de los errores cognitivos que propone Beck. Así, la Responsabilidad excesiva (El supuesto que existe haría pensarse a sí mismo como responsable de todas las cosas negativas, fracasos, etc.), el Catastrofismo (el cual lleva a pensar siempre lo peor y que eso es lo que más probabilidades tiene de ocurrir) y el Pensamiento Dicotómico (el supuesto que subyace implicaría que las cosas se sitúan en un extremo u otro), fueron los más frecuentes. Estos resultados, sumado a lo que propone la Teoría Cognitiva de la Depresión de Aaron Beck y a lo reportado en otros estudios, confirman, al menos, el hecho de que quienes se suicidan, generalmente, presentan errores en el procesamiento de la información y un pensamiento teñido por esquemas cognitivos y supuestos depresógenos que los lleva a considerar la idea de suicidio como la única alternativa posible ante las circunstancias actuales de su vida al momento de cometer el suicidio. La constricción cognitiva, que tal como propone Beck, induce a un pensamiento negativo acerca de sí mismo, del mundo y del futuro junto con la rigidez cognitiva que conlleva, impiden la búsqueda y el encuentro de maneras más funcionales de resolver los conflictos, o al menos, no fatales. El individuo que piensa en suicidarse carecería de recursos internos para salir adelante por sus propios medios, por lo tanto es inminente la necesidad de asistencia profesional.

Al respecto, la Teoría cognitiva de la depresión, propone un abordaje muy específico para los pacientes con tendencias suicidas, con técnicas y estrategias elaboradas para tal fin. La terapia cognitiva de la depresión deviene de esta teoría y parte del supuesto de que considerando un conjunto de conceptos negativos como núcleo de la depresión, corregirlos implicaría

una remisión de la depresión. Reilly (1998) afirma que la terapia debe centrarse en el perfeccionismo, sensibilidad social, dificultad en resolver problemas y desesperanza del paciente. Rush y Beck (1977) encontraron que esta terapia ha logrado mejores resultados que la terapia de insight, la terapia conductual, la no directiva e incluso la farmacoterapia. No obstante, es dable pensar la posibilidad de administrar antidepresivos, según corresponda o durante los primeros tiempos, tratando de frenar los impulsos suicidas. La terapia cognitiva propone un interesante abordaje para los sujetos en crisis y con altos grados de ideación e intención suicida.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, también permiten considerar que la detección temprana de distorsiones cognitivas en sujetos con ánimo o trastorno depresivo puede ser un indicador de ideación o del futuro desarrollo de ideación suicida. Así, un análisis de contenido de producciones escritas por parte de este tipo de pacientes, complementada con los datos que brinden las entrevistas con el sujeto, tests proyectivos y psicométricos como la Escala de desesperanza de Beck, el Inventario de depresión de Beck, la Escala de pensamientos suicidas de Beck, permitirían lograr una visión más global y completa de la situación que se encuentra atravesando un determinado sujeto y poder evaluar el riesgo de consumar el suicidio que posee. En casos muy severos, Beck propone que el paciente complete alguna de las escalas mencionadas anteriormente al comienzo de cada sesión, para evaluar la severidad de la situación en ese momento.

Estudios como el presente podrían servir como herramienta para la prevención del suicidio, tanto primaria como secundaria, en múltiples ámbitos y contextos: clínico, forense, educacional, considerando los distintos grupos en riesgo: pacientes psiquiátricos (principalmente con trastorno Borderline de la personalidad o bipolar), drogodependientes, adolescentes (la alta impulsividad sumado a los replanteamientos de la edad, incertidumbres, inmadurez los dejan muy expuestos a las conductas de riesgo), depresivos. El presente trabajo aporta más evidencia en relación a la presencia de errores cognitivos en los escritos dejados por personas que se suicidaron. Por lo mismo, la detección de estos indicadores: una visión negativa acerca de sí mismo, del

