



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

## **FACTORES DESENCADENANTES DEL SUICIDIO CONSUMADO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SEIS CASOS (\*)**

Aquilino Polaino-Lorente.  
*Catedrático de Psicopatología. UCM*

### **¿Estudios retrospectivos o autoinformes?**

Parece demasiado atrevimiento, por parte del autor de estas líneas, traer a este Congreso un tema tan proteico y complejo, precisamente, como el estudio de los factores desencadenantes del suicidio consumado. Este atrevimiento, sin embargo, podría estar fundamentado, si consideramos que de la identificación y apresamiento de esos factores, en cierta medida podría depender la mayor o menor eficacia de algunos de los recursos preventivos con que hoy cuenta el clínico que trata a pacientes de alto riesgo. Ciertamente, un estudio del suicidio consumado como éste, forzosamente ha de llevarse a cabo según procedimientos retrospectivos cuya fiabilidad y validez, por otra parte, vienen siendo calificadas, desde antiguo, como problemáticas.

Dadas las circunstancias que concurren en el estudio de los seis casos que a continuación se ofrece, considero que no puede descartarse el empleo de los procedimientos retrospectivos, a pesar de lo cuestionables que puedan ser la fiabilidad y validez de los datos obtenidos a su través. Y ello, porque el término "suicidio consumado" ha sido aquí ampliamente probado: se trata de seis personas que se quitaron voluntariamente la vida y cuya certificación de consumación del suicidio se hizo en el Servicio Anatómico Forense, a la luz de los resultados ofrecidos tras las pertinentes autopsias.

Es cierto que la fiabilidad y validez de los estudios retrospectivos ha sido puesta en duda por algunos autores. Pero es necesario también que seamos

(\*) Ponencia presentada en el I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Zaragoza, 1-3 de octubre de 1992.

igualmente rigurosos y críticos respecto de la fiabilidad y validez que se suponen a los estudios prospectivos. En realidad, el tema del suicidio siempre tiene que realizarse desde un confuso y ambiguo momento "a posteriori", ya que antes de que el acto suicida se lleve a término sólo puede realizarse una investigación conjetural. En todo caso, el estudio de la intencionalidad —que tanto importa para desvelar la naturaleza de los factores desencadenantes de tal acto— resulta siempre hartamente comprometido. De las intenciones nadie puede juzgar por ser lo más íntimo al sujeto y, por consiguiente, estar sumergido en lo más recóndito e inefable de la persona humana. De otra parte, las investigaciones retrospectivas implican el tener que contar con fuentes de información diferentes al del propio sujeto, entre otras cosas, porque los muertos no hablan. A pesar de esto, sí que podemos atenernos a la información suministrada por familiares, por amigos y el seguimiento de la historia clínica de esos pacientes, cuando de ella se dispone, puede ser completado precisamente con estas informaciones adicionales. Los dos hechos anteriores pueden contribuir, sin duda alguna, a hacer un poco más rigurosas estas investigaciones retrospectivas. Este es el caso que nos ocupa.

Por consiguiente, hay que afirmar que la metodología retrospectiva en el estudio del suicidio no es tan débil o poco rigurosa como en algún lugar se ha afirmado. Si se dispone de la historia clínica de los pacientes y se investigan las fuentes de información más próximas a esos pacientes —no sólo a través de los familiares, sino también del psiquiatra que le estaba tratando—, es muy probable que con un aceptable sesgo de error pueda reconstruirse la historia motivacional en que se integran los factores desencadenantes que tal vez pudieron condicionar la aparición, en las últimas horas, de la conducta suicida.

Procediendo así, se disminuye el riesgo de hacer inferencias erróneas acerca de los factores desencadenantes que potencialmente pusieron en marcha o dispararon la conducta suicida que puso término a su vida. Se habla aquí de "disparadores" para significar aquellos factores que sin ser propiamente causales han tenido, sin embargo, una importantísima carga en la decisión o incluso en la misma ejecución del comportamiento suicida.

El argumento anterior creo que puede dar una explicación hartamente suficiente en relación con algunos de los aciertos que, de proceder así —con la cautela y prudencia que aseguran los requisitos de que se acaba de informar—, pueden derivarse de los estudios retrospectivos.

Por otro lado, las investigaciones basadas en los *autoinformes* de los sujetos que habiendo hecho un intento suicida no han conseguido consumar sus intenciones, hay que decir que también su fiabilidad resulta endeble. Es muy posible que entre las personas que intentaron el suicidio sin conseguirlo, sean frecuentes los informes en los que atribuyen su comportamiento a causas, cir-

cunstancias y situaciones, que en absoluto fueron tan importantes en aquel momento como luego, posteriormente, se nos quiere hacer entender. Dicho de otra forma: las explicaciones –a su modo también “a posteriori”– aducidas por las personas que intentaron suicidarse sin conseguirlo, se configuran muchas veces como inferencias erróneas y equívocas atribuciones que la imaginación ofrece o que su memoria evoca ahora con un nuevo y distinto propósito (para, de esta manera, ser mejor aceptado socialmente o tratar de legitimar racionalmente lo que en su día fue un acto impulsivo e irracional). Esto quiere decir que los estudios acerca del suicidio basados únicamente en los autoinformes de los sujetos que lo intentaron, están afectados también de numerosos sesgos y errores.

