

**TECANA AMERICAN UNIVERSITY**  
**Accelerated Degree Program**  
**Doctorate of Science in Clinical Psychology**



**INFORME N° 3**  
**“PSICOLOGÍA DE ENLACE Y CONDUCTAS**  
**AUTODESTRUCTIVAS”**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan José Moles A.', is positioned above a horizontal line.

---

**Juan José Moles A.**

“Por la presente juro y doy fe que soy el único autor del presente informe y que su contenido es fruto de mi trabajo, experiencia e investigación académica”.

**Caracas, 18 de febrero de 2009**

# ÍNDICE GENERAL

	<b>Pagina</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULOS</b>	
<b>I.- PSICOLOGÍA DE ENLACE</b>	
La psicología en la atención primaria de la salud	
La psicología en los centros clínicos y de rehabilitación	
<b>II.- CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS</b>	
El conflicto	
Autoestima	
El apego emocional	
Conductas autodestructivas y rasgos de personalidad	
<b>III.- PATOLOGÍA AUTODESTRUCTIVA</b>	
Trastornos de la alimentación	
*Anorexia	
*Bulimia	
Alcoholismo	
Adicciones Sexuales	
El Suicidio	
<b>IV.- PSICOLOGÍA DE ENLACE Y     CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS</b>	
Áreas de afección en Conductas autodestructivas	
Terapia Cognitivo-conductual	
<b>CONCLUSIONES.....</b>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## **LISTA DE GRÁFICOS E ILUSTRACIONES**

**Pag.**

**Gráfico 1 Procesos de la enfermedad**

**Gráfico 2 Pirámide de la autoestima**

**Gráfico 3 Conductas indiciosas de anorexia**

## **INTRODUCCION**

Dado que el desarrollo y mantenimiento de la salud implica un equilibrio multifactorial, se entiende entonces que la afectación de la misma, cuando ello es debido a la presencia y mantenimiento de una enfermedad, más allá de las variables que la generen, las consecuencias, no solo biológicas, sino psicológicas y sociales de la persona afectada se hacen presentes, por lo que la atención debe estar orientada no solo a la enfermedad sino al enfermo como entidad humana.

En ese orden de ideas se entiende la importancia que dentro de la ciencia de la psicología, estudiosa del los procesos emocionales, cognitivos y conductuales propios del ser humano, se genere un enlace con otras ciencias y disciplinas abocadas a la salud y, cuando así se requiera, al tratamiento de una determinada enfermedad. Es por ello que se habla hoy en día de Psicología de Enlace.

Obviamente el mantenimiento de una adecuada salud está en concordancia con lo que se ha denominado “calidad de vida”; la misma está orientada en el bienestar de la persona en sus diferentes parámetros en base a la construcción de un estilo de vida integralmente funcional, es por ello que todo aquello que vaya en detrimento de dicha construcción saludable es definitivamente disfuncional. Las llamadas “conductas autodestructivas” resulta sin duda el ejemplo más notorio de cuan pernicioso puede ser la voluntad de un sujeto colocada en su propio perjuicio.

No cabe duda que en las conductas autodestructivas intervienen factores de contenido psicológico relacionados con situaciones de conflicto emocional, por otro lado es evidente como en ciertos casos los elementos propios del condicionamiento y aprendizaje social tienen una influencia muy importante, por último, no se puede desconocer el factor biológico constitucional que puede predisponer a determinado tipo de trastorno en la personalidad, lo que la hace más permeable a los otros dos factores previamente mencionados. Hechas estas consideraciones, se presentan los siguientes objetivos:

## **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar las variables que respecto a un sistema de salud, justifican la importancia de la Psicología de Enlace en la atención de cualquier patología, particularmente aquellas relacionadas con los denominados comportamientos autodestructivos.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analizar las variables de contenido causal que intervienen en las conductas autodestructivas relacionadas con los trastornos de la alimentación.
2. Analizar las variables de contenido causal que intervienen en las conductas autodestructivas relacionadas con el alcoholismo.
3. Analizar las variables de contenido causal que intervienen en las conductas autodestructivas relacionadas con la adicción sexual
4. Analizar las variables de contenido causal que intervienen en la conducta suicida.

# **CAPÍTULO I**

## **PSICOLOGÍA DE ENLACE**

La Organización Mundial de la Salud, hace ya unos cuantos años, ha dejado muy en claro como la salud es algo más que la ausencia de enfermedad. La salud tiene que ver con el equilibrio biológico, psicológico y social que permite a la persona humana la adecuada adaptación intelectual, emocional y conductual insertada en un bienestar personal propio de una sostenida calidad de vida.

No obstante lo anterior, ello no desconoce el reconocimiento de como una determinada enfermedad puede, de una manera integral, afectar al individuo y por ende a su salud como un todo. En efecto, la enfermedad entendida esta como una fisiopatología debida a una causa específica que evolutivamente se presenta en el sujeto por determinados síntomas y signos, traspasa en cuanto a su repercusión en la salud la frontera de lo somático para incidir en todo lo concerniente al estilo y calidad de vida de la persona, es por ello que, independientemente del abordaje médico correspondiente, la Psicología, ciencia abocada al estudio y comprensión de las variables que inciden en el comportamiento, funge de enlace en cuanto a estrategias necesarias, tanto cognitiva como conductualmente, con el fin de afectar positivamente el estado emocional del enfermo para que su condición de paciente no se limite solo a eso, por el contrario, sea un actuante proactivo en todo lo concerniente a acciones correctivas y preventivas que efectivamente incidan en la recuperación de su salud.

Los sistemas de salud en el mundo tienen el reto de desarrollar estrategias que favorezcan la prevención, el control y el tratamiento de los problemas de salud; las consecuencias psicosociales son uno de los motivos de consulta más frecuentes en el ámbito de la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica. El cáncer, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el síndrome metabólico, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la bulimia y anorexia, son sin duda, entre otras, enfermedades que no solamente atentan contra el elemento somático de la persona que la sufre, tienen que ver con el estilo de vida, antes y después de

contraída la enfermedad, así pues se correlacionan ampliamente con problemas psicológicos experimentados por estos pacientes tanto en el contexto ambulatorio como en el contexto hospitalario en lo que respecta a la adaptación, rehabilitación y ajuste a la enfermedad crónica y al vínculo que se establece con los miembros del equipo de salud, cuyas consecuencias son evidentemente una tarea más para la psicología, lo cual requiere una formación para el trabajo interdisciplinario, en el marco de la intervención integral que actualmente se promueve en la atención en salud. El siguiente gráfico ilustra la dinámica interactiva de lo expresado.



Siguiendo la línea expuesta, vale la pena mencionar el modelo de trabajo propuesto por Ribes (citado por Morales Calatayud, 1999), en el que realiza un ejercicio conceptual que intenta delimitar las aportaciones y dimensiones psicológicas en la problemática interdisciplinaria de la salud. Expone el autor:

*Aun cuando sería utópico suponer que toda alteración del estado biológico del organismo es mediada frente al ambiente por la práctica social del individuo, sí es probable que, en última instancia, la prevención, la curación, la rehabilitación o el inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando (página 128)*

El modelo de Ribes propone cuatro rangos conductuales que pudiesen incidir en los procesos psicológicos con afección patológica:

- Conductas instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica con consecuencias de afección patológica
- Conductas instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológicas, que incrementan probabilidad de afección patológica.

- Conductas instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica con consecuencias similares al caso anterior.
- Conductas instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica con escasa probabilidad de consecuencias de afección patológica.

Evidentemente, ya sea a nivel preventivo o a comportamientos asociados a la patología biológica una vez instaurada, la psicología de enlace supone su participación en el seguimiento de una terapéutica efectiva e integral de vital importancia en cualquier enfermedad.

### **LA PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.**

En el año 1979 la Organización Mundial de la Salud afirmaba lo siguiente:

*La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.*

Queda claro en lo expresado como las acciones de salud en atención primaria traspasa la atención de los individuos en particular, más allá, deben alcanzar a las familias consideradas como unidad, a las instituciones y a la comunidad en general. La promoción de la salud es entonces una tarea fundamental y en ella la psicología tiene tareas de su competencia.

Diekstra, citado por González Calatayud (1999) propone cinco categorías de problemas susceptibles de intervenciones psicológicas en el nivel primario de atención:

- Problemas de ansiedad y estrés, esto incluye sus diferentes manifestaciones clínicas así como aquellas enfermedades cuya aparición están estrechamente ligadas.
- Trastornos en hábitos con consecuencias perniciosas tanto personal como social.



