

JOSE LUIS PINILLOS DIAZ

**Catedrático y Director del Departamento de Psicología y Antropología
de la Universidad Complutense de Madrid.**

Tres lecciones sobre psicología del suicidio

El suicidio es, sin duda, una de las acciones más dramáticas y desgarradoras que puede ejecutar el hombre. Quitarse la vida es algo tan contrario a la naturaleza que, en principio, resulta muy difícil de entender, salvo en algunos casos límite donde la desesperación bordea probablemente con la locura. Y sin embargo todos los años cientos de miles de personas acaban con sus vidas, muy frecuentemente por motivos en apariencia fútiles y desproporcionados con la gravedad de la decisión. Muchas más aún son las que intentan suicidarse por razones todavía más triviales, y es incalculable el número de las que en un momento determinado piensan en la muerte como solución a sus problemas.

La cuestión es, además de penosa y difícil de comprender, muy inquietante para la sociedad. A la postre, acabar con la vida propia es de alguna manera poner de manifiesto una decepción radical con el mundo. El suicidio es, en este sentido, una acusación. Cabe suponer que cuando son tantos los seres en que se extingue el último rescoldo de la esperanza, algo va mal en la sociedad que les rodea.

En estas tres lecciones voy a intentar, modestísimamente, desde luego, responder a tres preguntas que uno puede hacerse ante tan pavorosa y enigmática

conducta. A saber: ¿quién se suicida?, ¿por qué? y ¿qué cabe hacer al respecto?.

I. SUICIDIO Y PERSONALIDAD

Lo primero que debe señalarse en relación con este tema es que la pregunta ¿quién se suicida? refleja exactamente la naturaleza personal del acto suicida. Quiero decir con esto que el suicidio es una realidad biográfica y no un hecho meramente biológico. Sólo un ser al que es posible referirse con el pronombre “quien” es capaz de cometer suicidio. Los animales, pese a las leyendas y analogías que se quieran aducir, no se suicidan. Para quitarse la vida es preciso estar ya fuera de ella de alguna forma, esto es, liberado hasta cierto punto de la tiranía de los instintos y de los estímulos a que están sometidos los animales. Dicho de otra forma, para salirse de la vida es necesaria la libertad que confiere la razón, hace falta poder disponer de los propios actos, y ello supone que el nivel de los meros reflejos sea asumido por el de la reflexión. Es posible que en el acto mismo del suicidio operen elementos irracionales. Sólo que la irracionalidad del suicida representa la pérdida, o más bien el deterioro de algo que previamente se tenía, y no la pura carencia de razón. Brevemente, en la medida en que el suicidio sea un acto irracional, no hay que olvidar que lo es en un sentido muy particular, exclusivo de los seres dotados de razón. Ni los animales, ni los oligos totales se suicidan. Para hacerlo es preciso pensar humanamente: mal, si se quiere, pero humanamente. El alacrán que se clava el agujijón lo hace de forma refleja; el hombre que se mata ha reflexionado antes.

Por lo pronto, pues, el suicidio se nos muestra como un acto estrictamente personal, perteneciente a la vida biográfica del ser humano; capaz, sí, de acabar con su vida biológica, pero independiente de ella. ¿Significará eso, entonces, que el suicidio constituye una decisión existencial incondicionada?

Ciertamente, la respuesta es negativa. El suicidio constituye un tipo de conducta que sólo se da en los seres libres, pero no es un acto absolutamente libre. Existen condicionantes diversos que, al menos estadísticamente, influyen en la probabilidad de su comisión. Por ejemplo, y sin ir más lejos, las variaciones estacionales constituyen uno de tales factores. Hellpach, hace muchos años, llamó la atención sobre el hecho, ya entonces comprobado y verificado después de numerosos trabajos empíricos, de que en los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto se produce un incremento notable de la tasa de suicidios —y de brotes de locura y violaciones— que contrasta significativamente con el descenso que se opera a partir de septiembre hasta el mes de enero, en que de nuevo comienzan a elevarse los índices. Las diferencias, de un 30% o más, entre los meses de máxima y los de mínima, es suficientemente grande como para pretender situar el fenómeno del suicidio más allá de todo condicionamiento natural. Claro es que ese condicionamiento es tan sólo de orden probabilístico y no permite predecir los suicidios a nivel individual. Pero los hechos están ahí y significan la existencia de unas relaciones reales entre las conductas suicidas y los ritmos estacionales, que desmienten la concepción del suicidio en términos de una decisión angélica, desvinculada de todo condicionamiento natural.

Por lo demás, los factores asociados de alguna manera con la frecuencia del suicidio son sumamente nu-

merosos, y no sólo naturales. Ninguno de ellos es suficiente por sí solo para constituirse en un predictor válido de las conductas suicidas individuales, pero el mero hecho de su existencia prueba que el suicidio no se distribuye al azar en la población, y que muy por el contrario el riesgo de suicidio es selectivo. Acontece con mucha más frecuencia en unas clases de personas que en otras. Lo cual, dicho de otra manera, equivale a proclamar la licitud de preguntarse por quiénes se suicidan y, más todavía, por quiénes albergan en su personalidad un mayor riesgo de quitarse la vida. Cualquiera puede hacerlo, pero unos más que otros.

Propiamente, el análisis minucioso de semejantes factores no nos concierne, excepto, eso sí, en la medida en que contribuyan a la configuración de las personalidades de alto riesgo, esto es, susceptibles de "contraer", si se me permite la expresión, el síndrome presuicida de que habla Ringel, con mayor facilidad que la mayoría de la población.