mundo y del futuro, desesperanza, esquemas cognitivos rígidos, depresión, ausencia de proyección a futuro, pensamiento automáticos negativos, constricción cognitiva, permitiría al profesional de la salud suponer con cierta certeza la existencia de ideación suicida y a partir de ello actuar, evaluarla e intervenir, buscar estrategias para aplacarla si es insipiente, mermarla hasta extinguirla si ya se estableció o bien prevenirla. De igual forma y por los mismos motivos, esta investigación podría ser útil a la hora de llevar a cabo un tratamiento con sujetos que presenten tendencias suicidas al aportar estos indicadores que funcionan como una alerta acerca de lo que puede suceder o acerca de qué se debe trabajar.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, la primera a destacar es el hecho de que la gran mayoría de los estudios llevados a cabo por Aaron Beck y colaboradores fueron desarrollados con población anglosajona, lo cual per se implicaría cierta disonancia con el contexto sociocultural en el cual se llevó a cabo este trabajo. Al respecto, sería conveniente desarrollar más investigaciones en la población local con unidades muestrales mayores. Además, y en orden a descartar otras explicaciones alternativas, se sugiere utilizar un grupo control con sujetos no depresivos, o con cartas de sujetos que no hayan consumado el acto suicida. También podrían hacerse investigaciones en cuanto a la diferencia de género y de edad, visto y considerando las discrepancias que la literatura plantea acerca de las motivaciones para cometer suicidio, el contenido de las cartas y el modo elegido entre hombres y mujeres y de acuerdo al grupo etario al que pertenecen. Resultaría interesante investigar a su vez, si existen diferencias entre la cantidad y los tipos de errores cognitivos presentes en cartas y notas, de manera separada, dado que las notas son más cortas y se suelen escribir minutos antes del suicidio, hasta incluso con un fin distinto al de las cartas, por lo tanto el pensamiento y la capacidad cognitiva seguramente se expresarán de un modo distinto a cómo se expresan en las cartas que suelen ser más largas, con más detalles, más tiempo dedicado y mayor reflexión. Incluso es dable pensar que se observarían discrepancias entre una carta y una nota dejadas por un mismo sujeto. Otra línea a seguir, sería la de realizar estudios cualitativos complementarios al análisis de contenido que aquí se desarrolló, como ser análisis del discurso.

Finalmente, y más allá de las limitaciones señaladas, cabe destacar la importancia de realizar trabajos empíricos dirigidos a ratificar o descartar teorías ampliamente extendidas en el campo de la psicología clínica pero cuyo fundamento radica en estudios realizados en poblaciones culturalmente diferentes. El esfuerzo permitiría identificar aspectos no dependientes de las diferencias culturales y considerar el uso de procedimientos de prevención e intervención que ya cuentan con estudios de evidencia empírica. Esto último no resulta de menor importancia en un contexto como el de la psicología argentina en el que el desarrollo e implementación de intervenciones basadas en la evidencia aún es incipiente.

Referencias

- Beck, A. (1963). Thinking and Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 9(4) pp. 324-333
- Beck, A; Kovacs, M. & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An over-view. *Journal of the American Medical Association*. 234, pp. 1146-1149
- Beck, A.; Riskind, J.; Brown, G & Steer, R. (1988). Levels of Hopelessness in DSM-III Disorders: A Partial Test of Content Specificity in Depression. *Cognitive therapy and research*. 12 (5), pp. 459-469
- Beck, A.; Rush, J; Shaw, B; Emery, G. (1979) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.; Steer, R.; Eidelson, J. & Riskind, J. (1987). Differentiating Anxiety and Depression: A Test of the Cognitive Content- Specificity Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*. 96 (3), pp- 179-183
- Beck, A.; Steer, R.; Kovacs, M. & Garrison, B.(1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10- year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Cohen Agrest, D. (2007) *Por mano propia*. Estudio sobre prácticas suicidas. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Coleman, D. & Casey, J. (2007). Therapeutic mechanisms of suicidal ideation: the influence of changes in automatic thoughts and immature defenses. *Crisis*. 28, pp. 198-203
- Darbonne, A. (1969). Suicide and Age: A suicide Note Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 33, pp. 46-50
- Donaldson, D; Spirito, A & Farnett, E. (2000). The Role of Perfectionism and Depressive Cognitions in Understanding the Hopelessness