- Dificultades y decisiones educacionales u ocupacionales y los posibles problemas consecuentes.
- Problemas interpersonales relacionados con la pareja, la familia, la comunidad vecinal y la sociedad en general.
- Ajuste psicológico a la enfermedad física y a otros acontecimientos significativos de la vida tales como la hospitalización, el ajuste a las incapacidades crónicas, los accidentes, enfermedades críticas y terminales.

Independientemente de las áreas señaladas por Diekstra, la promoción de la salud tiene que ver con la calidad de vida del individuo en sus diferentes etapas cronológicas, ya sea en la niñez, la adolescencia y la adultez joven, mediana y mayor; se hace necesario atender sus diferentes y particulares problemas en buena parte relacionados con el propio estilo de vida. Al respecto, Moles (2007) propone seis líneas a seguir en cuanto a lo que se considera un estilo de vida saludable:

- Disfrute de su cuerpo: en este punto tiene que ver aspectos tales como la higiene, el ejercicio funcional y la sexualidad sana y responsable.
- Disfrute de una ingesta balanceada: más allá de las dietas y las actividades sociales ligadas al comer, los hábitos alimenticios están altamente ligados al equilibrio y bienestar emocional.
- Disfrute por el descanso funcional: el hecho de que “haya que trabajar para vivir no implica que haya que vivir para trabajar”. La fisiología y particularmente el cerebro, necesita períodos de reposo. El descanso funcional va más allá de las horas previstas para dormir, tiene que ver con tiempos en que las personas seleccionan actividades que les agradan y relajan tanto física como mentalmente.
- Disfrute de la actividad mental productiva: la acción de poner en funcionamiento los procesos cognitivo-intelectuales debe traspasar la barrera de las responsabilidades adquiridas laboral y profesionalmente para centrarse igualmente en acciones gratificantes para cada persona en cuanto sus propios gustos e intereses.
- Disfrute de las relaciones sociales: la posibilidad de saber discernir lo que se desea en cuanto a las diversas interacciones que tenemos con

personas en los diferentes ámbitos de desenvolvimiento, permite obtener mejores gratificaciones pues al mismo tiempo se tiene más claro lo que se está dispuesto a dar más allá de lo que se reciba del otro.

- Disfrute de la afectividad: si bien es cierto que la persona humana presenta necesidades estrechamente ligadas al afecto, ello no implica el generar fuentes de apego particularmente en el entorno familiar y de pareja las cuales, de producirse, son fuente de desestabilización emocional e inclusive de patologías. La afectividad funcional tiene que ver con el bienestar compartido en función del sentido de pertenencia y no de propiedad-sumisión.

Por todo lo expuesto se hace necesario entender dentro de la concepción de la llamada Psicología de Enlace, que la misma trasciende a lo clínico, más propio de la enfermedad, y se aboca igualmente a lo comunitario en cuanto a la atención preventiva que debe caracterizar la promoción de la salud.

## **LA PSICOLOGIA EN LOS CENTROS CLÍNICOS Y DE REHABILITACIÓN.**

Al hablar de niveles de atención en todo lo referente a la salud, así como el nivel primario tiene que ver con los aspectos relacionados con la prevención de la enfermedad, la atención secundaria y terciaria ya implica la instalación de la patología y las posibles secuelas que pudiese acarrear, es por ello que se requiere de centros clínicos y hospitalarios en el caso de la atención secundaria y de centros de rehabilitación en la atención terciaria.

De acuerdo al modelo médico tradicional cuya concepción de salud se ciñe al abordaje de la enfermedad, aspecto por lo demás que ha venido cambiando en las últimas décadas, queda claro como la psicología era considerada en estos centros como una actividad paramédica adscrita a los departamentos de psiquiatría.

A raíz de la segunda guerra mundial y su desarrollo técnico-armamentista se hacía necesaria la evaluación y selección de personal militar calificado, ello llevó a la necesidad de construir pruebas psicotécnicas de medición de capacidades intelectuales y rasgos personales. En consecuencia a lo dicho, el psicólogo clínico

pasó, en los centros clínicos y hospitalarios, a ser una suerte de diagnosticador de posibles psicopatologías, no así de manejar su tratamiento lo cual era competencia del médico psiquiatra. Obviamente el carácter orgánico que se le atribuía a la instalación de una enfermedad dejaba poco espacio de acción a profesionales abocados a variables no necesariamente organicistas.

Para entender adecuadamente la importancia del papel que ocupa la psicología en todo aquello que implica la atención de la enfermedad y sus posibles secuelas, debemos diferenciar lo que se va a denominar el “objeto humano” del “sujeto humano”. No es simplemente un determinado órgano o sistema del individuo el que se enferma (objeto), es la persona (sujeto) la que está enferma y en su construcción biológica, psicológica y social, genera un sistema de creencias y de conductas respecto a su enfermedad y al impacto que anímicamente le produce; esto a su vez afecta su fisiología en sus tres principales áreas: el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmunológico por lo que se establece una suerte de feed back en cuanto al curso que la enfermedad tendrá lugar. En todas las enfermedades están presentes valoraciones, por parte del enfermo, acerca de su condición patológica, las limitaciones que lleva aparejada, la posible repercusión social que produce, las exigencias tanto de tratamiento y rehabilitación que pueda acarrear, en fin la afección a su vida futura. La motivación personal e individual del paciente se centra en buena parte en el impacto psicológico que le produce y ello puede ser determinante en su propia actuación proactiva o a aprender conductas disfuncionales de ganancia secundaria de la enfermedad.

A partir de la década de los 70', la psicología como disciplina de enlace ha venido ensanchando su actividad en los centros de atención clínica, hospitalaria y de rehabilitación. El aumento del reconocimiento del papel de otras variables más allá de las propiamente biológicas, como lo son las cognitivas, emocionales y conductuales; el desarrollo de los propios recursos tecnológicos de la psicología; el aumento del interés por procedimientos alternativos a los tradicionales para el abordaje de determinadas dolencias; la investigación controlada respecto al éxito de terapéuticas especializadas desde un punto de vista cognitivo-comportamental en enfermedades de diversa índole, son algunos de los elementos por los que la

denominada psicología de enlace ocupa en la actualidad un papel preponderante en lo que a salud se refiere.

Los psicólogos, por supuesto, deben estar integrados al trabajo directo en los servicios médicos, y dentro de estos equipos, sobre la base de los objetivos previamente definidos, realizar sus actividades en un marco interdisciplinario y no como una parcela aislada, usando una terminología absolutamente *sui generis* a veces incomprensible para los demás profesionales pues está basada en constructos teóricos de difícil comprobación científica. En ese orden de ideas, no cabe duda que la terapia cognitivo conductual aporta herramientas de actuación tanto para el paciente como para sus familiares, igualmente en un plan mayormente docente ilustra al médico en aspectos, sustentados en principios del aprendizaje experimentalmente comprobados, que amplían la visión organicista de enfermedad y los coloca en una perspectiva más propia de un profesional de la salud que trata a un sujeto-humano, que a un profesional de la enfermedad que se limita al objeto-humano alterado.

Respecto a los centros de rehabilitación, siguiendo la tónica desarrollada en los párrafos anteriores, queda claro que lo que se pretende en los mismos es brindar atención para que las personas que presentan diversas secuelas de alguna enfermedad, traumatismo o accidente, puedan aprender a enfrentarlas a fin de minimizar en lo posible las limitaciones físicas, perceptivas, mentales y conductuales, permitiendo al máximo su desempeño autónomo en su medio habitual, tanto doméstico como en lo concerniente a actividades laborales y profesionales, insertándose estas personas en la vida social con los mayores recursos operativos.

El papel de la psicología en estos centros es muy importante, tanto en lo que a evaluación diagnóstica se refiere como a liderar la implementación, fortalecimiento y mantenimiento de los repertorios conductuales funcionales. Los procedimientos instrumentales de reforzamiento y modelamiento desarrollado a partir de los trabajos de Thorndike, Skinner y Bandura, sin duda han sido fundamentales. En efecto, son múltiples las oportunidades en donde desfavorablemente para la persona aquejada de una dolencia, trastorno o enfermedad, obtiene una determinada ganancia secundaria de la misma en el

sentido de que: 1.- Reforzamiento positivo a conductas inadecuadas por el hecho de estar la persona en esa condición siendo así que no serían reforzadas si no la tuviese; 2.- Obtención de reforzamiento negativo en cuanto a evitación y escape de situaciones incómodas y responsabilidades indeseadas y 3.- Restricciones a conductas funcionales ante el temor del sujeto o entorno de que generen peligro por sus limitaciones.