Unas veces, esos factores son de carácter muy general. Tal es el caso de las estaciones del año, que acabamos de comentar, o la edad y el sexo, que también se distribuyen selectivamente entre la población suicida. Están asimismo las grandes condiciones sociohistóricas de los países, reponsables de la variación general de la tasa de suicidios según períodos determinados, como por ejemplo ha ocurrido en Francia durante los últimos ciento cincuenta años (1). O el habitat, las creencias, las pérdidas económicas, la desaparición de algún ser querido, la estructura familiar, las enfermedades incurables y un inagotable repertorio de situaciones que de ordinario concurren al intento o comisión efectiva del suicidio. Apretando algo más el cerco

(1) Gabriel Deshaies, *Psychologie du suicide*. Presses Universitaires de France, 1947.

de las que podríamos llamar circunstancias individuales del suicidio, encontramos también esos notables casos de familias vocadas a la autoaniquilación, como el que relatara Maccabruni, donde la densidad de actos suicidas es impresionante y se perpetúa a lo largo de generaciones. Incluso concediendo que semejante repetición de conductas suicidas sea debida principal o totalmente a una especie de tradición familiar de orden "moral", y no a condicionamientos genéticos transmitidos hereditariamente, incluso así, repetimos, ocurre que el riesgo de suicidio de los miembros de esas familias supera extraordinariamente al del conjunto de la población. Por las razones que sea, acontece a la postre que hay quienes albergan en sí mismos la presencia de factores dispositionales —procedentes de fuera, si se quiere, pero finalmente interiorizados— que configuran algo muy parecido a lo que cabría llamar personalidades de alto riesgo de suicidio.

Por otro lado, la existencia de factores constitucionales asociados con el suicidio fue puesta de manifiesto hace ya mucho tiempo por el psiquiatra alemán Kretschmer, al demostrar la incidencia de biotipos pícnicos en las depresiones. Aun cuando esta incidencia es menor de lo que en un principio se supuso, la relación entre biotipo y enfermedad maníaco-depresiva existe y, en consecuencia, también entre biotipo y suicidio, dado que la tasa de suicidios en los depresivos supera extraordinariamente a la de la población en general y a la de los demás enfermos mentales. Ya entre éstos la proporción de intentos de suicidio es cuatro o cinco veces superior a la de la población no internada —acaso debida al internamiento mismo— pero en el caso de las depresiones la proporción es aún mayor. Los datos siguientes, tomados del profe-

sor Stengel (2) son bien ilustrativos al respecto. De un conjunto de 75 pacientes ingresados en un hospital general londinense a consecuencia de un suicidio frustrado, las categorías diagnósticas eran las siguientes:

- Esquizofrenia, 1 caso
- Estados crepusculares, 2 casos
- Personalidades psicopáticas, 8 casos
- Depresiones típicas, 20 casos
- Depresiones atípicas, 45 casos

En la medida en que tales datos son representativos de lo que acontece en este orden de cosas, las cifras hablan por sí solas. Que de 75 casos, 65 sean depresivos hace casi ocioso cualquier comentario. Muy cerca del 90% de los intentos de suicidio fueron cometidos por pacientes depresivos. La proporción no es muy diferente de la encontrada en otro estudio similar, realizado con un grupo de 138 pacientes sometidos a observación como consecuencia de intento de suicidio, y en el cual el porcentaje de depresivos era de aproximadamente el 70%, siendo los otros dos grupos más importantes el de las personalidades psicopáticas, 16%, y el de los esquizofrénicos, 10%.

Por descontado, no vamos a pretender reducir el tema del suicidio al de la depresión —con el cual sin embargo está muy estrechamente asociado. Simplemente, tratamos de mostrar que la existencia de un fondo personal depresivo, sea de carácter endógeno o sea provocado por episodios sociales o biográficos críticos, constituye un apreciable factor de riesgo respecto del suicidio, muy a tener en cuenta a la hora de responder a la pregunta de quiénes se suicidan. En principio cualquiera puede quitarse la vida, desde luego; pero quienes de hecho lo intentan o lo consiguen pre-

(2) Erwin Stengel, *Suicide and attempted suicide*. Penguin, 1970.

sentan ciertas características de personalidad con mayor frecuencia que el resto de la población. Volviendo al problema de la depresión, es obvio que no todos los suicidas son depresivos, ni todos los depresivos se suicidan; pero entre quienes lo hacen sobreabundan las personalidades con rasgos depresivos. En consecuencia, es lícito suponer que lo que se ha dado en llamar *stressful life events*, crisis económicas, pérdida de *status*, desaparición de seres queridos, conflictos sociales o interpersonales, etc., etc. inciden con preferencia en esa clase de personas, facilitando el proceso biográfico que desemboca en la comisión o el intento del suicidio.

Situándonos ya en el área de la psicología de la personalidad normal, es decir, no sometida a tratamiento psiquiátrico, los resultados de las investigaciones realizadas al respecto no difieren demasiado de lo que ya hemos apuntado. Paffenfarber y Asnes, por ejemplo, llevaron a cabo en 1966 un estudio comparando las respuestas a un cuestionario de personalidad de 50 universitarios que más tarde se suicidaron, con las de un grupo de control tomado al azar de sus compañeros de promoción. Los resultados, significativos al nivel de probabilidad de .01, indicaron inequívocamente que el grupo de futuros suicidas poseía un índice de ansiedad considerablemente superior al del grupo de control. La circunstancia de que los datos del estudio fueron tomados en pruebas de rutina bastante tiempo antes de que los hechos se produjeran, confiere a este trabajo un valor muy singular.

Otras investigaciones, por lo demás, abundan en resultados similares. Philip, en 1970, operando con el cuestionario 16 PF de Cattell, halló también una correlación significativa entre la ansiedad y el problema que nos ocupa. Trabajos de Colson, Eysenck y otros autores han confirmado por lo demás que la ansiedad

y el fondo depresivo representan factores casi permanentes en la configuración de la personalidad de los futuros suicidas. En un estudio transcultural realizado en 16 países, que Rudin comenta en un trabajo de 1968, se advirtió asimismo la existencia de una correlación apreciable —del orden de + .50— entre las tasas nacionales de suicidio y un índice de la necesidad de poder, presuntamente característica de la personalidad modal de los ciudadanos de esos países, que asociaría las tendencias suicidas con la agresividad. La presencia de grupos apreciables de personalidades psicopáticas en la población de suicidas, da credibilidad a estos resultados, indicativos de esa misma conexión entre agresividad y suicidio.

Es cierto que el panorama procedente de estas investigaciones es sumamente incompleto. Deja la cuestión planteada tan sólo a nivel disposicional, mostrando empíricamente que la presencia de determinados rasgos temperamentales correlaciona con la comisión o intentos de suicidio. Ahora bien, el hecho de que numerosos sujetos que poseen esos mismos rasgos jamás intentan suicidarse, ni lo hacen de modo efectivo, obliga a pensar que lo que a veces se ha denominado *suicide proneness* o propensión al suicidio está constituido, en la medida en que exista, por más factores que las disposiciones temperamentales que miden los cuestionarios de personalidad.

