

Consideraciones terapéuticas y bioéticas sobre el acto suicida

Rafael P. Alarcón Velandia.

Médico Psiquiatra, MSP, Master en Psicogeriatría. Profesor Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Tecnológica de Pereira.

Resumen

El presente trabajo es un ensayo corto sobre el acto suicida desde la perspectiva bioética que abarca diferentes enfoques para la comprensión del proceso de autólisis y las modalidades del qué hacer terapéutico. Brinda una visión de aspectos epidemiológicos del suicidio y de los mitos que lo acompañan.

Palabras claves: suicidio, mitos, terapéutica

Recibido para publicación: 31-05-2005

Aceptado para publicación: 19-08-2005

El estudio de la agresión hacia sí mismo, mediante el acto suicida, no será nunca nuevo ni terminal. El hombre a través de su historia ha acometido el suicidio en diversas formas, bajo diferentes circunstancias y por variados motivos, pero es claro que, siempre lleva implícito la actitud y el sentimiento de hostilidad hacia el mundo externo del suicida, al cual culpabiliza conscientemente o inconscientemente de avasalladoras fuerzas agresivas, eludiendo la responsabilidad yoica de catalizar sus diferentes pulsiones instintivas en relación con los valores que le rigen.

El acto suicida puede ser considerado como causa, medio o fin, de acuerdo a la concepción que se tenga de la vida y la muerte, pero en cualquiera de estas circunstancias, es el aniquilamiento del mundo externo el objetivo del suicida. Matarse para matar dentro de sí a los demás y lo que lo rodea, es la constante que se observa en el análisis clínico de los intentos de suicidio. Se podrá aducir múltiples factores precipitantes de la crisis, los cuales se transforman en el evento fantasioso y justificable de la auto agresión, escudando así la verdadera responsabilidad, como es la debilidad de su estructura yoica, la cual obra como el factor esencial predisponente del acto suicida. A su vez, los conflictos interpersonales derivados de su relación con su medio externo, aparecen como factores contribuyentes y precipitantes del acto suicida.

En el momento de nuestra historia contemporánea el acto suicida se está comportando como un estado endémico creciente, originando un problema de responsabilidad asistencial, bioética y social. El suicidio contribuye con el 0,5 al 2% del total de la mortalidad general y según la OMS es la 11ª causa de defunción

en el mundo. En los países en desarrollo la población entre los 15 a 45 años es la de mayor intento de suicidio con factores de riesgo como la pobreza, el desempleo, las dificultades conyugales tempranas, la pobre educación y los impactos de los diferentes tipos de violencia. En los países industrializados, la población mayor de 65 años es la de mayor riesgo de suicidio, tanto del suicidio activo como del silente por abandono, y se identifican como causas la soledad, el aislamiento, el padecimiento de enfermedades orgánicas graves y neurodegenerativas, la depresión de inicio tardío.

En un estudio de Alarcón R. y Escobar U, en el año de 1989-1990 en la ciudad de Pereira con 752 personas con intento de suicidio y 35 suicidios consumados encontramos como características las siguientes:

- Mujeres entre los 15 a los 45 años, casadas, maltratadas por la familia o cónyuge, desempleadas o dedicadas a oficios domésticos, con problemas de personalidad pasivo-dependiente, con primaria o secundaria incompleta.
- Hombres entre los 18 a los 55 años, solteros, viudos o separados, inestables en sus relaciones afectivas, desempleados o con empleos parciales, con primaria o secundaria incompleta, agresivos y con conductas agresivas y baja tolerancia a la frustración.

Karl Menninger amplió el concepto de la hostilidad del suicidio, incluyendo en él el deseo de matar, el deseo de ser asesinado y el deseo de morir. Otros sentimientos constituyen un factor predominante en el acto suicida, como es la desesperanza extrema, la intolerancia, la vergüenza, la dependencia devastadora, una indefensión intensa, la culpa y el autoreproche, la ambivalencia afectiva, así como la tristeza y la depresión. Además el sentirse fracasado, odioso, destructivo, rechazado o aislado.

Desde el punto de vista del psicoanálisis se discute si en el paciente suicida tiene un fuerte instinto de autoagresión que culmina con la muerte, o por el contrario, hay tendencias hostiles y agresivas contra la estructura Yoica, provenientes del Súper YO que castiga y refuerza la hostilidad contra sí mismo.