En cualquiera de las situaciones anteriormente señaladas, de una manera implícita y a veces explícita, se está manejando un modelo de enfermedad que paradójicamente puede ser atentatorio a la salud como tal. El psicólogo que se desempeña en las actividades de enlace, ante la presencia de patologías, tiene una importante labor pedagógica en el entrenamiento de principios de aprendizaje que efectivamente sean de utilidad para la persona y su entorno tanto familiar como profesional en cuanto a la adquisición, fortalecimiento y mantenimiento de conductas funcionales así como a la reducción y extinción de aquellos comportamientos que efectivamente no lo son, porque atentan a su rehabilitación y ajuste de calidad de vida.

Las conductas autodestructivas son, sin duda, la manifestación disfuncional más perniciosa dada por una persona en cuanto que, de manera consciente o no, atenta no solo a la calidad de vida, más aún, a la vida como tal. Este tipo de comportamiento puede ser emitido en consecuencia de una determinada enfermedad, sin embargo en otros casos es resultante de procesos psicológicos que desestabilizan emocionalmente al individuo y le llevan al intento de evasión de sus conflictos por medio de estas conductas, muchas veces reforzadas por el entorno social. En el presente informe se analizará en profundidad la dinámica de estos comportamientos.

## CAPÍTULO 2

### CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS

Si bien es cierto que el instinto, definido este como un impulso genéticamente determinado hacia una conducta propia de una especie, ha quedado a raíz de múltiples investigaciones socio antropológicas bastante descartado como elemento explicativo de la psicología humana, ello no descarta igualmente que la fisiología del ser humano está constituida para el mantenimiento del equilibrio en la búsqueda de su propio bienestar. Se entiende entonces que aunque el término “instinto de supervivencia” posiblemente no sea el más aceptado hoy en día, sí se puede hacer referencia al repertorio de conductas psicofisiológicamente instauradas para el mantenimiento de la vida del individuo; es por ello que toda conducta que atenta contra la misma, se aleja de lo esperado funcionalmente. Las conductas autodestructivas entrarían en esa categoría disfuncional.

Entenderemos por conducta autodestructiva toda acción deliberada, conscientemente o no, que genera daño físico y/o psicológico de diversa magnitud hacia la persona que la está produciendo.

Del concepto anteriormente emitido queda claro que el elemento de planificación hacia la conducta autodestructiva no necesariamente está siempre presente en la persona, en otros casos lo que está implícito son variables de corte emocional que condicionan hacia la emisión de conductas e incluso el aprendizaje de hábitos que si bien de una manera directa no generan un daño inmediato, su permanencia acarrea consecuencias perniciosas. En la clasificación propuesta por Ribes y expuesta en el capítulo anterior, nos estaríamos refiriendo a conductas instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica con consecuencias de afección patológica en el primer caso y de conductas de bajo riesgo con alta vulnerabilidad biológica con consecuencias de afección patológica en el segundo.

## EL CONFLICTO

Desde un punto de vista amplio al hablar de conflicto se entiende la presencia y permanencia de determinada situación que es capaz de generar en la persona un enfrentamiento cognitivo, expresado éste en creencias, actitudes y valores, todos ellos de importancia para el sujeto pero con antagonismo en cuanto a las acciones que se deba tomar, lo cual puede originar desestabilización emocional ante la dificultad de encontrar soluciones efectivas.

Obviamente el hecho de no percibir una solución a determinado conflicto, implica darle un mayor poder al mismo y en correlación negativa un mayor estado de indefensión al sujeto que lo está viviendo; es por ello que en una situación extrema una persona conflictuada enfrenta abruptamente la situación para tratar de salir de ella o busca a como dé lugar una posibilidad de escape más allá del riesgo que pueda a futuro involucrar. En cualquier caso la ecuación *autoestima--- indefensión--- autodestrucción* debe ser tomada en cuenta.

En el aprendizaje de conductas disfuncionales, autodestructivas, como forma de evasión de conflictos, es importante tener presente los principios de reforzamiento positivo y reforzamiento negativo. En el caso de la aparición de un reforzador positivo el sujeto está obteniendo una gratificación contingente a una conducta, tal es el caso, por ejemplo, del estado eufórico que se obtiene por consumo de cocaína; en el caso del retiro de un reforzador negativo el sujeto está escapando parcial y temporalmente de estímulos que le resultan aversivos, por ejemplo el estado de sopor y obnubilación de conciencia producto de una alta ingestión de alcohol. Por supuesto ambos estilos de reforzamientos pueden estar presentes en el aprendizaje de conductas autodestructivas, las cuales son una forma disfuncional de manejarse ante situaciones de conflicto. Obviamente dado que no se genera una solución al mismo, simplemente una evasión, la persona se habitúa, incluso se llega a hacer adicta con lo cual la posibilidad de hacer *insight* hacia soluciones reales se dificulta y su sentimiento de indefensión aumenta, en consecuencia su autoestima se ve afectada.

## AUTOESTIMA

Como bien alerta Aragón (citado por Moles, 2007)

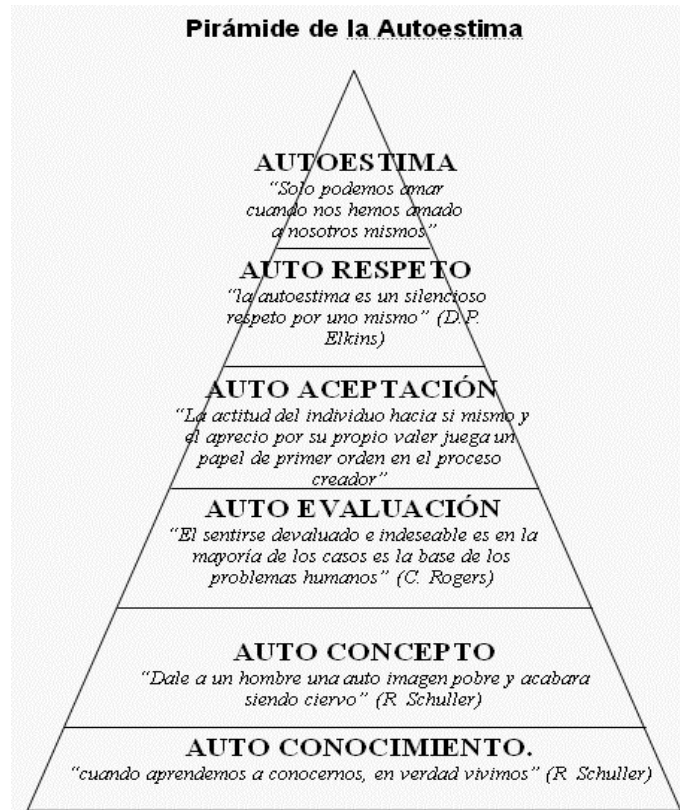
*La palabra autoestima significa tantas cosas para la gente y tan diversas unas de otras que está empezando a no tener sentido, a no ser nada, por serlo todo. Se parece a una caja de sorpresas donde cada cual introduce y obtiene supuestamente como regalo la solución de sus problemas, la satisfacción de sus necesidades y la consecución de sus metas (página 52).*

En coincidencia con lo expresado por este autor, el término autoestima hace referencia a *aquella actitud construida sobre la base de lo que pensamos de nosotros mismos, la aceptación positiva de nuestras características individuales y la actuación coherente relacionada*. En la construcción y mantenimiento de determinada actitud entran en juego tres grandes categorías, estas son la intelectual, la afectiva y la conductual, así pues, al trasladar estos elementos a la autoestima como tal, asumimos que está construida en función del:

- Autoconocimiento: Elemento intelectual
- Autoaceptación: Elemento afectivo
- Autodirección: Elemento conductual.

Autoestima no implica entonces, como a veces se ha querido hacer notar, la construcción de una fantasía de superioridad en donde solamente se destaca los atributos, omitiendo y negando las limitaciones propias que como seres humanos se tienen, propiciando el establecimiento de repertorios conductuales con metas y proyectos fuera de toda coherencia y realidad, los cuales al final terminan por controlar a la persona afectando su propia vida emocional, al verse frustrado por una realidad que no existió realmente. En el siguiente gráfico se ilustra el proceso cronológico de construcción actitudinal de la autoestima





En la cronología representada entra en acción un proceso de aprendizaje cognitivo-conductual que facilitará o dificultará el establecimiento de una adecuada autoestima. Lamentablemente en oportunidades se refuerzan socialmente cogniciones y conductas que inhiben el adecuado proceso conducente a la autoestima porque generan esquemas cognitivos rígidos que atentan sobre la propia espontaneidad del sujeto, su creatividad individual, su visión de vida como persona humana, por el contrario lo adecuan a estereotipos generalizados, en muchos casos extemporáneos a épocas y situaciones. Todo ello conduce a la magnificación de necesidades de aprobación por parte de otros y el establecimiento de apegos afectivos.