Desde otros puntos de vista, por ejemplo el dinámico y el psico-social, se ha hecho notar que la pérdida o carencia de lazos afectivos profundos representa un elemento sumamente importante en la configuración del ya mencionado “síndrome presuicida”. Ciertamente, uno de los ingredientes básicos de este síndrome es la inestabilidad emocional, la ansiedad, si aceptamos la equivalencia de ambas nociones *grosso mo-*

do. Sólo que, en las biografías de los individuos pre o prosuicidas, esa inseguridad de fondo, atribuible quizás a una predisposición temperamental, se ve potenciada por eventos vitales de carácter frustrante, que conspiran eficazmente a la ruptura de los que podríamos considerar como mecanismos psicológicos de la esperanza. Una vez desarticulados éstos, una vez cegada la vía de la apertura biográfica a un proyecto atractivo de vida, el proceso de autorrecreminaciones y desánimo se pondría en marcha hacia la lógica solución final. A la tensión y agitación propias de no entrever salida alguna a los problemas de la vida, seguirían los sentimientos de culpa, el distanciamiento y la hostilidad respecto del mundo circundante, las autoagresiones psicosomáticas y, finalmente, la idea del suicidio como única salida de una situación intolerable. La disminución de la tolerancia a la frustración, y la canalización de la consiguiente agrevisidad hacia la propia persona, serían a la postre los factores configurativos de ese síndrome presuicida, facilitado por un fondo previo de inestabilidad. Sobre ese síndrome y ese trasfondo disposicional operarían, por último, los agentes externos desencadenantes de la conducta suicida efectiva.

En definitiva, dentro de una concepción que, para entendernos momentáneamente, cabría llamar multicausal de la conducta suicida, la personalidad es uno de los factores a tener en cuenta. Bien entendido que se trata de un factor que no sólo interactúa con otros, sino que en su misma génesis hay que señalar la presencia de una interacción herencia-medio, que descarta la tesis de un innatismo a ultranza. Un repaso, siquiera superficial, a las listas de criterios para evaluar el riesgo de suicidio, de las que constituyen un buen ejemplo la construída por Pöldinger en 1968 (3) ma-

nifiesta bien a las claras que la ansiedad, la personalidad psicopática, las tendencias depresivas y la hipochondriasis son elementos constitutivos de un cuadro general, compuesto por otros muchos factores sociales y biográficos que desbordan la noción convencional de personalidad, pero influyen sobre ella.

La personalidad, en suma, es uno de los ingredientes significativos del comportamiento suicida. Ante situaciones objetivas similares, la respuesta individual difiere en virtud de la personalidad que cada uno posee. Bien entendido que ésta no es algo totalmente dado, sino una estructura que el propio sujeto va construyendo a lo largo de la vida en sus interacciones con el medio, y de la cual el camino hacia el suicidio puede depender en un momento dado, pero como resultado de un proceso biográfico previo.

Pretendo decir, y con ello cierro esta primera lección, que la propensión personal al suicidio existe, pero no es función exclusiva de unos factores temperamentales más o menos hereditarios. La personalidad individual es un elemento muy a tener en cuenta en la prevención de las conductas suicidas, siempre y cuando no se conciba estáticamente, en términos de un rasgo invariable, sino como un dato dinámico, biográficamente entendido, a considerar en el decurso vital con que cada persona teje su destino. Desde esta perspectiva, que deja fuera los casos de enfermedad mental grave o las situaciones límite, el suicidio representa el término de un decurso biográfico, inscrito en un cuadro de coordenadas biosociales adversas, que protagonizan principalmente ciertos tipos de personalidad que han adquirido, además, determina-

(3) Walter Pöldinger: *La tendencia al suicidio*. Ediciones Morata, 1969.

dos hábitos inadaptativos. Son esos hábitos los que, reobrando negativamente sobre la personalidad y sus circunstancias, configuran el síndrome que precede a la decisión fatal.

II. SUICIDIO Y APRENDIZAJE

A la pregunta ¿quién se suicida? respondíamos en la lección anterior señalando que aunque cualquiera puede, en principio quitarse la vida, la presencia de factores tales como la inestabilidad emocional, las tendencias depresivas o los rasgos psicopáticos facilitan de algún modo la génesis de síndromes presuicidas frente a la incidencia de acontecimientos adversos y situaciones frustrantes.

Agregábamos, no obstante, que salvo la acción de enfermedades mentales graves o el impacto de situaciones límite, el camino hacia el suicidio no se recorre en virtud de una predisposición temperamental irresistible. La vía que conduce al suicidio no consiste en un proceso ajeno al propio hacer del sujeto, no está compuesta por una ferrea cadena de concatenaciones causales que arrastran ciegamente al individuo. En otras palabras, el suicidio no es un puro resultado sobrenado en virtud de condicionamientos externos a la biografía de la persona, sino que es esta misma la que con sus propias decisiones contribuye también a marcar el decurso existencial que conduce a la tragedia. Intervienen, pues, factores biológicos y temperamentales; operan, qué duda cabe, circunstancias y acontecimientos que golpean el equilibrio emocional del sujeto y deshacen sus proyectos; pero además hay también una participación activa de la persona en la configuración de su propia catástrofe. De alguna manera, se elige el camino de la autocompasión y se re-

nuncia a la esperanza. El suicidio representa así como el último acto de una tragedia de la que el suicida es, en buena medida, no sólo actor, sino también autor.

Ahora bien, reconocer que el suicidio no es un mero efecto de causas ciegas o disposiciones impersonales, ajenas al juego de las decisiones del sujeto, sino también el término de un decurso biográfico viciado, no es situar el problema en el orden de una intencionalidad pura, operante en el ámbito de la libertad incondicionada. Afirmar que el suicidio, como toda conducta humana, no es simplemente el resultado de unos mecanismos reactivos impersonales, sino asimismo el término de una acción propositiva que interactúa con esos mecanismos, significa justamente que la propositividad puede viciarse, desviarse de su natural función perpetuadora y mejorante de la vida, como consecuencia de un sinnúmero de factores, entre los cuales hay que contar también con las decisiones personales erróneas.