No se puede afirmar, por consiguiente, que la racionalización explicativa última del comportamiento suicida debamos buscarla en las personas que lo intentaron y no lo consiguieron. Junto a las “razones” aducidas, quedan otras muchas motivaciones espúreas, numerosas explicaciones sumergidas y muchas fuentes de insatisfacción –acaso no confesadas después de la frustración del acto suicida– que, probablemente, nunca se desvelen ni manifiesten. Es más, posiblemente más allá de la emisión de esos autoinformes permanezca agazapada todavía un importante depósito de circunstancias, de fuentes de información reservada y no manifestada, con cuyos retazos y desde las cuales probablemente se teja el próximo intento suicida, si éste llegara a producirse. Con ser muy importante esta información, sin embargo, casi nunca queda desvelada ni puesta de manifiesto en los autoinformes.

### **Los factores desencadenantes**

Hablar de factores desencadenantes supone una excursión o una incursión en un terreno un tanto resbaladizo de la lógica. Efectivamente, lo que desencadena una conducta no es en realidad un factor causal, pero tampoco puede reducirse al ámbito de los meros motivos o de las meras inspiraciones. Factores desencadenantes son aquellos que, como el propio término indica, activan, ponen en marcha o “disparan” una conducta que acaso ya estaba sumergida y anidaba en la intencionalidad de esa persona, pero que de no haber mediado ese factor, muy probablemente nunca se hubiera puesto en marcha aquella conducta.

Los factores desencadenantes, por consiguiente, están a mitad de camino entre los factores motivacionales y los factores causales. Ahora bien, cuando esos factores desencadenantes se ponen en boca del propio informante –la persona que intentó el suicidio–, es probable que sea dudosa su verosimilitud. Pues, como escribe Morón (1977), en esos casos el sujeto apela a estos facto-

*Aquilino Polaino-Lorente*

res desencadenantes para justificar incluso la legitimidad de un acto que de suyo es racionalmente ilegítimo.

El estudio de los autoinformes a veces demuestra que esas pretendidas racionalizaciones justificadoras –a pesar de aducir elementos más o menos comprensivos y relevantes para su legitimación– ocultan, enmascaran y sumergen, no obstante, la auténtica explicación de ese comportamiento suicida. En realidad, el comportamiento suicida resulta muy difícil de justificar, precisamente por el halo de irracionalidad que le envuelve. En este ámbito, por eso, las explicaciones casi nunca son satisfactorias.

De otro lado, el comportamiento suicida va coloreado de ansiedad, emociones, baja autoestima, autoconcepto negativo, etc., que contribuyen a hacer más complejas todavía las supuestas explicaciones que se ofrezcan. Si a ello añadimos que el concepto de muerte varía mucho de unas a otras personas, que la advertencia o conocimiento del significado del acto suicida casi nunca es completo, difícilmente podremos encontrar una explicación cabal, rigurosa y exacta del acto suicida.

Hay por otra parte, circunstancias vitales que suelen coincidir con estas situaciones que muchas veces son inconfesables y que median la conducta suicida. Es el caso, por ejemplo, de los sentimientos de culpa patológica o el sistema de ideas delirantes que acaso otro paciente esquizofrénico sufre en su propia personalidad y que, sin embargo, nunca se atreverá a manifestar como uno de los factores que más vehementemente le empujaron a poner en marcha su conducta suicida. Luego, una vez que aquélla se frustró, muy difícilmente se atreverá a mencionar la presencia de este factor.

Si a ello añadimos, por último, la concurrencia de otros muchos síntomas psicopatológicos, así como las circunstancias estresantes que suelen rodear a estas situaciones, muy fácilmente podríamos concluir que la conducta suicida “in nuce” es incognoscible e inexplicable en su esencia.

Después de estas líneas introductorias quiero solicitar la benevolencia de los lectores respecto de la audacia que en mí haya podido suponer el abordaje de este espinoso tema. El análisis retrospectivo de los seis casos que a continuación se mostrarán, tiene obvia, e inevitablemente, muchas limitaciones. Sin embargo, concurren dos circunstancias que acaso justifiquen el intento audaz y un poco imprudente del autor de presentarlo aquí.

En primer lugar, el haber podido conocer muy de cerca la historia clínica de esas seis personas –como pacientes a los que ha visitado él personalmente o alguno de sus colaboradores– e incluso a las personas a través de las cuales se han obtenido los datos concernientes a la presente investigación.

El haber estado en contacto directo con las personas fallecidas y la sinto-

*Factores desencadenantes del suicidio consumado...*

matología que padecía –así como el conocimiento de su diagnóstico clínico y evolución, durante los tres últimos años– nos permitió hacer algunas inferencias, que satisfacían plenamente los requerimientos metodológicos previamente establecidos.

Y, en segundo lugar, otra circunstancia concurrente en este estudio consistió en haber tenido un fácil y eficaz acceso a las personas, familiares y amigos que conocían al paciente, lo que permitió en algunos casos la parcial reconstrucción de la trama de los hechos más relevantes que acontecieron en las 48 últimas horas que precedieron a su muerte. Las dos circunstancias anteriores contibuyeron decididamente a la elección de este tema en la forma en que aquí se expone.