## **EL APEGO EMOCIONAL**

El apego es un estado emocional de vinculación compulsiva a una cosa o persona determinada originado por la creencia de que en su ausencia no es posible ser

feliz. El apego se caracteriza por presentar dos polos emocionales, uno positivo y otro negativo. El primero de ellos es un estado de placer psicofisiológico ante la presencia del estímulo fuente de apego; el segundo es la sensación de amenaza y la tensión que la acompaña, en ausencia del estímulo de apego, que hace al sujeto vulnerable al desorden emocional.

De acuerdo a la teoría de John Bowlby, psiquiatra que trabajó durante años en clínica infantil, el comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y/o sabia. Originariamente se enfatiza como las figuras parentales tienen un rol fundamental en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos. Se han descrito tres patrones generales en cuanto a la vinculación afectiva, estos son: a.- Seguro o confiado; b.- Inseguro evitativo y c.- Ambivalente también llamado ansioso resistente.

Como se señaló previamente, dado que el ser humano no solamente dispone de necesidades biológicas sino también de otras encauzadas en la esfera psicológica y social, el condicionamiento que recibe del entorno en cuanto al reforzamiento de estas necesidades puede ser muy poderoso e incluso pernicioso. El manejo de premios y castigos sociales, fundamentados estos en una necesidad propia de la persona humana como es el afecto, de acuerdo al cumplimiento o no de determinadas normas, creencias y valores, más allá de la conveniencia individual, genera en muchas personas el establecimiento de apegos autodestructivos de difícil liberación. La adicción al trabajo y la adicción al mantenimiento de una relación de pareja probablemente sean las más representativas de lo que se está haciendo referencia.

Al relacionar apego con autoestima queda bastante claro la correlación negativa existente entre ambos en el sentido que a una persona víctima de apego le resulta muy difícil llevar el rumbo de su vida en función de sus propios intereses, capacidades y cualidades personales; del mismo modo se puede afirmar que el individuo con baja autoestima necesita de las gratificaciones de otros, es por ello que la posibilidad de aferrarse a todo aquel que percibe gratificador, aunque en la realidad no sea así, se incrementa.

## CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS Y RASGOS DE PERSONALIDAD

Las conductas autodestructivas pueden presentarse como episodio temporal producto de determinada situación altamente desestabilizadora para un sujeto, tal es el caso de una enfermedad, de igual manera y en ausencia de esta, puede corresponder a determinada situación estresante, sin embargo, y más allá de lo expresado, diferentes trabajos apuntan hacia el hecho de que ciertos rasgos de personalidad y particularmente trastornos, predisponen al sujeto hacia determinado tipo de conducta autodestructiva.

Según expone González Franco (2006),

*El comportamiento autodestructivo (CADI) pasa desapercibido, frecuentemente negado, menospreciado o deformado tanto por el sujeto que lo realiza como por la gente que lo rodea. La diferencia entre comportamiento autodestructivo directo e indirecto es que el directo es consciente e intencionalmente autodestructivo, mientras que el indirecto no. El CADI se puede considerar como un suicidio lento, inconsciente y a largo plazo siempre y cuando las conductas se repitan y tienda a aumentar la intensidad con las que se presentan*

En función a lo expresado queda claro como el mismo hecho de comportarse habitualmente de una manera determinada, rasgo de personalidad, es lo que precisamente contribuye a la inadvertencia de su ocurrencia. Por supuesto la presencia de una conducta autodestructiva directa, intento de suicidio, es mucho más notoria y reactiva a determinada patología o situación emocional.

En líneas generales los rasgos de personalidad conducentes a las conductas autodestructivas están muy relacionados con la dependencia, la poca tolerancia a la frustración, angustia marcada ante la pérdida, necesidad de estimulación constante, tendencia a la negación y necesidades conducentes a la obtención inmediata de placer.

Las conductas autodestructivas se conocen como “la especialidad conductual” de quienes padecen el trastorno límite, borderline, de la personalidad. En efecto, la fuerte necesidad de relaciones lleva a los individuos con personalidad límite a tener temores crónicos y duraderos de que las personas de las que dependen los abandonen. Estos temores se relacionan con la ansiedad y pánico que llegan a sentir cuando están solos. El mecanismo conductual usado para contrarrestarlo es

la socialización compulsiva, sin embargo, es notoria la disfuncionalidad conductual pues tiende, en muchos casos, al alejamiento de las personas con las que se pretende interactuar pues están cargados de expresiones de ira, exigencias, desconfianza e impulsividad. Dentro de las conductas autodestructivas más comunes en personas con trastorno límite se encuentran la promiscuidad sexual, adicción a drogas, trastornos de la alimentación, enfrentamientos con violencia.

La denominada por algunos autores como “personalidad masoquista” está evidentemente muy relacionada con la aparición de conductas autodestructivas en cuanto a una evitación de situaciones que pudiesen ser gratificantes para dejarse arrastrar a situaciones o relaciones que le producirán sufrimiento, impidiendo a otros la posible prestación de ayuda. En relación con los demás, la persona puede suscitar respuestas de ira o de rechazo para después sentirse herida, frustrada o humillada. En ocasiones suele implicarse en un autosacrificio excesivo innecesario y no solicitado por aquellos a quién supone beneficia.

Diversos trastornos de personalidad llevan consigo manifestaciones de conductas autodestructivas. La sociopatía y sus comportamientos antisociales exponen al individuo a consecuencias perniciosas para él. La personalidad dependiente genera fuertes estados de apego en relaciones afectivas altamente descalificadoras de las cuales no puede salir. Personalidades obsesiva-compulsivas en oportunidades, guiados por su extremo perfeccionismo, desarrollan alteraciones alimenticias que inciden gravemente a su salud. Algunas personalidades histriónicas se someten innecesariamente a continuos cambios en su cuerpo por medio de cirugías, tatuajes y piercing más allá del daño que pudiese generar. En las páginas siguientes se expondrán con mayores detalles algunos de estos comportamientos calificados como autodestructivos.

## **CAPÍTULO 3**

### **PATOLOGÍA AUTODESTRUCTIVA**

Son diversas las hipótesis y teorías que se han gestado respecto a la tendencia en determinadas personas para generar conductas autodestructivas, ellas van desde establecer predisposiciones genéticas hasta hacer disertaciones a factores de contenido inconsciente. Lo cierto es que no hay nada absolutamente comprobado en un plano científico, no obstante, ello no desconoce ciertos elementos comunes inherentes a todo comportamiento autodestructivo, los mismos tienen que ver con cierta desestabilización emocional, acciones evitativas a las situaciones relacionadas así como el malestar propio de la emoción y, en tercer lugar, consecuencias gratificantes tanto desde el ámbito fisiológico como el social. En este orden de ideas se hará referencia en este informe a algunos de los comportamientos autodestructivos de mayor incidencia clínica por su gravedad patológica y su repercusión social.

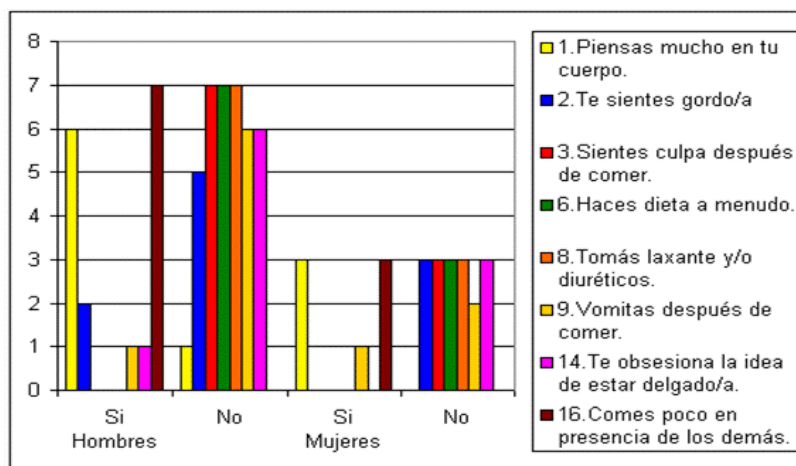
### **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.**

La alimentación es indispensable para la subsistencia de cualquier organismo por lo que la acción de consumir alimentos es necesaria y conveniente para garantizar el metabolismo fisiológico. El metabolismo es el conjunto de reacciones y procesos físico-químicos que ocurren en una célula los cuales permiten la ocurrencia de sus diferentes actividades tales como el crecimiento y reproducción, el mantenimiento de sus estructuras o la posibilidad de responder ante estímulos. El metabolismo lleva implícito dos acciones antagónicas y complementarias como son el anabolismo y el catabolismo. Son procesos acoplados que hacen al metabolismo en conjunto, puesto que cada uno depende del otro. Se entiende entonces que un exceso o defecto en cuanto a las calorías necesarias afectará el proceso metabólico como tal.