El suicida, en suma, *se mata, se quita la vida* de acuerdo con un proyecto tanático, no de vida sino de muerte, donde ésta representa la realización de su biografía. *Semejante perversión de la propositividad conductual no acontece, sin embargo, porque sí.* Se llega a ella por muchos caminos, de los que en principio no hay por qué excluir, es cierto, el de una decisión racionalmente fundada. Las más de las veces, sin embargo, la vía que conduce al suicidio es la de la depresión, entendiéndolo por ésta no solamente una enfermedad endógenamente sobrevenida, sino asimismo y sobre todo un tipo de conducta adquirida mediante un aprendizaje social. Es de este aprendizaje, en virtud del cual la persona va labrando día tras día su futura ruina, de lo que intento ocuparme en esta lección. Fíjense bien en que el problema se ha situado en un pla-

no superior al del fatalismo disposicional, sin renunciar del todo a lo que tenga de válido, aunque no por ello abandonemos el terreno de la ciencia empírica. El suicidio es, a la postre, una forma de conducta humana, por muy desviada que sea; y, por lo tanto, una acción propositiva. Lo que hay que explicar es por qué esa propositividad vital se hace mortal y las motivaciones que la animan se pervierten, o si parece mejor, se invierten.

Aproximadamente, más de las dos terceras partes de los suicidios, hay quien eleva la cifra hasta el 80%, acontecen en personas que han atravesado o se encuentran en fases depresivas. El término depresión encubre, por supuesto, un complejo campo nosológico y un variadísimo repertorio de terapias farmacológicas y psicológicas que en modo alguno trataré de comentar. Puesto en el trance de tener que tomar una decisión didáctica, he optado por limitarme a la exposición de un modelo conductual compaginable con la idea de que los estados depresivos que facilitan el camino hacia el suicidio son, en buena medida, el resultado de un aprendizaje que altera gravemente la función natural del comportamiento humano, esto es, el cuidado y desarrollo de la vida.

Sin duda, modelos conductuales de la depresión hay más de uno, como en su conocida revisión del tema ponen de manifiesto Akiskal y Mckinney (4). A efectos de la exposición, necesariamente breve, he optado por perfilar a mi manera un modelo inscrito en las coordenadas del aprendizaje operante, del aprendizaje vicario y de las técnicas de reestructuración cognitiva. Los autores en que preferentemente he buscado apoyo son Lewinsohn, Seligman y Beck, y tam-

(4) Akiskal, H.S. y Mckinney, W.T., Overview of recent research in depression. *Arch. general Psychiatry*, 1975, 22, pp. 285-305.

bién Kanfer, Meichenbaum y algunos otros de orientación afin. Finalmente, dado mi interés en subrayar los aspectos más relacionados con el aprendizaje social de la conducta suicida, de la "preparedness" para la autoaniquilación, es lógico que deje a un lado el problema de las depresiones endógenas para centrarme en las reactivas y psicógenas, esto es, en aquellas donde la farmacoterapia desempeña una función quizás de apoyo, pero que de todos modos no excluye una terapia psicológica que reconduzca la conducta a su función natural.

Probablemente, el modelo más útil para ilustrar la forma en que el individuo aprende a renunciar a la esperanza y se instala en un rol de invalidez conductual, es el de Seligman y Maier, autores de un trabajo que precisamente lleva por título el de *Learned Helplessness*, esto es, desvalimiento aprendido, que juntamente con otros estudios de Lewinsohn y Ferster (5) componen el panorama de principios técnicos en que vamos a apoyar nuestra presentación.

La idea de fondo, expresada ya por Ferster en 1966, es que la aplicación a un organismo de ciertos procedimientos que ahora puntualizaremos, tiene por resultado en primer término la reducción del nivel de respuestas instrumentales con que se consiguen los

(5) Seligman, M.E.P. y Maier, S.F., Failure to escape traumatic shock. *J. experim. Psychology*, 1967, 74, pp. 1-9. Seligman, N.E.P., Depression and Learned Helplessness, en *The Psychology of Depression*, Friedman y Katz (eds.). Winston and Sons, 1974. Lewinsohn, P.M. and Libet, J. Pleasant events, activity schedules and depression. *J. abnorm. Psychol.*, 1972, 79, pp. 291-295. Ferster, Ch. Behavioral approaches to depression. En la obra citada, *The Psychology of Depression*. Véase también el trabajo de Maier y Seligman. Learned Helplessness: theory and evidence. *J. experim. Psychol.*, 1971, 1, pp. 3-61. Y por supuesto, la clásica investigación de Ferster Animal behavior and mental illness. *Psychol. Rec.*, 1966, 16, pp. 345-356.

refuerzos de la conducta, a la vez que la elevación del nivel de ansiedad e indecisión del organismo en cuestión. La técnica consiste, de una parte, en debilitar los refuerzos que el animal obtiene habitualmente con determinadas conductas; lo cual equivale a colocarle en un programa de extinción respecto de las conductas positivamente reforzadas. De otra, se introducen cambios ambientales drásticos, de tal modo que las estrategias o conductas habituales del sujeto para el logro de sus refuerzos quedan invalidadas. La concurrencia de ambos procedimientos tiene como resultado la elevación del nivel de emocionalidad del animal, y la generalización de lo que podríamos llamar antropomórficamente el desánimo o, en términos más objetivos, depresión del nivel de respuestas y, por tanto, de la posibilidad de obtener refuerzos. Aunque gruesa, la analogía de esta situación experimental con la que origina la depresión reactiva humana es bastante clara, y ponen al descubierto tres efectos —debilitación de refuerzos, alteraciones drásticas del ambiente, ansiedad y decremento de la tasa de respuestas— tres efectos, decimos, cuya concurrencia tiene por resultado sumir al sujeto en una invalidez artificialmente provocada, o si se quiere, enseñada.