En las líneas que siguen describiremos muy sucintamente los seis casos y los factores desencadenantes –tal y como han sido inferidos en esta investigación– que presumiblemente influyeron desencadenando su actuación suicida.

### **Una estudiante de Medicina**

Observemos la exposición del primer caso. M. M. era una chica de 24 años de edad, soltera y estudiante de Medicina, que un lunes del mes de junio consumó el acto suicida por precipitación desde un paso a nivel sobre una de las autovías de salida de Madrid. Esta chica tenía antecedentes psiquiátricos; concretamente había estado en tratamiento por padecer de una psicosis maníaco-depresiva, tipo depresivo asociada a un trastorno explosivo de la personalidad (296.1 y 301, 3, del ICD-9, respectivamente).

La enfermedad había hecho que su rendimiento en los estudios universitarios de Medicina fuera un tanto irregular y que evolucionara negativamente durante los dos últimos cursos, en que repitió algunas asignaturas.

Entre sus antecedentes familiares, tal y como se encontraban anotados en la historia clínica del psiquiatra que la trataba, figuran los siguientes:

Procedía de una familia de clase media alta, con residencia en un barrio residencial de Madrid; sus padres eran universitarios. El padre padecía de depresión, de curso intermitente durante, aproximadamente, 15 años y había tenido dos intentos de suicidio. M. M. era la última de cuatro hijos (dos hermanas y un hermano), todos ellos universitarios; a excepción del último, que era varón, las dos hermanas menores tenían brillantes calificaciones o las habían obtenido.

El padre había tenido que cambiar tres veces de residencia por motivos profesionales, lo que supuso que esta paciente tuviera que cambiar también,

*Aquilino Polaino-Lorente*

en tres ocasiones, de colegio y amigas. Durante niña padeció de terrores nocturnos y de alteraciones del lenguaje, que más tarde superó.

La historia de su enfermedad afectiva se remontaba seis años atrás y desde el comienzo estuvo en tratamiento con antidepresivos, benzodiacepinas y psicoterapia de tipo grupal y de orientación psicoanalítica. En dos ocasiones había sido ingresada en el hospital, como consecuencia de haber intentado suicidarse. El tiempo promedio transcurrido entre las dos tentativas de suicidio fue de más de un año; el tiempo transcurrido desde la última tentativa a la tentativa consumada fue de aproximadamente dos años. Tanto en la primera como en la segunda tentativa empleó el mismo procedimiento: la intoxicación con psicofármacos.

Finalmente, en algunas circunstancias excepcionales, su comportamiento se tornó agresivo y delictivo. Según consta no había consumido nunca ni alcohol, ni hachís, ni marihuana, ni cualquiera otra droga. Las relaciones de la enferma con su grupo familiar eran hartamente conflictivas, especialmente con su padre y con su madre. Con sus hermanas y hermano eran de una total indiferencia, según informe de la paciente al médico que la trataba.

Durante el último año no hubo ningún trastorno económico en la familia ni tampoco conflictos entre los padres, ni apareció ninguna enfermedad grave en ningún miembro familiar, ni tampoco hubo cambio de domicilio o ciudad, ni aconteció ningún accidente digno de reseña. Durante los tres últimos meses había manifestado a su psiquiatra la incompreensión y la soledad en que se encontraba, especialmente porque sus padres no la querían tanto como a sus hermanas y a su hermano. De aquí que se sintiera incapacitada para afrontar la lucha por la vida, especialmente durante este último trimestre del curso, que para ella resultaba muy estresante por los exámenes que tenía que realizar.

Así, pues, había en ella una rotunda experiencia de fracaso existencial, de frustración y sentimientos de inutilidad, independientemente de que los estímulos suscitadores fueran o no verdaderos. Simultáneamente, se sentía culpable por el sufrimiento causado a su familia. Manifestó también tener muchas ideas de autolisis, lo que demostraba que tenía un enorme potencial cognitivo respecto de este núcleo temático, a la vez que un importante temor a la muerte. Este sentimiento de ambivalencia, de atracción hacia la muerte y a la vez repulsión a ella, era manifiesto.

La falta de motivos para vivir, así como el sentimiento de vergüenza y desprecio de sí misma, por atribuirse la responsabilidad del sufrimiento de sus padres, era un tema que la paciente manifestaba con frecuencia durante la psicoterapia de grupo. Tenía también una enorme necesidad de ayuda y de comuni-

cación. La profunda y bien asentada convicción de que sólo servía para hacer daño a los demás y de que hubiera sido mejor no nacer, llegaban incluso a torturarla.

Muchos de los datos anteriores los obtuvimos a través de los estudios retrospectivos, tanto de la historia clínica que su psiquiatra archivaba como de la información proporcionada por los padres y hermanos de la víctima.