## 1.- ANOREXIA:

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa de peso corporal producida como consecuencia de la decisión por parte del sujeto de someterse a un proceso de adelgazamiento. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo significativamente alimentos que engordan e igualmente con actividades tales como vómitos autoprovocados, uso indebido de laxantes, diuréticos, anorexígenos e incluso actividad física exagerada. Todo ello supone que la persona con anorexia incremente sus actividades físicas en dos mecanismos, el primero de ellos es el cognitivo-conductual en el que sus ideas acerca del cuerpo y su peso llevarían a mayor gasto calórico a través del movimiento, el segundo es el psicofisiológico, en donde la disminución de la ingesta reportaría mayor actividad física.

Son diversos los comportamientos indiciosos al desarrollo de un cuadro de anorexia; entre otros podemos destacar: comer bajo estrictas dietas independientemente del peso corporal, usar ropas holgadas, reacciones emocionales atípicas a la persona, hiperactividad, problemas relacionados con el dormir, excesiva preocupación por su imagen corporal. El siguiente gráfico muestra la incidencia de las mismas.



Tomado de [www.psicostasia.com/Rev01\\_clip\\_image002.gif](http://www.psicostasia.com/Rev01_clip_image002.gif)

Las consecuencias clínico-fisiológicas de la anorexia tienen que ver con

- Manifestaciones cardiovasculares: bradicardia, hipotensión.

- Manifestaciones gastrointestinales: vaciado gástrico retardado.
- Manifestaciones hematológicas: anemia
- Manifestaciones de termorregulación: hipotermia e hipertermia.
- Manifestaciones endocrinas: amenorrea, alteraciones glucocorticoides

Lo cierto es que el desgaste metabólico es tan excesivamente marcado, manifestado en una pérdida de peso exagerada, que lamentablemente puede llevar al sujeto a su completa destrucción, es decir a su muerte.

Son diversas las posiciones teóricas que se han planteado respecto a la anorexia como conducta autodestructiva, al igual que con la bulimia el elemento central tiene que ver con una marcada distorsión de la imagen corporal y obviamente referente a ese punto no se puede descartar la importancia que tiene todo lo relacionado a los estereotipos e imposiciones sociales respecto al concepto de belleza, que hoy más que nunca se ha asociado al éxito, particularmente al género femenino, por lo demás con mayor incidencia en este tipo de trastorno. Sin embargo no sería muy sustancial dejar toda la responsabilidad etiológica al elemento de aprendizaje observacional; de ser así, sería muchísimo mayor la incidencia pues es la mayoría de la población la que está sometida a estos cánones, se hace necesario entonces encontrar otros elementos.

Peggy Claude- Pierre (1998) refiere respecto a la anorexia lo que ha denominado *Síndrome de Negatividad Confirmada*, expone la autora

*Acuñaé el concepto de Síndrome de Negatividad Confirmada (SNC) para describir el complejo proceso de pensamiento que atormenta la mente de las personas con trastornos de alimentación. Estas personas están en guerra con ellas mismas. Tienen dos mentes. Cuando se presentan los síntomas del trastorno, la mente negativa asume todo el poder. Lo que comenzó como pensamientos de duda, indecisiones o autocrítica suave, se intensifica hasta convertirse en una voz autónoma tiránica, hipercrítica, destructiva y ratificadora de la desesperación. (Páginas 52 y 54)*

En realidad el SNC es la culminación de una subjetividad negativa vuelta en contra de la persona. Esta subjetividad hipercrítica hace que la víctima interprete cualquier comentario que se le haga como una reflexión negativa acerca de ella o que asuma la culpa respecto de cualquier hecho, por poco relacionado que esté con la persona. Es por ello que si bien el componente social y su concepción perfeccionista de belleza física y por ende de imagen corporal es importante, no

debemos descuidar los elementos de aprendizaje más relacionados al entorno de la paciente, particularmente su familia y todo lo que tiene que ver con el establecimiento de una buena autoestima. Por último, y no menos importante, la posible predisposición que se tenga hacia determinado rasgo de personalidad, por ejemplo, personalidad obsesiva o personalidad dependiente.

## **2.- BULIMIA:**

Altamente relacionada con la anorexia, la bulimia es un trastorno de la conducta alimenticia caracterizado por altos consumos de comida, comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento, acompañados de una sensación de pérdida de control. Posterior a este acto, la persona utiliza diversos métodos, tales como vomitar o consumir laxantes para prevenir un aumento de peso. A diferencia de la anorexia, a no ser que se presenten conjuntamente, no se observa una pérdida marcada de peso.

Desde una perspectiva fisiológica, la bulimia resulta altamente peligrosa por las posibles complicaciones a nivel del tracto gastrointestinal. Por ejemplo, el ácido estomacal que se introduce en el esófago durante los vómitos frecuentes puede ser causal de daños permanentes. De igual manera podemos referirnos a mayor incidencia de caries dentales, inflamación de la garganta, deshidratación, estreñimiento, hemorroides.

Las conductas alimentarias, dadas por las sensaciones de hambre y saciedad, están reguladas por mecanismos automáticos del Sistema Nervioso Central, particularmente el hipotálamo. Sin embargo, no solo son aspectos biológicos los que condicionan la conducta alimentaria, igualmente otros procesos de la esfera psicológica y social entran en conjunción, de hecho la comida está asociada a estados afectivos, de seguridad personal y de comunicación social. Es por ello, tal como se expresaba en el caso de la anorexia, que debe evaluarse desde una perspectiva multicausal, derivadas estas de predisposiciones biológicas, enfermedades, aprendizaje fuertemente relacionado hacia el perfeccionismo y estereotipos sociales. En el caso de la bulimia la comida como fuente momentánea



de gratificación y seguridad, paradójicamente pasa a ser fuente de descontrol y ansiedad, por lo general esta última en cuanto a la imagen corporal.

Relacionadas con la bulimia, en un grado de aún mayor patología, se encuentra el *Síndrome de Pica*, caracterizado por el impulso de ingerir sustancias no comestibles tales como la tiza, el yeso, trozos de pintura. El denominado *Síndrome de Prader-Willy* hace referencia a un trastorno congénito asociado a retardo mental en el cual hay un absoluto descontrol en la acción de comer al punto que el sujeto llega a realizar incluso hasta morir.

Sin duda los trastornos alimentarios pueden resultar comportamientos autodestructivos profundamente perniciosos.

## **ALCOHOLISMO**

El consumo de alcohol ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia. Esta afirmación está sustentada en que efectivamente el alcohol, calificado como una sustancia depresora del Sistema Nervioso Central, consumido con moderación y en los contextos legalmente permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar y en consecuencia genera una mayor laxitud en los diversos espacios comunicacionales entre las personas. Desafortunadamente, proporciones variables de individuos en la población presentan problemas en su salud y en sus relaciones interpersonales a causa del consumo inmoderado de alcohol, llegando a convertirse en un verdadero problema social en casi todos los países y a todas las edades a partir de la adolescencia.

Siguiendo la línea expuesta por Escalante (2006),

*Una dificultad básica sigue siendo el logro de una conceptualización adecuada del alcoholismo, sobre todo en lo relativo a decidir en que consiste el desorden y si en realidad existe tal desorden o no. La literatura revela notables desacuerdos hasta cuando se trata de señalar sus características esenciales. En torno a la definición, el desacuerdo se mantiene, pues unas veces se intenta definirlo en términos del daño psicológico y social que produce, y otras, en términos de una incapacidad para controlar la ingestión. Hay definiciones en términos de la dependencia que ocasiona y en función del número y tipo de problemas que causa. De todas maneras, una buena definición de alcohólico pudiera ser la de un individuo que bebe continua o intermitentemente, demostrando tal*

*incapacidad para abstenerse que termina provocándose daño físico y mental de consecuencias personales, económicas y sociales graves. (Página 113)*

Son diversos los factores de riesgos asociados al alcoholismo, algunos tienen que ver con la predisposición biológica aunque, por supuesto no es sencillo separar la influencia genética de la ambiental, pero pruebas muy claras se han obtenido con hijos de padres alcohólicos tempranamente adoptados por padres no alcohólicos. Los hallazgos son bastante concluyentes en el caso de varones en cuanto a la posibilidad de desarrollar el desorden independientemente de que sean criados por los padres adoptivos.