Un punto de vista similar mantiene Lewinsohn por su parte, operando con una disminución de los refuerzos accesibles y con la insuficiencia de las destrezas o recursos conductuales aptos para conseguirlos. Como en el caso anterior, la convergencia de efectos deteriorantes de las condiciones externas —refuerzos— y de las condiciones internas —destrezas— origina un déficit conductual y un estado emocional asimismo similares a los que caracterizan la depresión humana. En cierto modo, la situación experimental diseñada por Lewinshon a nivel de laboratorio reproduce rasgos esenciales de la conjunción de carencias, sociales y

personales, que con tanta frecuencia provoca en los seres humanos la ruptura de la esperanza y, con ella, el declive irreversible hacia la aniquilación.

Algunos autores, por ejemplo Costello (6) han hecho reparar que la pérdida de la efectividad de los reforzadores —aproximadamente lo que en la psicología de hace dos o tres decenios se entendía por incentivos— puede ser debida simplemente a cambios endógenos, de naturaleza bioquímica o neurofisiológica. Esto, por descontado, es absolutamente cierto. Sólo que también puede acontecer lo contrario, es decir, que las alteraciones bioquímicas o neurofisiológicas sean la consecuencia, y no la causa, de episodios personales, como la pérdida de un ser querido, que tienen muy poco que ver con la química. El camino que une la bioquímica del cerebro con el comportamiento es de dos direcciones; se puede ir de la bioquímica a la conducta y, viceversa, de ésta a aquella.

En todo caso, lo que numerosos psicólogos, entre ellos Liberman y Raskin, y Burgess (7) han señalado es que la extinción de conductas adaptativas equivale, tal y como hemos señalado, a la producción experimental de conductas depresivas, cuyo término, no lo olvidemos, es con frecuencia el suicidio. Con lo cual llegamos al punto que deseábamos subrayar.

En efecto, saber por virtud de qué mediaciones psicológicas los acontecimientos vitales negativos despojan al individuo de los recursos precisos para cuidar

(6) Costello, C., Depression: loss of reinforcers or loss of reinforcers effectiveness. *Behavior Therapy*, 1972, 3, pp. 240-247.

(7) Liberman, M. y Raskin, A., Depression: a behavioral formulation. *Arch. General Psychol.*, 1971, 24, pp. 515-523. Burgess, E.P., The Modification of depressive behaviors. En *Advances in Behavior Therapy*, de Rubin y Franks (eds.). Academic Press, 1968.

de sí mismo representa, creemos, un importante paso para intervenir en la prevención del suicidio.

Trabajando con animales, Seligman y sus colaboradores han elaborado un modelo que puntualiza algo más las interesantes intuiciones de Ferster y Lewinshon. Cuando en una situación traumática inescapable —o que el sujeto la percibe como tal— un individuo advierte que sus respuestas no son eficaces para obtener los refuerzos que habitualmente las siguen, o para evitar sus consecuencias aversivas, se genera en él un proceso de aprendizaje disfuncional con un triple efecto:

1. En primer lugar, disminuye o cesa la adquisición de nuevas respuestas, a la par que se debilitan o extinguen las habituales. El resultado global es, pues, la aparición de un déficit conductual, que en lenguaje coloquial calificaríamos de apatía o pasividad.

2. En segundo término, a diferencia de lo que presumiblemente acontece con los animales, el sujeto humano elabora cognitivamente semejante déficit en términos de invalidez o inferioridad culpable. Junto al déficit conductual se produce así un déficit cognitivo, cuya disfuncionalidad es también evidente.

3. Finalmente, las dos deficiencias anteriores provocan a su vez un fuerte estado de ansiedad, con repercusiones psicósomáticas y desarrollos disfóricos de carácter depresivo, conducentes a la desesperación. Este déficit afectivo completa el cuadro de la disfuncionalidad adquirida a que se refiere Seligman. Si se compara este cuadro con las alteraciones emocionales, cognitivas, conductuales y orgánicas típicas de los pacientes depresivos, bien pronto se pone de manifiesto una apreciable semejanza.

Autores más afines a la psicología cognitiva, como Beck (8) se distinguen porque acentúan y elaboran con más detalle el cometido de los procesos internos responsables del sentimiento de derrota frente a las dificultades de la vida. Tres grupos de procesos encubiertos concurren supuestamente a configurar la convicción de impotencia y autodeprecación que invade la mente del depresivo:

1. Interpretaciones autorreferentes de los acontecimientos adversos, atribuyéndose a sí mismo la responsabilidad de todos los infortunios y magnificando su importancia, en ausencia de pruebas razonables que lo justifiquen.

2. Vivencias de intropunición y autocensura, derivadas de la autoatribución culpabilizadora anterior. Lo cual claramente implica que el sujeto se responsabiliza de sus respuestas inadecuadas, y no las considera como resultados mecánicos de una disposicionalidad heredada o de una mera responsividad dictada por causas puramente externas.

3. Estrechamiento o clausura total del horizonte de expectativas vitales, atrofia de los mecanismos mentales de posibilidad y de apertura de soluciones, con la consecuente disolución del sentido de la existencia, que se muestra como un callejón sin salida.

En definitiva, esta tríada de procesos mentales encubiertos contribuiría a agravar los efectos del aprendizaje disfuncional, originando una concepción cerrada del mundo y de la vida en él, sin otro futuro que el sufrimiento indefinido o la autoaniquilación como toda salida. La elaboración cognitiva errónea de esa experiencia de sentirse impotente se traduciría, de acuerdo

(8) Beck, A.T., The development of depression: a cognitive model. En la obra citada *The Psychology of Depression*.

con esta perspectiva, en una alteración de los umbrales para la percepción de las dificultades —a las que el sujeto se sensibilizaría en exceso— así como en el trastorno de ciertos aspectos del procesamiento de la información, tales como la rápida producción de inferencias arbitrarias, las abstracciones selectivas a partir de elementos aislados de su contexto, las sobregeneralizaciones negativas, la rigidez y estereotipia de los esquemas intelectuales y toda suerte de distorsiones cognitivas conducentes a la composición de una imagen dislocada de la existencia.