Según parece, entre los factores desencadenantes que probablemente “dispararon” su comportamiento hacia el suicidio consumado, podríamos concretar como más relevantes los dos siguientes: en primer lugar, las malas calificaciones obtenidas en la convocatoria de junio de una estudiante de los últimos cursos de Medicina, en la que aparecían sentimientos enfrentados y en contraposición, tanto, respecto de sus padres –por comparación con las brillantes calificaciones de sus hermanos– como respecto de sí misma –por la enorme responsabilidad que se echaba sobre sus espaldas y que atribuía al ejercicio de la profesión médica en un futuro próximo.

Otro factor desencadenante –tal y como se infiere de la investigación realizada por vía retrospectiva–, parece que pudo ser la celebración de una fiesta en honor de una de sus hermanas, con la que la víctima se comparaba y de la que sentía celos por considerar que sus padres querían más a su hermana que a ella. Cinco días antes de la precipitación hubo un duro enfrentamiento entre la víctima y su madre, en el que se manifestaron estos sentimientos (M. M. se quejaba de que su hermana era la preferida, que era la que se llevaba todas sus atenciones, mientras que para ella nunca había tiempo y nunca había la posibilidad de hablar). Esto la madre lo manifestó espontáneamente al sentirse también muy culpabilizada, después del suicidio de su hija.

Hasta aquí los acontecimientos que hemos podido aislar como posibles factores desencadenantes del suicidio consumado de M. M. Si los comparamos con los factores desencadenantes referidos por la numerosa bibliografía disponible sobre este particular, comprenderemos mejor cuál es la relevancia y pertinencia de los datos.

Aunque, en esta edad, la incidencia de suicidio es muy superior en los varones que en las hembras –la proporción es de una mujer por cada 2 ó 5 hombres según numerosos autores como Gazinker y Colonbeck, 1983; Schony y cols., 1984; Kriski, 1985; Fernández de Fonseca, 1985, etc.–, no obstante, esos indicadores pueden invertirse tal y como han informado otros autores (Copa y Robin, 1982; Temitone y cols., 1981), cuando se estudia la incidencia respecto de la profesión de los pacientes.

Así, por ejemplo, se ha comprobado que en las mujeres estudiantes de Medicina, la tasa de incidencia de depresión es de 3 a 4 veces superior a la que



*Aquilino Polaino-Lorente*

acontece en los varones de la misma edad, en la población general. Esto supondría que en la estudiante de Medicina, que padece depresión, la exigencia de los estudios que realiza puede considerarse como un factor de riesgo, sobre todo cuando hay una enorme presión familiar por parte de los padres (que le exigen sacar buenas calificaciones) o cuando la propia interesada, por comparación con hermanos y compañeros, trata de rendir al máximo.

En segundo lugar, el hecho de que en M. M. se diera la concurrencia de dos trastornos psíquicos –el cuadro depresivo y la personalidad explosiva–, puede contribuir a facilitarnos la comprensión de su comportamiento suicida. De hecho, M. M. tenía dos antecedentes de actos suicidas, los dos con psicofármacos, que habían demostrado ser ineficaces. La incidencia de estas experiencias previas sobre su personalidad explosiva, muy probablemente pudo desencadenar la elección de un acto suicida contundente (la precipitación sobre una autovía muy transitada), ya que según se revela en el informe de la autopsia sólo los traumatismos producidos por la caída hubieran sido como para producirle su muerte, independientemente del atropello que hubo por parte de un automóvil.

El día y la estación del año en que se produjo el suicidio es coincidente con los datos que han aportado otros autores como, por ejemplo, De las Heras Calvo (1988). En efecto, parece que entre la población madrileña el mes de junio es en el que se consuman más suicidios, casi el 13,73%. Lo mismo acontece con el día de la semana: concretamente, así como los varones y en general la población parece elegir el miércoles (se consuman ese día el 16,90%), no obstante, en las mujeres la frecuencia del suicidio es bastante mayor el lunes, en el que se acumula el 20%. Para ese mismo día de la semana la tasa de suicidio entre los varones madrileños es del 12,7% (De las Heras Calvo, 1988).

La precipitación, contra lo que pudiera parecer, es una de las técnicas más utilizadas –la más utilizada en la población madrileña–, puesto que, según el autor antes citado, es empleada por el 48,94% de las personas que intentan el acto suicida. También entre las mujeres es más frecuente la precipitación (66,32%) que en los hombres (40,21%).

La relevancia de la discusión, unos días antes entre la víctima y su madre, es algo que otros autores también han reseñado como uno de los factores desencadenantes de especial relevancia. Este es el caso, por ejemplo, de lo afirmado por Rosenthal y Rosenthal (1984), quienes insisten en que la discusión y el conflicto entre padres e hijos, especialmente si se perciben como jóvenes no queridos o poco queridos, constituye un factor desencadenante de especial relevancia respecto a la incidencia de actos suicidas entre los jóvenes. Por su parte, Ross y cols. (1983) insiste en que otro factor también desencadenante

de especial relieve es cuando la víctima se siente menos favorecida que sus hermanos en relación con los sucesos cotidianos y rutinarios de la convivencia doméstica. Son muy numerosos los autores que, entre nosotros, coinciden en este punto (cfr. García-Macía y cols., 1984; Rojas, 1984; Polaino-Lorente, 1988; etc.).