En el suicida hay una expresión de odio contra su entorno, del cual tiene necesidad de aprobación y de amor, al cual acusa de su fracaso y de no satisfacer sus necesidades. Desea matar sus deseos y producir sentimientos de piedad y culpabilidad.

Shneidman ha descrito tres características generales del acto suicida:

- 1- La etapa de la consideración: es una posibilidad para resolver los conflictos; hay un estrechamiento del campo de la conciencia y de las funciones cognoscitivas, con un sentimiento de incapacidad para afrontar los retos de la vida. Se presenta una crisis aguda con una gran predisposición letal, es típicamente de corta duración y puede ser altamente autodestructiva.

- 2- La etapa de la ambivalencia: se suceden intensos conflictos entre los deseos de vivir o morir, entre tendencias conservadoras o destructivas; se angustian y somatizan, buscando ayuda médica o dejando indicios preverbales conductuales.
- 3- La etapa de la decisión: se ha elaborado la idea suicida o se ha desechado. En el primer caso, hay calma y distensión, comenzando los actos preparatorios.

Litman y Farberow idearon un método para calcular el potencial autodestructivo, basado en:

- El momento que ha surgido la conducta autodestructiva
- Las circunstancias externas de agresión
- Antecedentes de cambios recientes de personalidad
- La historia de conductas autodestructivas por períodos prolongados de tiempo.
- Los métodos que utiliza para autolesionarse
- Las pérdidas recientes de objetos amorosos
- El impacto de las enfermedades médicas o psiquiátricas
- Indicios de depresión o trastornos graves de personalidad
- Los procesos adaptativos

Según Shneidman hay una serie de mitos con respecto al suicidio:

Mito Uno: Las personas que hablan del suicidio no se suicidan. Hecho: 8 de cada 10 personas que hablan del suicidio lo realizan.

Mito Dos: El suicidio tiene lugar sin advertencia previa. Hecho: las personas generalmente dejan indicios de su ideación suicida.

Mito Tres: la gente que se suicida está plenamente convencida que desea morir. Hecho: la mayoría es ambivalente con el acto suicida.

Mito Cuatro: la persona que es suicida sigue siéndolo toda su vida. Hecho: los que desean matarse solamente lo hacen en períodos específicos de la vida.

Mito Cinco: la mejoría que suele producirse después de un intento de suicidio significa que el riesgo ha desaparecido. Hecho: la mayoría de los suicidios ocurren entre 3 a 6 meses de la mejoría, cuando hay suficiente energía para poner en práctica las ideas y sentimientos suicidas.

Mito Seis: el suicidio es de una clase socioeconómica específica. Hecho: el suicidio tiene una representación proporcional en todos los niveles sociales.

Mito Siete: El suicidio se hereda o tiene un patrón familiar. Hecho: es un patrón individual.

Mito Ocho: todos los suicidas son enfermos mentales, especialmente depresivos o psicóticos. Hecho: la mayoría no padecen enfermedades mentales graves.

Mito Nueve: la religión es un freno contra el suicidio. Hecho: en todas las religiones se suicidan en alta proporción.

Mito Diez: Los niños no se suicidan. Hecho: ha aumentado la proporción de niños que se suicidan.

Mito Once: no hay que plantearle al paciente la cuestión del suicidio, porque podría imbuírsele la idea suicida. Hecho: la ideación suicida no es fortuita.

¿EL QUE HACER?

Como profesionales de la salud, frente a la persona que intenta el suicidio nos confronta con nuestra información y concepción determinista de “salvar vidas” y constituye un cuestionamiento a nuestra actitud inconsciente de nuestro rol omnipotente; “esta agresión” es vivida con resentimiento, ambivalencia y se manifiesta a través de actitudes hostiles hacia el paciente agresor. Enfrentar la muerte de los demás, especialmente del suicida, es cuestionar nuestros pensamientos, sentimientos y actitudes sobre nuestra propia muerte. Por lo tanto, es indispensable prepararnos a nivel individual y colectivo para asumir la responsabilidad que nos plantea la constante y progresiva demanda de personas que intentan suicidarse.

El ¿Qué Hacer? nos plantea en la práctica de la bioética una serie de interrogantes como ¿intervengo o no?, ¿de qué manera lo hago?, ¿Impongo mis valores y mis creencias? ¿Bajo qué consideraciones de vida y muerte actúo?