Todo ello, en suma, convergería en la construcción de unos sistemas conceptuales y discursivos tendientes a organizar la experiencia en términos depresógenos, substractores o detractores de la valía y de la substantividad de la persona. Sometidos al *stress* de unas circunstancias adversas, esos esquemas se endurecerían, se volverían rígidos, reduciendo su campo de visión, hasta configurar una concepción insoportable de la vida. En última instancia, el deterioro de los mecanismos que sostienen la actividad conductual incidiría negativamente sobre los procesos cognitivos, a la vez que la disfunción de éstos reobraría asimismo de forma degradatoria sobre la conducta. Bajo semejantes condiciones interiores, es evidente que la resonancia de un ambiente desfavorable tendría que alcanzar cotas muy superiores a las normales.

En definitiva, dando por supuesta la inmensa complejidad del problema, parece razonable admitir el carácter complementario de los dos modelos aludidos. Uno de ellos, el de Seligman, se mueve a un nivel de reaprendizaje de la conducta operante efectiva, y sus limitaciones son las propias del laboratorio de psicología animal en que el modelo ha sido puesto a prueba. El modelo de Beck, en cambio, opera en el orden de

las reestructuraciones cognitivas de la mente humana, y su dificultad principal estriba en garantizar no sólo la realización de esas reestructuraciones mentales, sino asimismo su conexión efectiva con la acción, su transformación en conducta. En mi opinión, y sin pretender ignorar los obstáculos que se oponen a la integración teórica de alternativas tan dispares, la acción combinada de ambas puede resultar bastante efectiva en la práctica. El objeto de la próxima lección será justamente comentar las posibilidades que presenta una acción de ese tipo.

III. SUICIDIO Y TERAPIA DE CONDUCTA

Es obvio que para el suicidio, una vez cometido, no hay más terapia que la resurrección. Se entiende, pues, que la terapia a que hacemos referencia es preventiva, y por supuesto más idónea para el tratamiento de las depresiones psicógenas que para las seniles o de carácter psicótico grave.

También es conveniente advertir que la expresión terapia de conducta la empleamos aquí en un sentido amplio, que incluye no sólo la modificación de conducta basada en el condicionamiento operante, sino también la modificación cognitiva que trasciende los planteamientos skinnerianos estrictos, y asimismo los pavlovianos.

Con estas dos advertencias *in mente*, reformularemos de nuevo el problema, para pasar de inmediato al bosquejo de unas líneas terapéuticas apropiadas. Por un lado, el modelo conductual entiende que la depresión, y las ideas de suicidio que de ordinario la acompañan, es la consecuencia de la pérdida de los reforzadores positivos habituales para un individuo, más el

incremento de los estímulos aversivos, unido todo ello a la pérdida de efectividad de la conducta operante que resulta de esa situación. A la postre, el sujeto termina por sumirse en un estado de apatía y ansiedad culpabilizadora, que agrava el problema hasta hacerlo insufrible. De otra parte, el modelo cognitivo invierte el punto de vista anterior, suponiendo que es un pensamiento viciado y derrotista el responsable de la extinción conductual, al falsear y privar de atractivo a las metas vitales que guían el comportamiento. Desde esta perspectiva, se hace del pensamiento el principio incitador o animador de la conducta. Para la alternativa anterior, en cambio, el pensamiento es tan sólo un epifenómeno de la conducta, sin ninguna participación activa en ella. Personalmente, entendemos que resulta más fecundo en la práctica actuar de forma convergente, esto es, tratando de restaurar todos los recursos conductuales de la persona, en el entendimiento de que de ellos forman parte muy significativa los procesos cognitivos que definen y legitiman sus metas. En otras palabras, al trasponer el modelo conductual animal a la persona humana creemos que la recomposición de los mecanismos operantes incluye la restauración de su sentido. La reparación de la estructura, por decirlo de otra forma, comporta la recuperación de su función. Si se me tolera una metáfora automovilística, diría que de poco sirve reparar un coche cuando no se desea ir a ninguna parte. Las dos cosas son importantes para viajar; una es condición de la otra, o quizás lo que ocurre es que ambas se influyen y potencian mutuamente. Cuando uno tiene ganas de viajar, se preocupa de que le reparen el coche, y el comprobar que uno puede moverse vivifica los deseos de hacerlo. En presencia del sufrimiento humano, los enfrentamientos de escuela, necesarios en el orden teórico, deben dar paso a la utilización de to-

dos los recursos manejables. Esta es al menos la postura nuestra.

Pasando ya a los aspectos operativos del problema, la aplicación de las indicaciones terapéuticas que voy a indicar presuponen, desde luego, las condiciones generales de toda terapia: historia del sujeto, determinación lo más precisa posible de los sucesos que han desencadenado la crisis, análisis de los déficits y alteraciones psicológicas que padece la persona, con referencia a las circunstancias que preceden o concurren a su manifestación, establecimiento de una línea base del proceso a la que referir la terapia, explicación de sus fundamentos y objetivos, programación escalonada de éstos, procediendo de lo más simple y accesible a los más complejo y remoto, etc., etc.

Supuestas estas "generales de la ley", la línea terapéutico-preventiva que proponemos es la siguiente:

1. Adiestramiento del sujeto en un programa sencillo de auto-observación, que le ayude a objetivar sus problemas, poniendo en ellos un cierto orden y sistema. La visión de conjunto, vaya por caso, de lo que le ocurre durante una semana, fácil de lograr con la ayuda de una simple hoja de registro preparada al efecto, tiene de ordinario un cierto efecto beneficioso sobre el paciente, y constituye así un apoyo importante para el establecimiento de una relación positiva con el terapeuta, sin la cual la motivación necesaria para someterse a la terapia no puede mantenerse. En la obra, traducida al español, de Kanfer y Goldstein (9) hay indicaciones valiosas respecto de las técnicas de auto-observación: demarcación de sus objetivos precisos, modo de aplicación, control por parte del terapeuta, etc.

(9) Frederick H. Kanfer y Arnold P. Goldstein: *Helping People Change*. Pergamon, 1980 (2ª edic.).