Por último, el tema de las especiales dificultades en los estudios también se han descrito como un factor desencadenante de importante alcance (García-Macía y cols., 1984; Gerfort, 1984).

Concluyendo respecto de este primer caso, habría que poner de manifiesto lo que sigue: que en concordancia con los datos suministrados por la literatura disponible pueden considerarse como factores desencadenantes o como factores de riesgo en el estudio retrospectivo de este caso, los siguientes:

- Antecedentes de padecimiento de enfermedad depresiva por parte del padre.
- Antecedentes de intentos suicidas en el padre.
- Antecedentes de intentos suicidas en la víctima.
- Padecimiento de enfermedad depresiva y de trastorno explosivo de la personalidad en la víctima.
- Aumento del estrés como consecuencia de las dificultades que comportan los exámenes finales.
- Discrepancias y conflictos con la madre, discusiones a raíz de sentirse o percibirse como menos querida y comprendida, y quizás postergada y preterida, respecto de su hermana con la que se comparaba afectivamente y de la que muy probablemente sentía celos por las calificaciones que ésta obtenía.

### **Un hijo único de padres divorciados**

El acceso al historial clínico de N. N. y las entrevistas realizadas con sus padres nos permitieron obtener retrospectivamente la siguiente información: N. N. consumó su conducta suicida por la ingesta simultánea de psicofármacos, alcohol y lejía, en un chalet de la sierra de Madrid, previa carta escrita a los padres notificándoles que lo haría a lo largo de ese fin de semana. La anterior información suministrada por la víctima fue más tarde confirmada por la autopsia. En la carta o documento que dejó a los padres supo hacerlo muy bien, porque la envió por correo, de manera que cuando llegara a sus padres ya hubiera podido perpetrar su acto suicida.

*Aquilino Polaino-Lorente*

N. N. era un hijo único de padres divorciados. Aunque vivía con el padre porque él así lo había elegido, ya que la madre había contraído un segundo matrimonio, no obstante, tampoco se entendía con su padre, con el que tenía abundantes conflictos. Ninguno de los dos progenitores, que se sepa, padecen de ningún trastorno psiquiátrico. N. N. había sido visitado por tres psiquiatras a lo largo de toda su vida, recibiendo diversos diagnósticos: en primer lugar, de trastorno por angustia de separación; años más tarde, de trastornos por déficit de atención con hiperactividad (309, 21 y 314. 01 del DSM-III-R, respectivamente).

Desde los 10 a los 14 años dejó de visitar al psiquiatra, hasta que, en esa fecha, acontece el divorcio de sus padres y el casamiento, inmediatamente después, de su madre. En N.N empiezan a aparecer comportamientos un tanto extraños que de nuevo aconsejan su consulta con el psiquiatra. Entre estos comportamientos pueden enumerarse los siguientes: insomnio, dificultad para alimentarse, inestabilidad afectiva, comportamientos displicentes, agresividad, aumento de la irritabilidad, aumento del consumo de alcohol, descuido en la higiene personal y aumento de la frecuencia de comportamientos asociales, así como disminución del rendimiento escolar.

N. N. está en total y profundo desacuerdo, según manifestaciones a su psiquiatra realizadas dos años antes, respecto del divorcio de sus padres, así como respecto del nuevo casamiento de su madre.

A los 15 años N. N. hace un gravísimo intento de suicidio, disparándose con una pistola de su padre en el pecho, en el que la bala le atravesó el pulmón y afortunadamente estuvo muy cerca de afectarle el aparato circulatorio. En esa ocasión fue hospitalizado y sometido a tratamiento psiquiátrico por su conducta agresiva y por muchos de los síntomas que anteriormente hemos mencionado. El diagnóstico en esta ocasión, durante su ingreso hospitalario, fue de trastorno por ansiedad excesiva (313.000 del DSM-III-R).

El factor desencadenante de este gravísimo comportamiento suicida, según consta en su historial, es un conflicto amoroso consistente en haber reñido con la chica con la que hasta entonces venía saliendo. A lo largo del año de seguimiento, a la salida del hospital donde estuvo ingresado para curarse por la herida de bala, el psiquiatra que le atendía le diagnosticó de depresión mayor recurrente (296.3 del DSM-III-R).

La ideación suicida, según consta en la historia clínica, fue muy persistente y tenaz durante el último año de su vida y casi siempre vinculada a los conflictos ahora de tipo familiar, fundamentalmente a su repugnancia respecto del divorcio de los padres, pero también como una mala elaboración respecto de la pérdida y ruptura de sus relaciones amorosas, de las cuales la propia víctima

reconocía que nunca podría recuperarse y por la que tampoco merecía ya la pena seguir peleando por la vida.

El acto de suicidio consumado fue cuidadosa y fríamente preparado, hasta en sus más pequeños detalles. En este caso son bastante coincidentes los datos que hemos podido extraer de su historia clínica y en la entrevista con los padres con lo manifestado por otras personas que le conocían bien (un amigo cazador y una vecina de su edad con la que tenía mucha confianza). Efectivamente, entre los factores desencadenantes se encuentran los cambios comportamentales que se han producido en la víctima durante el último año de su vida, el intento de suicidio gravísimo del año anterior, los conflictos familiares como consecuencia del divorcio y del posterior matrimonio de su madre, su ruptura amorosa y, consecuentemente, el conflicto afectivo que generó aquella.