En ese orden de ideas queda claro entonces que el sexo es un factor de riesgo. Se sabe que el alcoholismo es un desorden básicamente masculino, así como la anorexia y bulimia es femenina. Vale la pena, sin embargo, acotar el hecho de que a medida que en las últimas décadas se han equiparado los valores unisex, el índice de mujeres con alto consumo de alcohol se ha incrementado.

El machismo como modelo social y las inadecuadas interpretaciones que pudiesen surgir del mismo es un elemento que debe ser tomado en cuenta. Es importante acotar como el machismo se ha sustentado en propiciar en el hombre valores tales como la autonomía personal, el vigor y la fuerza, el enfrentamiento de situaciones y el control emocional. Lamentablemente significaciones alternas se han asociado al machismo, entre ellas destacamos el poder, la potencia sexual, la rudeza y el consumo de alcohol. En una sociedad tan competitiva y estresada como la actual, estas características pueden revertirse en contra de la autoestima del hombre, ser generadora de ansiedad y conflicto, razón por la cual se cae en la pérdida del respeto personal reaccionando de manera primitiva y autodestructiva, vale decir, siendo más hombre porque se consume más alcohol. Paralelamente los efectos fisiológicos temporales tanto de euforia al principio, y de evasión de conciencia posteriormente, surgen de reforzadores positivos y negativos adicionales en el mantenimiento de este comportamiento.

Las consecuencias del alcoholismo, altamente perniciosas para la salud, se encuentran en las tres esferas biológica, psicológica y social. Desde una perspectiva médica, el alcoholismo puede lesionar el músculo del corazón y generar insuficiencia cardíaca; el hígado en particular es un órgano que resulta

muy dañado en consecuencia del consumo de alcohol; el alcohol atenta contra el sistema inmune, haciendo al sujeto más proclive a infecciones particularmente de tipo respiratorio; desnutrición ya que el alcohol tiene determinado número de calorías sin valor nutritivo; alteraciones y daños neurológico de diversa gravedad desde cefaleas hasta daño cerebral permanente.

En un plano psicológico el alcohol tiene afecciones muy importantes en la voluntad, en procesos mentales tales como confusión, orientación, memoria. Igualmente en lo referente al estado de ánimo es causal de estados ansiosos y depresivos. Socialmente el alcohólico sufre un importante deterioro en el ámbito familiar, laboral y comunitario en general. Su marcado desinterés creciente a medida que se va agravando el cuadro por todo aquello que atente a su dependencia por el alcohol le lleva a un aislamiento de magnitudes considerables al punto, en casos extremos, de una total indigencia.

## **ADICCIONES SEXUALES**

Resulta un poco extraño en un apartado referente a las conductas autodestructivas hablar de algo fisiológicamente tan natural como es la sexualidad, sin embargo, es importante acotar, de acuerdo a lo afirmado en el artículo “La adicción desconocida: sexo” (Revista ARBIL, número 74)

*La adicción sexual es una de las más negadas y desconocidas de nuestra época, y en parte se debe a la racionalización de estas conductas sexuales compulsivas, que son promovidas por la industria del sexo tratando de minimizar o diluir el sufrimiento que esta acarrea al adicto (a) y a su familia.*

La sexualidad forma parte de la vida del ser humano, gracias a ella se gesta un nuevo ser, pero más allá de la reproducción, por medio de la sexualidad encontramos salida a necesidades y gratificaciones no solo biológicas, también psicológicas y sociales. La sexualidad es entonces, un vínculo para la intimidad, la pasión y el compromiso sustentado, si fuese el caso, en los acuerdos personales, institucionales e incluso legales que las personas tengan a bien establecer. La sexualidad está entonces inmersa en la moral social e incluso moral religiosa, es por ello que todo análisis clínico-investigativo que se realice respecto a las

adicciones sexuales debe estar desprovisto de todo aspecto subjetivo de la propia moral sexual del investigador o terapeuta.

Quizás sea prioritario comenzar por diferenciar lo que se entiende por motivación sexual a adicción sexual, esta última hace referencia a una acción compulsiva, vale decir, un comportamiento ritualístico realizado más allá de su posible gratificación, con el fin de solventar un estado de intenso malestar emocional presente en el sujeto, a sabiendas por parte del mismo de lo inadecuado de la acción, esforzándose sin éxito por evitarla.

Del concepto emitido resulta importante no unificar los criterios de depravado sexual, término por lo demás subjetivo y moralmente parcializado, delincuente sexual, en cuyo caso se entiende de alguien que ha infringido la ley por medio de una acción sexual, patológica o no, y el adicto sexual propiamente dicho, cuyo objeto de estudio corresponde a la clínica.

El análisis psicológico de la conducta sexualmente adictiva nos muestra a un individuo desprovisto del elemento empático respecto a la persona, e incluso acción, objeto de su conducta sexual. La actividad como tal está desprovista de toda intimidad, es la acción fría y ausente de emoción y relación con el sujeto humano que simplemente pasa a ser un objeto de desahogo. La culminación de la acción sexual está desprovista de la satisfacción propia de algo que ha sido deseado por lo que prontamente será fuente de un nuevo conflicto y repetición.

Se desprende de todo lo dicho que ante la ausencia de una motivación sexual como tal, la fuente de discriminación se hace prácticamente inexistente por lo que no se tomarán las precauciones necesarias en aspectos relativos ni a la persona ni a las condiciones de realización. Es por ello que, por ejemplo, la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual estaría en mayor riesgo en estas personas, pues su promiscuidad, con personas desconocidas, así como con prostitutas, no solo en prostíbulos, centros de masajes etc. de igual manera las propiamente “de la calle”, con las cuales no toma ningún tipo de previsión, simplemente su conducta es propiciada por la carencia de control sobre el impulso.

El desarrollo de la adicción sexual, como el resto de las conductas autodestructivas, cumple un proceso de aprendizaje el cual implica diversas etapas. En el caso que nos ocupa pudiésemos circunscribirlas a las siguientes:

1. Fantasía, pornografía y masturbación
2. Pornografía en vivo, encuentros sexuales diversos
3. Prostitución indiscriminada
4. Comportamientos sexuales atentatorios a otros tales como voyeurismo, exhibicionismo, telefonoescaptoflia.
5. Acciones sexuales dañinas hacia otros. Se refiere al abuso sexual y la violación.

Obviamente no toda adicción sexual tiene el cumplimiento de las etapas señaladas, sin embargo, el efecto “tolerancia” usado en muchas adicciones químicas, que se refiere a la necesidad de incrementar la dosis para obtener la gratificación inicial, también es aplicable en el adicto sexual. Lo cierto es que esta conducta autodestructiva genera sufrimiento en la persona, la adicción es frustrante en cualquier etapa porque traspasa la motivación sexual, fisiológicamente sana, para la realización casual de cualquiera de las acciones descritas, con plena conciencia y control por parte de la persona y su posible disfrute. En el adicto sexual, como se dijo, el individuo se siente atrapado en un ciclo interminable en donde la obsesión, la compulsión de búsqueda, la acción sexual y la justificación del hecho están inmersas en la frustración personal, la insatisfacción, el conflicto con personas cercanas (pareja, familia, amigos) y la imposibilidad de resolución.

Respecto a las posibles causales, posiblemente aún se está en un terreno incierto pues muchas son las controversias dada la carga moral existente en referencia a la sexualidad, no obstante, se ha encontrado una importante incidencia en adictos sexuales que en la niñez fueron víctimas de abuso sexual. Por supuesto ello no implica lo contrario, vale decir, que toda persona víctima de abuso desarrolle una adicción, posiblemente deban agregarse otros factores adicionales relativos a su propia historia de vida, la seguridad familiar que haya tenido, la educación sexual recibida, el impacto traumático que haya propiciado directa o indirectamente el

abuso, la ansiedad sexual presente en encuentros deseados. En definitiva, una línea de investigación de amplias posibilidades.

## **EL SUICIDIO**

El suicidio es la conducta autodestructiva de mayor impacto dado el componente radical de quitarse la vida de manera abrupta por parte de la persona. Los motivos pueden ser diversos e incluso en algunos casos justificados racionalmente. Por supuesto, una vez más, los componentes morales, filosóficos y religiosos, van a ser factores que justifiquen o no la acción como tal, es por ello que los índices de suicidios, según refieren Esqueda y Linares (2006) son más bajos en países como México, Irlanda del Norte, Grecia, Italia y España, posiblemente por la influencia que ejerce el catolicismo y la unidad y apoyo del sistema familiar.