2. Evaluación de la línea base establecida por la auto-observación, refiriéndola al horizonte subjetivo de expectativas y aspiraciones del sujeto. La reinterpretación de la propia conducta, que puede contabilizar como fallos lo que en el fondo no es sino efecto de mantener un nivel de aspiraciones desmedidas, o más aún, resultado de unas creencias irracionales aceptadas inconscientemente, puede contribuir asimismo al logro de un ligero éxito inicial, conveniente para alimentar la motivación de la persona en tratamiento. Ellis, en su terapia racional-emotiva, ha elaborado procedimientos útiles para ayudar al paciente a reinterpretar eventualmente una excesiva línea subjetiva de exigencias. Lo cual puede contribuir a aliviar la conciencia de fracaso y desvalimiento que atormenta al depresivo y nutre las ideas de suicidio.

3. Establecimiento de un programa de refuerzos, encaminado a la recuperación gradual de la capacidad operante del sujeto. Por una parte, la familia y los más allegados al paciente deben actuar como coterapeutas, dejando de atenderle y compadecerle cuando se encierra en sí mismo o se lamenta, y reforzándole de todas las formas posibles cada vez que inicia un comportamiento constructivo, por menor que sea. De otro lado, un repaso a cuestionarios como el de Lewinsohn, que ofrece un repertorio de los refuerzos habituales en las personas que llevan una vida psicológicamente sana, puede también ayudar al paciente a constatar que su dieta de refuerzos, por decirlo así, es inferior a lo normal y, en consecuencia, debe de ser aumentada. La incitación a que, cuando se aproximan los momentos de baja, el mismo sujeto se permite ciertos caprichos que normalmente no se permitía, es otra medida saludable, coadyuvante a la reequilibración de la dosis de refuerzos precisa para mantener un tono de actividad adecuado. La utilización de

autorrefuerzos verbales, y la extinción de autopuniciones, a que aludiremos en seguida, debe complementar asimismo esta importante vertiente del programa.

4. Identificación, y reestructuración progresiva, de los procesos cognitivos depresógenos. Se incluye en este importante apartado la substitución de las autocríticas internas del sujeto por un lenguaje interior autorreforzante, previamente dispuesto al efecto y condicionado a determinadas situaciones que actúen como estímulos discriminativos. Creemos integrables a este respecto las técnicas de autoevaluación y autorrefuerzo sugeridas por Kanfer, con el manejo del lenguaje interior que propugna Meichenbaum para controlar lo que los pacientes se dicen a sí mismos. Lo cual en último extremo tiene su fundamento teórico en las tesis de Luria sobre el lenguaje como elemento regulador de la conducta. Más específicamente, incluimos también en este apartado la mención de otras técnicas de reestructuración cognitiva sumamente interesantes, cuales son por ejemplo: alertar al paciente acerca del carácter selectivo de sus percepciones —problema de la llamada atención selectiva— y de sus recuerdos, sistemáticamente sesgados hacia el costado negativo de las cosas, de las que no retienen y resaltan sino unos aspectos. Asimismo hacerle notar, y rectificar, las abstracciones selectivas que practica y las inferencias abusivas, igualmente escoradas hacia la borda más siniestra posible, que cree o finge creer que son las únicas correctas. Llamar también su atención sobre el uso de mecanismos de sobregeneralización negativa y de redefinición catastrofista de las situaciones, a la vez que la tendencia a utilizar cuantificadores negativos rígidos en la calificación de los sucesos, etc., etc. Simplemente, lograr que el sujeto tome conciencia del cometido depresógeno que tales vicios cog-

tivos tienen en su propia persona ya posee un cierto valor terapéutico, que se ve aumentado por la práctica de ejercicios apropiados para remediarlos.

5. Este punto incide sobre la índole ruminativa del procesamiento de la información negativa, y su finalidad estriba en facilitar al paciente procedimientos para interrumpir esas ruminaciones o, mejor aún, para hacerlas abortar antes de que se desencadenen, esto es, en el mismo momento en que se presiente la proximidad de su iniciación. Es cuando las ruminaciones depresógenas amagan, o cuando hay indicios de que las vivencias depresivas se aproximan, no en el momento en que ya se ha desencadenado el episodio, cuando las técnicas de *stop thinking* han de ponerse en acción. Estas técnicas de "atragantar embelecós" son bastante sencillas y eficaces para inhibir las ruminaciones y vivencias depresivas, sobre todo si se utilizan oportunamente, antes de que cobren fuerza. Como los resfriados, estos episodios tienen que ser combatidos a las primeras señales. Luego, una vez desencadenados, hay que resignarse a que sigan su curso.

6. Hay también, pues, que ayudar al paciente a que tolere lo menos mal posible los baches depresivos que le sobrevengan a pesar de todo. Lo esencial a este respecto es lograr que el paciente aprenda a distanciarse de sus propias vivencias, en una suerte de desdoblamiento o disociación entre lo que siente y lo que piensa. La idea puede ejemplificarse por la vía de esas ilusiones perceptivas en las que uno *ve* con absoluta claridad que una línea es más grande que otra, aunque *sabe* con la misma certeza que en realidad son iguales. De un modo análogo, hay que insistir con el paciente en que, cuando se deslice hacia el fondo de la sima en que todo se ve oscuro, recuerde una y otra vez que las cosas siguen siendo igual que lo eran antes

de la caída. Por lo demás, resignarse a deprimirse cuando toca, *sabiendo* que los sentimientos lúgubres acaban por pasar tarde o temprano, y que la realidad no cambia de acuerdo con ellos, alivia la situación y mantiene vivo un rescoldo de racionalidad en la vida mental del paciente. Este tiene que aprender que las vivencias depresivas se presentan con una pretensión de realidad tan fuerte, pero tan falsa, como las ilusiones perceptivas. Saber esto no evita la vivencia, desde luego, pero abre en ella un resquicio de racionalidad que contribuye a soportarla sin llegar al desfondamiento definitivo.