Comparemos los datos anteriores con los que están disponibles en los estudios epidemiológicos y en la bibliografía general. Como puede observarse, la tasa anual de suicidios consumados en España por cada 100.000 jóvenes de 13 a 19 años ha ido también en aumento. En la actualidad está en 1,02 (Cobo, 1986), lo que es bastante bajo si lo comparamos con lo que acontece en otros países como, por ejemplo Estados Unidos, donde según McIntire era de 4 por 100.000 en 1957 y saltó a 13,7 por 100.000 en 1967.

El envenenamiento es el procedimiento de elección más frecuente para el suicidio consumado, alcanzando en la actualidad la tasa de alrededor del 45% (Husain y cols., 1983). Le siguen a continuación, la suspensión en el 20% y el arrojarse al paso de los vehículos en el 15%.

Por otra parte, en el 30% de los jóvenes que antes de los 20 años consumaron el comportamiento suicida hay antecedentes de depresión; en el 55% de los que se suicidan ha habido antecedentes de intentos suicidas y abuso de alcohol en el 25% de la población suicida. En los chicos es mucho más frecuente el suicidio consumado, a estas edades, que en las chicas. El suicidio consumado se consigue a esta edad, tras reincidir con anterioridad en varios intentos suicidas frustrados.

Según McIntire y cols. (1980) la tasa de mortalidad en los sujetos que han intentado antes el suicidio es diez veces mayor durante los cinco años siguientes a la primera tentativa de suicidio que en la población de la misma edad. Davidson y cols. (1978) manifiestan que el suicidio consumado ocurre en 1 de cada 3 casos, en los que ha habido previamente un intento de suicidio. Las relaciones entre intento suicida y suicidio consumado varían según la edad y el sexo. Así, entre la población general, por cada 10 intentos suicidas hay un suicidio consumado; entre los jóvenes de 15 a 14 años de edad, por cada 160 intentos suicidas en chicas hay sólo un suicidio consumado; por contra, de cada 25 intentos suicidas en chicos se produce un suicidio consumado.

Entre los factores desencadenantes o precipitantes que hemos enumerado en las líneas anteriores, se encuentran muchos síntomas que algunos autores, como por ejemplo Perlstein (1966) emplearon para llegar a hablar del "síndrome de presuicidio". En este mismo sentido, Otto (1972) ha manifestado la aparición de una serie de cambios comportamentales que generalmente anteceden a los graves intentos suicidas en estas edades.

Muchos de estos cambios comportamentales, efectivamente, se daban en N. N., pero todo esto hay que tomarlo con cautela, puesto que otros autores como Finch y cols. (1971) sostienen la inexistencia de estos cambios comportamentales por su escasa presencia entre aquellos jóvenes los días inmediatamente anteriores al intento suicida.

Más razonables parecen otros indicadores –sin que en ningún caso sean indicadores premonitorios de nada–, que tienen la propiedad de señalar una mayor probabilidad de aparición de comportamientos suicidas. Me refiero en concreto al bajo nivel en el rendimiento escolar coexistente con un alto nivel de actividad, el disponer de un autocontrol de los impulsos muy eficiente, vivir en un ambiente familiar en permanente conflicto con sus padres y desarrollar actitudes negativas frente a sí mismo (Polaino-Lorente, 1988).

Por último, autores como Husain (1983) se muestran partidarios de elaborar un inventario de lo que podríamos llamar características psicopatológicas más frecuentes entre los jóvenes suicidas, que serían las siguientes: inmadurez (7,2%), pasividad (6,6%), ansiedad (6%), inestabilidad (4,8%), impulsividad (4,2%), manifestaciones histéricas (3,6%), crueldad (3%), hiperactividad (1,2%) y sentimientos de rechazo (0,6%). Estos rasgos, naturalmente, variarían en función de que el joven sea varón o hembra. Entre los varones los más frecuentes son la ansiedad, la impulsividad, la inestabilidad, la hiperactividad y la inmadurez. Entre las hembras, por el contrario, los rasgos más frecuentes son la pasividad y el comportamiento histérico.

Sea como fuere, el hecho es que, por el momento, no disponemos de aquellos indicadores que sean suficientemente fiables como para predecir el futuro comportamiento suicida entre los jóvenes. Otro hecho importante, como comenta Davidson y cols. (1981) es que uno de cada 3 jóvenes suicidas procede de familias cuyos padres se han divorciado, dato que es bastante coincidente con el caso que aquí exponemos.

