

EL MANEJO DEL PACIENTE SUICIDA

Mercedes Esmirna Rios Bustos

RESUMEN

El suicidio se puede definir como toda muerte que resulta mediante o inmediatamente después de un acto realizado por la víctima misma.

A lo largo de la historia, han existido diferentes interpretaciones para este fenómeno, y en las últimas décadas del siglo precedente e inicios del actual, se ha convertido en un tema preocupante dado la incidencia cada vez mayor.

En este trabajo se revisa el análisis de los aspectos psicodinámicos que es de gran ayuda para evaluar cuando y de que manera es posible actuar psicoterapéuticamente con estos pacientes. Así mismo, el alcance de un mejor manejo contra-transferencial del psiquiatra ante el suicidio.

Palabras Claves: *Suicidio, prevención, manejo psicoterapéutico.*

The suicidal patient handling

SUMMARY

Suicide can be defined as the death resulting from, or immediately following an act carried out by the victim upon him or herself. Throughout history there have been different interpretations of this phenomenon. In the last decades of the previous century and at the onset of the new one, suicide has become a critical issue due to the increasing incidence.

The analysis of psychodynamic aspects can be helpful to evaluate when and how we can take psychotherapeutic action with suicidal patients. It also, would be a better countertransference approach taken by the psychiatrist.

Key Words: *Suicide, prevention, handling psycho therapeutic.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL 22 DE MAYO DEL 2007 Y ACEPTADO EL 10 DE OCTUBRE DEL 2007.

INTRODUCCIÓN

El término suicidio se entiende como toda muerte que resulta mediante o inmediatamente después de un acto realizado por la víctima misma.

En algunas sociedades guerreras de la antigüedad, cuyos dioses eran los de la violencia y cuyo ideal era el valor, a menudo se contemplaba al suicidio como una bendición, como es el caso de los normandos y druidas que exaltaban a este acto como un principio religioso¹.

En Grecia, Homero registra el suicidio sin comentarios, como algo natural y generalmente heroico; y hasta donde llegan los testimonios, los griegos solamente se quitaban la vida por las mejores razones imaginables: dolor, elevados principios patrióticos o para evitar la deshonra.

Para los estoicos, el ideal era más vago y más digno, el de vivir de acuerdo con la naturaleza. Cuando la vida parecía no estar de acuerdo con ello la muerte aparecía como una elección racional.

Para los romanos, era contemplado como una forma cuidadosamente considerada y escogida, que correspondiera a la forma en que habían vivido. Vivir noblemente significaba también morir noblemente y en el momento preciso, y esta gran racionalidad tuvo tal alcance que la multitud para entretenerse no se satisfacía con nada menos que la muerte^{2,3}.

Esto presenta una paradoja, mientras que en el politeísmo, intelectualmente absurdo de la Época Antigua, constituye un obstáculo efectivo para la comprensión científica, produce también en forma contraria, tolerancia, respeto por la libertad individual y un espacio vital civilizado.

El monoteísmo en contrapartida trata al mundo como un todo sistemático, unció e inteligible, sin embargo sus consecuencias son: el dogmatismo, el fanatismo y la persecución.

En un inicio, los primeros cristianos mostraron la misma indiferencia hacia la muerte, el suicidio era un tema tan neutral que Tertuliano, uno de los más fervorosos Padres de la Iglesia consideraba la propia muerte de Cristo como una especie de

suicidio, llegando a sentir que cuanto más abundante era la vida, mayor tentación al pecado. La muerte, por lo tanto, era una liberación que se esperaba o se buscaba con impaciencia siendo incontables los mártires en esa época.

Es en el Siglo XI en que este acto es considerado pecado mortal contra Dios que nos ha dado la vida, utilizándose el Sexto Mandamiento “no matarás” como única autoridad bíblica para frenar a este fanatismo al suicidio y al martirio. Por tanto, lo que comenzó como una medida preventiva, terminó siendo un cambio de carácter universal^{4,5}.

Un acto, que durante el primer florecimiento de la civilización occidental había sido tolerado, luego admirado y más tarde incluso buscado como supremo signo de fanatismo, se convirtió finalmente en objeto de profunda repulsión moral cristiana.

Para cambiar eso, hizo falta la contrarrevolución científica, en donde el suicidio pasa al mundo de la ciencia por considerarlo parte de las enfermedades mentales y no en el ámbito de lo moral⁶.

ASPECTOS ESTADÍSTICOS

Los estudios científicos sobre este fenómeno se generaron en mayor cantidad a partir de la década de los veinte del siglo pasado.

Tales estudios han mostrado que el porcentaje de suicidios afectivos crece con la edad y alcanza su nivel máximo entre los 55 y los 65 años. Los suicidios de los ancianos constituyen el 25% del total, aunque ellos sólo componen el 10% de la población. La tasa de suicidios en los mayores de 75 años supera más de tres veces la de los jóvenes.