“La sociedad en general está organizada de tal forma que se opone al suicidio por ser éste la antítesis de la conservación de la especie y a la vez censura en virtud de la conservación del principio de la autoridad patriarcal que no permite la vida o la muerte al antojo; es en otras palabras, es la autoridad paternal biológica y social” según lo expone Sánchez Medina.

Algunos psicoanalistas aducen que “el suicidio es el triunfo de la muerte sobre la vida, el temor a la misma, y el abandono total de las relaciones humanas. La muerte, en forma de suicidio, es el dominio y manejo omnipotente del mundo externo, es la reunión con lo perdido, es el reencuentro con la paz, es el renacimiento y la superación de la culpa por el autocastigo. En el suicidio se movilizan todos los conflictos básicos de la vida del hombre y es muy difícil encontrar cuál es el motivo único o conductor que se esconde detrás del suicidio”.

Para otros psicoanalistas, el suicidio “es una solución del conflicto neurótico del orgullo y el odio a sí mismo; la necesidad de venganza y de triunfo por una parte, y por otra, los sentimientos de desolación, abandono y desesperanza contribuyen a desear recuperar el orgullo y el honor en la solución fantástica, mágica y pobre con la muerte”.

Conocer la psicología del suicida, la estructura de su personalidad, su capacidad de adaptación ante las situaciones de demanda, su entorno y las relaciones con él. Este conocimiento debe permitirnos desarrollar tareas en el área preventiva, asistencial y de rehabilitación.

El Qué Hacer podemos sintetizarlo así:

- 1- Valore las circunstancias del acto suicida:
 - a- Factores precipitantes personales e interpersonales
 - b- Espacio y tiempo del acto suicida
 - c- Métodos del acto suicida
 - d- Elementos de apoyo
 - e- Conductas hostiles o manipulatorias

- 2- Determine factores contribuyentes y predisponentes del acto suicida:
 - a- Estructura de personalidad
 - b- Procesos del pensamiento
 - c- Expresión de sentimientos
 - d- Control de impulsos y conductas
 - e- Tolerancia a las frustraciones
 - f- Capacidad de aplazar satisfacciones
 - g- Tolerancia al dolor físico y psicoemocional
 - h- Estado de las funciones cognoscitivas
 - i- Modelos de relaciones interpersonales
 - j- Procesos adaptativos y de acomodación
 - k- Conflictos de su entorno y el afrontamiento de los mismos
 - l- Las pérdidas objetales amorosas

- 3- La reconstrucción de los significados:
 - a- Del Yo
 - b- Del sentido de la vida
 - c- De los procesos de contención
 - d- Del aprendizaje de la pérdida
 - e- De la movilización de valores y potencialidades
 - f- Del proyecto de vida
 - g- Del amor y las relaciones objetales

Bibliografía recomendada

- 1- Robert A. Neimeyer: Aprender de la Pérdida, Edit. Paidós, Barcelona, 2002
- 2- Lorraine Sherr: Agonía, Muerte y Duelo, Edit. Manual Moderno, México, 1992
- 3- Adolfo De Francisco Zea: Sobre Ideas de Vida y Muerte, Academia Nacional de Medicina, Bogotá, 2001.
- 4- Dalai Lama: El Arte de Vivir en el Nuevo Milenio, Edit. Grijalbo, Barcelona, 2002.
- 5- Kernberg O. F. Trastornos Graves de Personalidad, Edit. Manual Moderno, México, 1987.
- 6- Caruso Igor: La separación de los Amantes, edit. Siglo XXI, Bogotá 1969.
- 7- Sánchez Medina Guillermo: Amor, Odio y Perversión, Edit. Tercer Mundo, Bogotá, 1969.
- 8- González Velásquez Mario: La Cohesión Del Self, Edit. Guadalupe, Bogotá, 1993.
- 9- Frankl Víctor: El Hombre en Busca de su Sentido, Edit. Herder, Barcelona, 1968.
- 10- Bellak y Small: Psicoterapia Breve y de Emergencia, Edit. Pax, México, 1980.
- 11- Alarcón Rafael, Escobar Uriel: Características del Acto Suicida en Pereira y Modelos de Intervención Terapéutica, Reporte de Investigación, Pereira 1989-1992.
- 12- Leonardo Tondo, Ross J. Baldessarini. Suicide: Historical, Leonardo Tondo and Ross J. Baldessarini .WWW. Medscape/com 2002
- 13- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:327-338.
- 14- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona: Masson, 4ª ed; 1998.