Por su parte, Teicher (1970) manifiesta que el 72% de los jóvenes que han intentado suicidarse y que fueron admitidos en el "County-USC Medical Center" vivían con uno de sus padres por estar el otro ausente de casa, como consecuencia del divorcio o la separación. En esa misma investigación se encontró que el 84% de los jóvenes suicidas vivían con su padre político, con el que no se sentían satisfechos. Schneer y cols. (1961) consideran un factor determinan-

te del suicidio juvenil la pérdida de uno de los progenitores. Jacobs y cols., (1967) consideran que el 72% de la muestra de jóvenes suicidas estudiados por ellos procedían de hogares rotos (Broken Homes). En un estudio muy interesante a este respecto realizado por Adams y cols. (1982), se entrevistó a los padres y se les estudió a través de la "Family Estability Rating Scale". Los resultados fueron muy elocuentes: en el 92% de los jóvenes que tenían pensamientos suicidas, sus familias habían sido calificadas, por ese instrumento de evaluación, como "inestables" o "caóticas". De ahí que los autores concluyan que la estabilidad familiar parece actuar como una variable moduladora de los efectos de la pérdida parental sobre los factores desencadenantes del suicidio en los jóvenes.

#### **"Tirado en la cuneta como una colilla"**

L. L. era un hombre de 65 años que venía siendo tratado durante los últimos veinte años de su vida por padecer de trastorno bipolar maníaco asociado a un trastorno obsesivo-compulsivo (296.4 y 300.30 del DSM-III-R, respectivamente).

Durante los dos últimos años había tenido varias recaídas en su enfermedad, agravándose y siendo necesaria la hospitalización. Durante el último ingreso manifestó estar muy cansado de tomar la medicación y de obsesivamente querer quitarse la vida. El contenido de sus pensamientos obsesivos habían ido variando a lo largo de su vida para, en esta última fase, centrarse en el deseo de quitarse la vida. Tras una breve estancia en el hospital se ajustó la medicación y tras remontar el cuadro clínico de la fase maníaca, se procedió a darle el alta. Sus familiares le recogieron a la salida del hospital y, según entrevistas retrospectivas tenidas con ellos, manifestaron que le encontraron muy mejorado.

A su salida del hospital, L. L. comenzó a consumir alcohol y llevaba una vida un tanto desordenada, volviendo a almorzar a casa sólo en ocasiones y faltando la mayor parte de los días de ella. L. L. llevaba muy mal la jubilación; consideraba que la empresa se lo había quitado de encima, antes de que llegara la edad de jubilarse, mediante el pago de una cantidad que él consideraba insuficiente desde todos los puntos de vista. Ahora se consideraba un estorbo a sí mismo y que no servía para nada, nada más que "para estar tirado en la cuneta como una colilla", ésta era su frase.

Otro bloque de las obsesiones que padecía se centraba fundamentalmente en la imposibilidad, eso creía él, de no poder afrontar el coste de la vida y su carestía con la pensión que le había quedado.

*Aquilino Polaino-Lorente*

Aprovechando una salida de Madrid a uno de sus pueblos cercanos donde tenía familiares, en un ambiente rural, L. L. puso fin a su vida mediante ahorcadura por suspensión.

En este estudio retrospectivo pueden considerarse como factores desencadenantes, en nuestra opinión, los siguientes: en primer lugar, el padecimiento de un trastorno bipolar maníaco asociado a trastorno obsesivo; en segundo lugar, la presencia de ideas obsesivas relativas al impulso suicida; en tercer lugar, el consumo de alcohol; en cuarto lugar, la experiencia del internamiento hospitalario, y en quinto y último lugar, los problemas derivados de la pérdida del empleo o la jubilación.

Poco hay que señalar respecto de los factores desencadenantes inicialmente ya aludidos, especialmente cuando el contenido de las ideas obsesivas más importantes eran precisamente el deseo de quitarse la vida. Por sí mismo, este factor quizás no sea sólo desencadenante, sino incluso determinante y, qué duda cabe, es menester considerarlo como un enorme factor de riesgo de suicidio.

Es menester comentar otro hecho también importante y es la alta incidencia de suicidio, en Madrid y su provincia, entre personas de 60 o más años de edad. Los datos disponibles nos advierten de que la tasa anual por 100.000 habitantes entre las personas de 60 o más años es del 33,83% en los varones, frente al 16,3% en las hembras. No obstante, de todos los grupos de edad este es el más frecuente con mucho; el promedio de la tasa anual por 100.000 habitantes para la población de Madrid es del 23,5% entre las personas de 60 y más años, es decir, la tercera edad, frente a sólo el 9,42% entre personas de 30 a 59 años y de 6,75% entre los de 15 a 29 años (De las Heras Calvo, 1988).

En resumen, puede decirse que la tasa de suicidio en las personas de edad avanzada, 60 y más años, es 3,5 veces superior a la de los jóvenes comprendidos entre 15 y 29 años. Separados estos grupos de edad según el sexo, hay que concluir que entre los hombres es 3 veces superior a favor de los ancianos y entre las mujeres 6,5 veces superior a favor de las ancianas. Por consiguiente, podría considerarse como un factor de riesgo el padecimiento de enfermedades psíquicas, como las aludidas en este caso, en una persona de la tercera edad.

Los otros dos factores desencadenantes que valen la pena aquí anunciar o glosar, son los siguientes: por una parte, el tema de la hospitalización. Es relativamente frecuente que después de la hospitalización —cuando el paciente es dado de alta y pasa al régimen ambulatorio—, aumente el riesgo de suicidio, tal y como Finzen (1983) ha manifestado. Esto quiere decir que el alta hospitalaria puede incluso ser considerada por algunos autores como un factor desencadenante del comportamiento suicida.