Los jóvenes son los que cometen más intentos, estando la máxima actividad entre los 25 y los 44 años. Aunque la tasa entre los jóvenes está aumentando, sobre todo en los varones con edades comprendidas entre los 15 y 24 años. Hoy en día, la mayor parte de los suicidios se producen entre los 15 y 44 años. Este fenómeno está más extendido en las ciudades que en el campo.

Son más frecuentes en primavera-verano, aunque no es privativo del calor, el frío violento tiene el mismo efecto.

Es más común en los varones, aunque las mujeres intentan suicidios más frecuentemente que los hombres.

Además, se ha reportado que es más frecuente entre solteros que entre casados.

Este fenómeno se ha convertido en una pandemia cada vez más alarmante, con una frecuencia mayor en niños y adolescentes.

Para el año 2020 se espera que la primera causa de morbilidad sea la depresión, con el consiguiente aumento del riesgo suicida^{7,8}.

ASPECTOS PSICODINÁMICOS

Freud describe al duelo como un estado de ánimo doloroso con una cesación del interés por el mundo externo como reacción a la pérdida real del objeto erótico. Y a la melancolía como una reacción con un contenido más amplio ya que constituye una excelente ocasión para hacer surgir la ambivalencia de las relaciones amorosas⁹.

Posteriormente Menninger, con un enfoque ya claramente objetual analiza como son propensas al suicidio aquellas personas que encubren amplias y poco dominadas cantidades de hostilidad inconsciente. Asimismo, Freud señala que muchos suicidios son asesinatos encubiertos, en donde el hombre se mata y mata simbólicamente al que acusa de haber envenenado su vida, implicando en esto un gran sentimiento de ira.

Además, complementariamente el suicida busca y cree encontrar en el acto suicida la unificación con el objeto, debido a que constituye para él un medio único para reunir y fusionar la libido y la agresividad que el enfermo no pudo fundir en su relación objetual. Para la psicología moderna, el objeto interno—ser humano significativo por algo en nuestra vida—, es lo que nos hace actuar de determinada manera.

ASPECTOS CLÍNICOS

La predicción clínica del riesgo suicida requiere de una combinación de intuición y experiencia que permita identificar durante la entrevista psiquiátrica variables clave de alto riesgo, como pueden ser:

- Intentos suicidas previos.
- Antecedentes familiares suicidas.
- Historias de “acting outs” (término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de las actividades de un sujeto, en contraste relativo con los sistemas de motivación, habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto- o hetero agresiva) como forma principal de expresión de la ansiedad.
- Ausencias de apoyo familiar o social.
- Pérdidas significativas.
- Hostilidad.
- Culpa Intensa.
- Anhedonia.
- Padecimientos afectivos bipolares con refractilidad de tratamientos previos.

Una constelación frecuente es la presencia de la conducta automutilante crónica en pacientes con personalidad predominantemente infantil y es frecuente la presencia de la conducta automutilante con organización límite de la personalidad. Con una exploración adecuada estos intentos están destinados a establecer o reestablecer un control sobre el entorno al evocar sentimientos de culpa en los demás, por ejemplo: la ruptura con la pareja sexual o cuando los padres se oponen frecuentemente a los deseos del paciente.

Un tipo de conducta mucho más grave es el que Kernberg llama Narcisismo Maligno^{10,11}. Aquí la estructura de la personalidad predominantemente narcisista funciona con una organización psicodinámicamente límite con una infiltración de agresión en el sí mismo grandioso patológico que caracteriza a la personalidad narcisista que hace que experimenten estos pacientes una autoestima y confirmación de su grandiosidad aumentadas cuando pueden expresar la agresividad hacia sí mismo o los demás. (Algunos pacientes con anorexia nervosa pertenecen a este subtipo).

Un tercer tipo está presente en ciertos trastornos atípicos crónicamente psicóticos que imitan los trastornos límite. Se pueden incluir aquí aquellos pacientes que intentan el suicidio bajo el efecto de delirios persecutorios o demandas alucinatorias. De hecho, se han visto pacientes que abrigan delirios de que están condenados a morir o tienen órdenes de matarse.

Por lo que a la contra-transferencia se refiere, el psiquiatra que parece reaccionar sólo con dolor y preocupación ante el paciente suicida está negando su propia contragresión o identificación proyectiva. El terapeuta debe ser capaz de empatizar con la excitación de la agresión autodirigida del paciente, con su anhelo de paz, su placer de vengarse contra los demás significantes, con su deseo de escapar de la culpa, para poder permitir al paciente explorar estos problemas abiertamente en el tratamiento^{10,11}.

INDICACIONES DE LA PSICOTERAPIA

En caso de alto riesgo suicida, el manejo prioritario es mantener al paciente bajo una vigilancia estrecha, utilizando concomitantemente un método físico, químico o mecánico. Utilizar únicamente métodos psicológicos sería tan absurdo e irrazonable como omitirlos por completo; aunque los métodos psicológicos deben también intervenir porque poseen una eficacia tal vez poco comprendida.