7. Por último, es preciso reconducir los procesos de atribución del sujeto deprimido hacia la esfera de la asertividad responsable. Entre los diversos lenguajes que el ser humano puede utilizar para dialogar consigo mismo, y todos lo hacemos de alguna forma, hay unos que son favorables al desarrollo de una autonomía personal firme, mientras los hay que propician el derrotismo. Una de las más sutiles e insidiosas perversiones del pensamiento humano consiste precisamente en situar lo que se ha dado en llamar *locus* del control de los sucesos de la vida en una esfera exterior, ajena a la iniciativa y a las decisiones individuales. Una vez que el individuo da por supuesto que el control de la propia vida se ejerce desde fuera de ella, el proceso de alienación se pone en marcha. Personas con un fondo temperamental fuerte generan entonces un dramático delirio de persecución que termina por arruinar sus vidas y las de otros. Un trasfondo disposicional ansioso facilita, en cambio, la evasión depresiva, la renuncia al combate y, por último, a la vida misma. Ocurre también que unas expectativas unilaterales, que autoatribuyan al sujeto toda la responsabilidad en las vicisitudes de la vida, puede provocar por reacción el paso a la actitud contraria de autodecepción y entrega. Estos

procesos son ciertamente complejos, y sería una necesidad pretender que la psicología de hoy es capaz de controlarlos perfectamente. Sin embargo, existen posibilidades de mejorar la asertividad responsable en los casos en que se halla disminuida, y de reconducir los procesos de atribución hacia una posición realista, plasmable en el lema tan recordado por Julián Marías de “por mí que no quede”. La autoimagen del hombre, lo que piensa que es, desempeña un importante cometido en el decurso de su vida, en lo que a la postre llega a ser. Existen ya estudios experimentales que confirman esta vieja idea (10). Los sesgos atencionales, los recuerdos selectivos, la anticipación de las consecuencias de los propios actos y, en definitiva, la idea que uno tiene de sí mismo como agente responsable de su existencia o como sujeto pasivo de los acontecimientos externos, influyen de manera notable en el comportamiento real y efectivo de la persona. Por supuesto, en los estados depresivos graves resulta muy difícil, con frecuencia imposible, apelar a la reestructuración de unos procesos cognitivos que se hallan invadidos por una afectividad prácticamente todopoderosa. En los casos menos graves, cuando la inteligencia no está deteriorada, la acción de las técnicas de reestructuración cognitiva constituye un elemento muy importante de la terapia, especialmente indicada para la prevención del suicidio.

(10) Betsel, W., Cognitive alteration of depressive affect: A false feedback experiment. *Dissertations Abstracts Intern.*, 1976, 37. En la misma línea, D. Meichenbaum, *Cognitive Behavior Modification*, General Learning Press, 1974, y otros autores como Coyne, Laird, Rizley, Veltens, etc., que sostienen posturas similares.

IV. CONCLUSIONES

Salvo casos excepcionales, el suicidio no es un acto imprevisible y aislado del resto de la trayectoria vital de un individuo. De alguna manera, es el término de un proyecto vital —más bien mortal— viciado, donde algunas disposiciones temperamentales un tanto difusas y escasamente condicionantes facilitan, pero no determinan, la configuración de un decurso biográfico que desemboca eventualmente, bajo la incidencia de sucesos adversos, en la propia aniquilación. Estudios que se han hecho con gemelos univitelinos, donde un miembro de la pareja se ha suicidado, prueban que muy rara vez el otro miembro de la pareja ha seguido la misma suerte, si es que se puede hablar así del suicidio. El fatalismo biológico cuenta en el suicidio con escasa credibilidad, como lo prueba a la postre el hecho de que sea una conducta específicamente humana, desconocida en el resto de las especies.

A la pregunta ¿quién se suicida? no cabe, pues, responder en términos innatistas, ni siquiera dispositionales. En todo caso, la tendencia al suicidio es el resultado de un aprendizaje disfuncional, producto de una imitación de modelos personales o de condiciones socioculturales degradatorias de los mecanismos operantes de la conducta y de la propositividad natural de la misma. En una palabra, el suicida no nace, se hace. Sólo que este hacerse del suicida representa una adquisición: nefasta, pero adquisición, esto es, un aprendizaje que se lleva a cabo en un medio sociocultural, por una persona que usa erróneamente de su libertad.

Lo que esto significa en la práctica, creo haberlo mostrado, es que un aprendizaje disfuncional, si es que conceptuamos así el aprendizaje del suicidio,

puede ser substituído por otro más concorde con la función natural de la conducta, que no es otra que la de mantener el desarrollo de la vida, cuidar de ella y mejorarla. La reparación de los defectos adquiridos, de los accidentes adquisitivos que deterioran los recursos conductuales del sujeto normal, generalizada en el ámbito de la educación y en la práctica clínica es, a mi ver, asimismo aplicable al campo de la depresión y de las tendencias suicidas.

A mi juicio, pues, no se suicida nadie, o digamos casi nadie, por no forzar las cosas, no se suicida la gente, repito, en virtud de una decisión perfectamente lúcida y libre —y menos todavía por obra de una determinación genética— sino más bien por virtud de un aprendizaje defectuoso que vicia los mecanismos naturales del comportamiento y reduce su lucidez. La transformación de un proyecto de vida en un proyecto de muerte no es la consecuencia de un presunto instinto tanático, ni un acto de libertad genuina; antes bien, es el término de un decurso biográfico enfermo que ha ido privando al individuo de la normal posesión de sus propios actos. Insistir, con la máxima modestia, en que la psicología actual cuenta con algunos medios razonables para prevenir el suicidio, no significa más que aceptar que un aprendizaje disfuncional puede ser combatido con otro de signo opuesto. El éxito, por descontado, no siempre se logra. El área en que se inscriben estas reflexiones es, que duda cabe, el de las depresiones leves, agravables sin embargo cuando no se remedian. La acción que se propone no es, repárese bien en ello, una acción coercitiva, que elimine el suicidio a base de anular la lucidez y la libertad del individuo, sino justamente al contrario, la propuesta consiste en un tipo de intervención emancipadora que restaure en la persona los recursos psicológicos que la capacitan para realizarse en liber-

tad. No se trata, en definitiva, de impedir que una persona se suicide convirtiéndola en una planta; eso, en cualquier caso, pertenece a una provincia del saber distinta de la mía. De lo que se trata es de ayudar a que el individuo recupere su condición cabal en cuanto agente verdaderamente adueñado de sus propios actos y capaz, por tanto, de darse a sí mismo un destino personal, responsable de sus respuestas y solidario de la vida. Este es el supuesto último en que reposa toda nuestra exposición. La convicción de que una vida personal dotada de recursos subjetivos adecuados difícilmente elige el camino que conduce a su destrucción