Lo cierto es que las explicaciones dadas sobre el comportamiento suicida tienden hacia un corte sociológico y ello se ha hecho estudiando a los sobrevivientes de esas experiencias, entrevistando a los parientes y amigos de aquellos que han tenido “éxito”, o a través de encuestas detalladas de medio social, para conocer el ambiente preexistente a una decisión trágica.

La jurisprudencia ha venido realizando cambios respecto al suicidio como derecho legal del ciudadano. En la actualidad se habla del “suicidio asistido”, ya efectuados en países como Suiza. Médicamente es conocido como Eutanasia. Hace referencia a todo acto u omisión cuya responsabilidad recae en personal médico o en individuos cercanos al enfermo y que ocasiona la muerte inmediata de este con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de su vida. Lo que se persigue en definitiva es proporcionar una muerte digna a una persona cuya calidad de vida ha quedado irremediablemente trastocada. Todo ello se hace con la petición y/o consentimiento de la persona, de allí que se hable de suicidio asistido.

El presente informe no tiene como finalidad exponer elementos filosóficos que justifiquen o no la acción suicida, por el contrario, solo pretende bajo la premisa de que se trata de una conducta autodestructiva, calificar aquellas variables clínicas que de estar presenten propicien la misma.

Desde un punto de vista psiquiátrico el suicidio ha estado asociado al síndrome depresivo, es decir, es propiamente la depresión la que conduce a tal acción. Una vez más se quiere insistir que este hecho, no califica lo contrario, que todo suicidio sea producto de un estado depresivo. Sin embargo, y siguiendo la línea clínica, se sabe que la personalidad predispuesta al suicidio tiende a ser hipersensible, ansiosa, con baja autoestima, confusa y con cierta tonalidad agresiva hacia el entorno. En estos casos, los métodos más utilizados para cometer suicidio son el ahorcamiento, el envenenamiento, el lanzamiento al vacío, la utilización de fuego y las armas blancas.

Respecto a la casuística, ha quedado bien demarcado como la incidencia en los hombres es mayor que en las mujeres, no obstante la ideación suicida tiende a ser mayor en mujeres que en hombres.

Desde una perspectiva psiquiátrica el síndrome depresivo presenta diversas clasificaciones tanto por parte de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana) como por la OMS (Organización Mundial de la Salud). En ambas clasificaciones queda explícita la posibilidad etiológica de factores biológicos (genéticos, neuroquímicos), así como de condiciones socio-ambientales que pudiesen generar la activación de cogniciones propiciadoras de estados emocionales de desesperanza, en donde el intento suicida pudiese ser la conducta de elección por parte del sujeto. En cualquier caso, el abordaje clínico del paciente depresivo con ideación suicida, requiere en la fase crítica el uso de determinados psicofármacos pero, más allá de ellos, resulta indispensable la evaluación de los elementos tanto cognoscitivos como conductuales que inciden en el estilo de vida del sujeto y facilitan la posibilidad de desesperanza y resolución autodestructiva suicida.

## **CAPÍTULO 4**

### **PSICOLOGÍA DE ENLACE Y CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

A lo largo del presente informe, y de acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, en el sentido de que la misma es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”, se ha analizado las diversas consecuencias que para la salud tienen las conductas autodestructivas, sin embargo, dentro de esas consecuencias encontramos directa o indirectamente las relativas a aspectos somáticos y fisiológicos que resultan alteradas y/o dañadas a causa de determinadas conductas autodestructivas, es así que casos como la bulimia y la anorexia, el consumo de alcohol y demás drogas psicotrópicas, el tabaquismo, el abuso indiscriminado por lacerar el cuerpo con piercing se hacen evidentes estas conductas. Por otro lado, en los comportamientos autodestructivos de adicción sexual y ludopatía, si bien la acción en sí misma no es de alto riesgo para afecciones en el organismo, su alta correlación con otras conductas autodestructivas, particularmente el uso de alcohol y drogas, conlleva su posible ocurrencia. No se debe olvidar el hecho de que un determinado comportamiento autodestructivo puede servir de reforzamiento positivo y negativo para otro. Lo cierto es que la presencia de un equipo interdisciplinario se hace necesaria en el abordaje de estos trastornos y es por ello que la psicología clínica y de la salud sirve de enlace entre ellos.

#### **AREAS DE AFECCIÓN EN CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

Son diversas las áreas que pudiesen estar afectadas en la salud integral del individuo con este tipo de conducta, podemos señalar como fundamentales las siguientes:

- Situación laboral y financiera
- Abuso de sustancias
- Situación médica



- Problemas psicológicos
- Conflictos con la ley
- Problemas sociales y familiares.

El role del psicólogo resulta de vital importancia porque deberá encargarse directamente de la conducta autodestructiva como tal e intervenir interdisciplinariamente en todos aquellos factores que, por ser fuente de conflicto, discriminan su posible aparición. Por ejemplo: Supóngase una persona alcohólica cuyas consecuencias físicas y mentales le han hecho perder su trabajo, con lo que la situación económica se ha visto disminuida, no quedándole más medio a la pareja que asumir mayor esfuerzo laboral, con el consiguiente malestar que repercute en el seno familiar con discusiones, descalificaciones y acusaciones frecuentes. El paciente debe pasar mayor tiempo ocioso con el posible incremento de ocurrencia de cogniciones desestabilizadoras que le llevan precisamente a tratar de evadirlas por el único medio que conoce, consumir alcohol. En oportunidades, y con el fin de conseguirlo, ha llegado a efectuar pequeños hurtos a familiares, amigos y vecinos, ello le ha acarreado problemas y rechazo por parte de estas personas y es así que su inestabilidad emocional va en aumento así como su adicción a cualquier tipo de bebida, independientemente de lo tóxica que sea. Su deterioro físico es evidente y su pérdida de control situacional también, llegando incluso públicamente a presentar comportamientos que atentan lo legalmente permitido. Médicamente está presentando diversos cuadros, cardiovasculares, hepático y gástrico. Ha perdido peso notablemente y se observa sumamente desnutrido. Entre sus ideas autodestructivas, muy en concordancia con su estado depresivo, está la de quitarse la vida.

De igual manera al caso señalado, se pudiese presentar otros de diferentes conductas autodestructivas; en ellos se encontraría, en mayor o menor medida, factores que demarcan las diversas áreas comunes en este tipo de comportamiento y que justifican la presencia del profesional especializado en psicología que funge de enlace entre lo biológico y lo social.

De una manera general., todo abordaje a conductas autodestructivas tiene varios objetivos terapéuticos que abarcan las diversas áreas involucradas tanto médicamente como lo concerniente a aspectos de orden psicológico y social:

- Motivación: diseñar estrategias para el cambio conjuntamente con el paciente
- Desintoxicación: eliminar la dependencia física cuando la hubiere
- Deshabitación: eliminar dependencia psicológica y crear nuevos hábitos
- Rehabilitación: controlar y prevenir recaídas así como ir creando un nuevo estilo de vida

En aquellos casos de conductas autodestructivas referidas a adicciones físicas, el objetivo fundamental es obviamente la suspensión del consumo, evaluando paralelamente y de forma pormenorizada el estado de salud del paciente, controlando los niveles de ansiedad y otros síntomas propios del síndrome de abstinencia y potenciar la adherencia del paciente al proceso como tal, al encontrar mejorías fisiológicas, como es el caso de la calidad del sueño o todo lo referente a una mejor nutrición.

Respecto a todo lo relativo a la deshabitación, presente en cualquier conducta autodestructiva, se hace necesario identificar todos aquellos estímulos discriminativos asociados a la aparición de este tipo de conducta, ya sean personas, direcciones, situaciones, dinero, aburrimiento etc. Es por tanto necesario la intervención respecto a estos estímulos y paralelamente desarrollar estrategias alternativas que estén en pro de una mejor calidad de vida.

Para el logro de estos objetivos la terapia cognitivo-conductual dispone de planes de acción basados en los diversos principios del aprendizaje. De ellos se hablará en la sección siguiente.

## **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

- Contrato Conductual:  
Muy importante porque permite especificar los objetivos específicos de la terapia así como las condiciones de la misma. Debe estar claro en el contrato que el logro a alcanzar es la deshabitación de las conductas autodestructivas, aunque en ciertos casos esto deba hacerse de manera gradual. Como en cualquier contrato de contingencias se establece

reforzadores positivos que el paciente podrá ir obteniendo a medida de su progreso.