- Experienced by Adolescent Suicide Attempters. *Child Psychiatry and Human Development*. 31(2),pp. 99- 111
- Dowd, E. (2004). Depression: Theory, Assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4, pp.413-423.
 - Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal
 - Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C.(1998) *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson
 - Ferenczi, S. (1995). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*. Estados unidos: editado por Judith Dupont.
 - Frederick, C. (1969). An investigation of handwriting of suicide persons through suicide notes. *Journal of Abnormal Psychology*. 73, pp. 263-267
 - Fritsch, S; Donaldson, D; Spirito, A & Plummer, B. (2000). Personality Characteristics of Adolescent Suicide Attempters. *Child Psychiatry and Human Development*. 30(4), pp. 219-235
 - Furlong, M., & Oei, T. (2002). Changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in group CBT for depression. *Behavioral and cognitive psychotherapy*. 30, pp. 351-360
 - Glashouwer, K.; Jong, P.; Penninx, B.; Kerkhof, A.; Dyck, R. & Ormel, J. (2009). Do Automatic Self- Associations Relate to Suicidal Ideation?. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment*.
 - Handelman, L. & Lester, D. (2007). The content of suicide notes from attempters and completers. *Crisis*. 28, pp.102-104
 - Holden, R & DeLisle, M. (2006). Factor Structure of the Reasons for Attempting Suicide Questionnaire (RASQ) with Suicide Attempters. *Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment*. 28 (1), pp. 1-9

- Juárez Rojop, I.; Blé Castillo, J.; Villar Soto, M.; Jiménez Santos, M.; Ramón Frías, T.; Juárez Oropeza, M. & Díaz Zagoya, J. (2005). Depresión y riesgo de suicidio: Posibles indicadores bioquímicos en pacientes psiquiátricos con intento de suicidio en el sureste de México. *Universidad y Ciencia*. 21(41), pp. 1-9
- Kovacs, M & Beck, A. (1978). Maladaptive Cognitive Structures in Depression. *The American Journal of Psychiatry*. 135 (5),pp. 525-533
- Langner, T. (2002). Choices for living: Coping with fear of dying. *Path in Psychology*. pp: 227-244
- Lennings, c. (1994). A cognitive understanding of adolescent suicide. *Social & General Psychology Monographs*, 120, 3
- León, O. y Montero, I. (2003) *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw Hill
- Lester, D; Wood, P; Williams, C & Haines, J. (2004). Motives for suicide- A Study of Australian Suicide Notes. *Crisis*. 25, pp. 33-34
- Marchiori, H. (1993). *Criminología del suicidio*. Córdoba: Marcos Lerner
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Montejo Carrasco, P. (1986). *La depresión y otros estados afectivos*. Madrid: Quorum
- Montero, I. y León, O.(2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7, pp. 847-862
- Nelson, E. (1977). Irrational Beliefs in Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45, pp. 1190-1191
- Núñez Gómez, N.; Olivera Plaza, S.; Losada Ramírez, I.; Pardo Torres, M.; Díaz Monrroy, L. & Rojas Vega, H. (2008). Perfil multidimensional de

personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento psicológico*. 4, pp. 85-100

- O'Connor, R.; Sheehy, N. & O'Connor, D. (1999). A thematic analysis of suicide notes. *Crisis*. 20, pp. 106-114.
- Reilly, C. (1998). Cognitive Therapy for the Suicidal Patient: A case Study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 34 (4), pp. 26-33
- Ruiz Hernández, J; Navarro-Ruiz, J; Torrente Hernández, G & Rodríguez González, A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*. 17, pp.684-690.
- Rush, A. & Beck, A. (1977). Cognitive therapy of depression and suicide. *American journal of psychotherapy*. 32, pp. 201-219
- Teasdale, J.; Taylor, M.; Cooper, Z.; Hayhurst, H. & Paykel, E. (1995). Depressive Thinking: Shifts in Construct Accessibility or in Schematic Mental Models?. *Journal of Abnormal Psychology*. 104 (3), pp. 500-507
- Townsend Carlson, K. (2006). Mood Variability in Adolescent Suicide: Importance in Domains of Self-Schemas in Adolescent Suicide. *Child & Youth Care Forum*. 35 (2), pp. 79-99
- Valle Fernández, R.; Galera, M. & Galleano, A. (2008). Distorsiones Cognitivas en Ingresantes a la Facultad de Psicología de la UNC: su relación con la Deserción y el Rendimiento Académico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Anexo

A continuación se adjunta la grilla que se les dio a los jueces ciegos expertos para que analicen.