Si el paciente acepta que está enfermo y que es un peligro para sí mismo y los demás, y que hay un deseo de curarse con o sin tratamientos complementarios, es posible actuar psicoterapéuticamente.

En una primera fase de la psicoterapia se deberá:

- Brindar una relación sumamente maternal que sirva de soporte (contención) durante la crisis.
- Ser directo y firme ante decisiones irracionales del paciente.
- Dejar las acostumbradas técnicas de reflexión y libre asociación, tomando en su lugar la entrevista dirigida.

Posteriormente, cuando ya la crisis ha pasado podemos abocarnos a tres elementos Psicodinámicos: el agresivo, el autopunitivo y el libidinal.

- A. En el agresivo nuestro objetivo será disminuir la agresión, siendo necesario que esta autodestructividad sea reconocida por el paciente para alejarla del propio Yo mediante el

desplazamiento.

- B. El autopunitivo, el Yo consciente vive en una realidad cambiante y se adapta a este mundo. El Super Yo permanece fijado en su forma original determinada por las reglas en uso de la época de su formación, por lo que hay que aliviar la rigidez de esta estructura y fortalecer al Yo del paciente.
- C. El realce libidinal: Nada inhibe tanto al narcisismo como el amor, y de ninguna fuente podemos esperar mayores resultados de mejoramiento que en la desviación de este amor o realce libidinal desde su auto inversión hacia su propia proyección en objetos externos, llámense amigos, trabajo, familiares, etc. que ofrezcan un sentido que fomente la auto responsabilidad existencial del paciente^{10,11}.

LA RESPUESTA DEL PSIQUIATRA ANTE EL SUICIDIO

Es necesario tener presente que con todos o ninguno de estos recursos se puede asegurar que el paciente suicida no termine con su vida. El psiquiatra debe recordar que en el riesgo suicida no puede tomar él toda la responsabilidad de la vida del paciente por largos períodos de tiempo sin que ellos mismos se responsabilicen de ésta, o en caso de estar hospitalizado, de compartir esta responsabilidad entre el personal a cargo de la atención paramédica hospitalaria.

En caso de un suicidio consumado bajo tratamiento psiquiátrico, se debe re-evaluar su manejo, y se puede establecer que ninguna terapia es omnipotente. Por el momento, no hay un tratamiento que impida a alguien decidido a terminar con su vida, aunque las modalidades existentes sólo son capaces de interrumpir temporalmente la conducta suicida^{10,11}.

PREVENCIÓN

La presencia, tanto de la depresión como del suicidio, es cada vez más alarmante por su frecuencia, y por su incapacitación tanto en la productividad como en la vida social y personal de quienes la padecen, al grado que para el año 2020 se espera que sea precisamente la depresión el primer trastorno de morbilidad^{7,11-13}.

Una medida importante es la difusión de este padecimiento como un trastorno de la afectividad que se trata médicamente y que es curable, así como la promoción de los espacios donde manejen profesionalmente este padecimiento.

También, la sensibilización y facilitación tanto a la población en general como a la estudiantil a usar espacios que promuevan la autoestima, la creatividad y la integración familiar, así como los destinados a diversas actividades artísticas o deportivas, espacios importantes que fortalecen la salud mental de quienes los utilizan.

No es casual que Santiago Genovés¹⁴, reconocido investigador sobre la violencia, en una entrevista televisiva transmitida en mayo del 2001 por Canal 22 señalara:

“Es muy importante la integración de la educación artística en la formación de los niños y jóvenes ...Educación, educación y más educación y predicar con el ejemplo...” para contrarrestar la violencia mundial en todas sus expresiones”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bakalar J., Baldessarini Ross y otros autores. The New Harvard Guide to Psychiatry. Ed. Armand M. Nicholi, Jr. M.D. 1988: 309-337.
2. Kaplan Harold, Sadock Benjamin J. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. 2000. Págs., 983-987: 983-987.
3. Freedman Alfred M., Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J. Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Ed. Salvat Editores. 1982: 1950-1962.
4. Menninger K. El hombre contra sí mismo. Ed. Península. 1972.
5. Girard R. La violencia y lo sagrado. Ed. Anagrama. 1995.
6. Laplanche J., Pontalis Jean-Bertrand. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor. 1983.
7. INEGI 2005. Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad General.
8. Durkheim E. El suicidio. Ed. UNAM. Nuestros Clásicos. No. 39. 1974.
9. Freud, S. Duelo y Melancolía. Obras Completas. Cap. XCIII. Ed. Biblioteca Nueva. 1981: 2091-2100.
10. Kernberg, O. Transtornos graves de la personalidad. Ed. Manual Moderno. 1987: 229-248.
11. Kernberg O. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Ed. Paidós. 1985.
12. Benjamin W. Para una crítica de la violencia. Ed. Taurus. 1998.
13. Tecla A. La antropología de la violencia. Ed. Taller Abierto. 1995.
14. Genovés S. El mundo de la violencia. Ed. F.C.E. 1998.