- La exposición con prevención de respuesta: Sustentada en un modelo de extinción experimental, la técnica como tal implica desarrollar una jerarquía de estímulos tendientes a provocar la conducta autodestructiva, por ejemplo, en el caso de la bulimia, darse un atracón de comida. Los estímulos provocadores pueden incluir señales afectivas, cognitivas, ambientales y emocionales. Una vez construida la escala, el paciente aprenderá a desarrollar conductas alternativas incompatibles con las autodestructivas habituales, primero a nivel imaginativo, al exponérsele el ítem correspondiente y posteriormente en vivo. Schlundt y Johnson (citados por Caballo, 1998) han reportado éxito terapéutico con el uso de este tipo de procedimientos en la eliminación de conductas purgantes propias de los trastornos de alimentación.
- Salud Física y cambio de imagen: Muchas conductas autodestructivas tales como el consumo de drogas, alcohol o los trastornos alimenticios, suelen producir secuelas y patologías, generalmente, estas últimas, de tipo infeccioso. En el programa de tratamiento resulta prioritario incluir la mejora de los hábitos de salud, de higiene personal y cambio de aspecto físico. La percepción que una persona tiene respecto a la propia imagen refuerza las creencias de valía o minusvalía que conforman su autoestima; como se dijo con anterioridad, el proceso de aprendizaje de conductas autodestructivas, si bien es cierto que en su mantenimiento entran en juego reforzamientos positivos inherentes a las conductas como tal, de igual manera se encuentran los reforzamientos negativos de evitación y escape, los cuales, en la medida en que la persona se haya en mayor indefensión, toman más fuerza. Es por ello que el cambio de imagen positivo tiende a generar disonancia cognoscitiva en conductas autodestructivas, que más allá de su gratificación circunstancial deterioran la salud de la persona.

- **Reestructuración Cognitiva:**

Este tipo de procedimiento tiene como finalidad modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presentan las personas con comportamientos autodestructivos y que median en su proceso de recuperación terapéutica. Vale la pena hacer notar que algunas de estas creencias son productos de errores de conceptos que pudiesen haber surgido bajo cierto componente de realidad. Los procedimientos cognitivos intentan ayudar al paciente a descubrir el mecanismo de sus autoafirmaciones, enseñarle a distanciarse de la certeza con la que se mantiene una determinada creencia y, finalmente, llevar a cabo la evaluación sistemática de la exactitud de la creencia y distorsiones cognitivas que mantiene en relación con el estilo de vida autodestructivo.

- **Grupo de Terapia:**

Buena parte del comportamiento lleva consigo un aprendizaje observacional en donde los reforzamientos vicarios han ejercido un importante papel en cuanto a la creencia del “deber ser”. En ese mismo orden de ideas muchas personas se sienten indefensas ante las situaciones de conflicto que les acontecen porque no encuentran posibilidades conductuales de escape, producto, casi siempre, de sus propias creencias irracionales. En un proceso terapéutico grupal, las personas tienen la oportunidad de observar a otros con problemáticas similares, es así que el elemento empático es muy asequible y, en consecuencia, el progreso de cualquiera de ellos es un reforzador positivo vicario para los demás y fuente de aprendizaje alternativo.

- **Apoyo familiar:**

La familia es calificada como la célula del tejido social en función de la importancia que tiene como fuente de aprendizaje del individuo en todo lo concerniente a sus valores, actitudes, creencias y en general al desarrollo de sus rasgos de personalidad. La familia es por ende una importante fuente de seguridad emocional para la persona, pero en igual medida puede ser lo contrario, fuente de conflicto y desestabilización. Aún con toda la buena voluntad que la afectividad propicia, con frecuencia dentro

del entorno familiar se refuerzan muchos comportamientos disfuncionales y, en oportunidades, se controlan coercitivamente conductas fisiológicas en función de parámetros socio moral. Por todo lo expuesto se entiende, en el caso que ocupa el presente informe, como en el desarrollo y mantenimiento de las conductas autodestructivas, están inmersos elementos conflictivos que en buena medida pueden ser provenientes del entorno familiar o, al menos, dicho entorno pudiese reforzar inadecuadamente al ser partícipe emocional de las consecuencias biológicas y sociales que estos comportamientos generan. El adecuado apoyo familiar, sustancialmente dirigido al reforzamiento de conductas funcionales, es de alta importancia terapéutica para el paciente autodestructivo, así pues resulta altamente conveniente la adecuada orientación y entrenamiento en todo lo concerniente a procedimientos y técnicas conductuales.

- Intervención en prevención de recaídas: Es importante enseñar al paciente a discriminar qué tipo de situaciones, pensamientos, conductas, sentimientos y estados de ánimo de alto riesgo existen en su entorno que puedan facilitar una recaída. Por otro lado es importante enseñar al sujeto a no hacer de una eventual recaída un absoluto fracaso y descalificación hacia la ausencia de voluntad de su parte, por el contrario, se debe siempre reforzar los logros obtenidos, hacer los señalamientos de las estrategias conductuales que resultaron de beneficio y aprender de los errores cometidos

## CONCLUSIÓN

Son diversas las afecciones que originan una conducta autodestructiva en el sistema de salud de la persona que la presenta. En una perspectiva biológica la mayoría de las conductas autodestructivas atentan contra el equilibrio fisiológico o colocan en riesgo el mismo. En casos como el alcoholismo, el consumo de drogas o los trastornos alimenticios es muy evidente el daño. En otros casos como la adicción sexual o la laceración exagerada de la piel, de manera indirecta se facilitan posibles consecuencias dañinas.

Independientemente del aspecto biológico, las conductas autodestructivas son generadoras de infelicidad en el individuo, y en la mayoría de los casos este está consciente de lo peligroso del comportamiento como tal, no obstante, la limitación de estrategias conductuales ante situaciones de conflicto, la presencia de cogniciones irracionales hacia su persona y la desestabilización emocional que pueda presentar en un momento dado, conducen a la evasión de este malestar lo cual, unido a las posibles gratificaciones inmediatas que pudiese obtener tanto en un plano biológico, como psicológico y social, lo condicionan a una adicción difícil de desprender que inclusive a veces termina con el suicidio.

La Psicología de Enlace dentro de un sistema de salud donde lo médico y lo comunitario buscan su integración, permite hoy en día una atención mucho más integral gracias a una mejor comprensión de las aristas que sustentan y a la vez se desprenden de las conductas autodestructivas. Se hace necesario en una adecuada terapia integral, involucrar al entorno inmediato del paciente así como hacer más sensible a la comunidad en general en cuanto la comprensión de la problemática social inherente, a veces como elemento causal y a veces en cuanto a las consecuencias negativas que se desprende y que en nada beneficia a la persona víctima de su propia autodestrucción.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**American Psychiatric Association. (1994) DSM IV**

**Caballo, Vicente. (1997) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo Veintiuno de España Editores.**

**Claude- Pierre, Peggy. (1997) Alerta! Anorexia y Bulimia. Javier Vergara Editor**

**Esqueda, L. Escalante, G. D'Anello, S. Barreat, A. Y. D'Orazio, A. (2006) Aportes a la Psicología Social de la salud. Publicaciones Vicerrectorado Académico CODEPRE**

**Mann, J.J (2003) Neurobiology of suicidal behavior. Nature Reviews Neuroscience**

**Moles, Juan José (2007) Asesoramiento Clínico. Editorial Greco**

**Morales Calatayud, Francisco (1999) Introducción a la Psicología de la Salud. Editorial Paidós**

**Olivares, Espada, Méndez. (2007) Terapia Psicológica. Ediciones Pirámide.**

**Sarason, Irwing (1996) Psicología Anormal. Editorial Interamericana.**

## LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aragón en Moles, Juan José (2007) Asesoramiento Clínico. Editorial Greco

Claude- Pierre, Peggy. (1997) Alerta! Anorexia y Bulimia. Javier Vergara Editor

Esqueda, L. Escalante, G. D'Anello, S. Barreat, A. Y. D'Orazio, A. (2006) Aportes a la Psicología Social de la salud. Publicaciones Vicerrectorado Académico CODEPRE

González Franco, Lucero (2006) [www.psicologia-online.com/articulos/2006autodestructivo.shtm](http://www.psicologia-online.com/articulos/2006autodestructivo.shtm)

[manesweb.8k.com/42.htm](http://manesweb.8k.com/42.htm)

Organización Mundial de la Salud (1979)

[plannetparnthood.org/.../autoestima.htm](http://plannetparnthood.org/.../autoestima.htm)

Revista ARBIL, N° 74 “La adicción desconocida: sexo”

Ribes, en Morales Calatayud, Francisco (1999) Introducción a la Psicología de la Salud. Editorial Paidós

[www.psicostasis.com/Rev01\\_clip\\_image\\_002.gif](http://www.psicostasis.com/Rev01_clip_image_002.gif)