### *Factores desencadenantes del suicidio consumado...*

Así, por ejemplo, Temoche y cols. (1964) calcularon el riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos en el momento de abandonar la institución y observaron que era 34 veces superior al de la población general. Por su parte, Pokorny y Kaplan (1976) observaron que el 51,7% de los pacientes esquizofrénicos que se suicidaron lo hicieron al mes siguiente de haber sido transferidos del tratamiento hospitalario al ambulatorio. A lo que parece, el tiempo transcurrido en la hospitalización resulta irrelevante respecto del comportamiento suicida. En la actualidad resulta un lugar controvertido el riesgo de suicidio, tanto si se considera la hospitalización como después de abandonarla.

En líneas generales, hay que concluir que podría considerarse un factor desencadenante del comportamiento suicida la salida del hospital, quizás por encontrarse el paciente con nuevos esfuerzos adaptativos al ámbito familiar, a las explicaciones que ha de dar, a reanudar la propia vida, todo lo cual podría reactivar, en algunos casos, su propia patología depresiva y/o suicida.

Por último, otro factor desencadenante a considerar aquí, es el del desempleo o la pérdida del empleo producida por la jubilación. Abundan mucho las citas bibliográficas sobre este particular. Hay que concluir con muchos autores (Roy, 1982; García-Macía y cols., 1984; Pacheco, 1981; Scheider, 1982; Rojas, 1984, etc.) que la pérdida del empleo es otro factor que puede considerarse como desencadenante del comportamiento suicida, especialmente cuando se vincula con problemas laborales o cuando el paciente, ordinariamente varón, se obsesiona con las deudas contraídas y con la carestía de la vida.

Estas circunstancias también se daban en el caso que acabamos de comentar. Tal vez los factores desencadenantes puedan ser aquí estudiados desde otro horizonte, es decir, como posibles indicadores de riesgo a tener en cuenta en la clínica, en lo que respecta al comportamiento suicida.

### **El accidente de un esquizofrénico**

H. H. es un varón de 46 años de edad que venía padeciendo de esquizofrenia residual (295.6, del DSM-III) desde hacía 11 años, estando en tratamiento con psicofármacos (neurolépticos, sedantes y antidepresivos) y psicoterapia.

H. H. estaba muy bien medicado. Su comportamiento era relativamente ajustado, puesto que era soltero, vivía con sus padres con los que había escasos conflictos familiares y trabajaba de una forma relativamente protegida en un taller de carpintería de uno de sus hermanos. El último año su vida quedó afectada dramáticamente a causa del traumatismo que sufrió –con fractura abierta de fémur– como consecuencia de un accidente en automóvil. A pesar de las intervenciones quirúrgicas que se le practicaron, el paciente quedó con



*Aquilino Polaino-Lorente*

un relativo defecto que supuso para él una carga estresante y generadora de demasiada angustia, hasta el punto que durante todo el último año se obsesionaba continuamente con que había quedado mal, que nunca más podría ser el mismo, que su defecto –la cojera que le quedó como consecuencia del accidente– llamaba poderosamente la atención, por lo que la gente se fijaría en él y le despreciarían. En definitiva, concluía su relato, que en unas circunstancias así no valía la pena seguir viviendo. Sin embargo, se sometía a todos los ejercicios de rehabilitación que se le aconsejaron, lo cual también vino a cargar todavía más su ansiedad, puesto que llevaba muy mal la realización de estos ejercicios y en alguna que otra ocasión esporádica comenzó a beber, cosa que no había hecho a lo largo de todos los años de su enfermedad.

En la historia clínica valora como acontecimientos estresantes el accidente de tráfico, los ejercicios de rehabilitación, la operación quirúrgica a la que tuvo que someterse, así como las atribuciones que el enfermo hace desde el punto de vista cognitivo, por este motivo, respecto a su cojera y de su desajuste social. Durante los dos últimos meses se daba además la circunstancia de que H. H. no solía aparecer en casa regularmente, sino que en ocasiones andaba como huido tres o cuatro días y a su regreso siempre comentaba que había estado en el campo y que no toleraba tampoco la vida en Madrid.

Las dos últimas semanas se caracterizaron por la aparición de un insomnio persistente que el enfermo no lograba combatir con la medicación que estaba tomando y que tampoco quiso consultar con nadie, resistiéndose a la administración de cualquier otro tipo de fármaco y por la aparición de un adelgazamiento progresivo como consecuencia de la inadecuada alimentación que hacía fuera de casa. Todo esto comenzó a preocupar a los padres, que a pesar de imponerse y sugerir una y otra vez a su hijo que consultara con el médico, no lo consiguieron.

De los antecedentes familiares hay que mencionar a un tío materno que también se había suicidado y que también como él había padecido esquizofrenia durante muchos años.

H. H. puso fin a su vida disparándose en la cabeza un arma de fuego.

Entre los factores desencadenantes del comportamiento suicida que hemos podido identificar en este caso, cabe mencionar los siguientes: en primer lugar, el padecimiento de esquizofrenia y el comportamiento suicida en el tío materno de la víctima; en segundo lugar, el padecimiento de esquizofrenia en el paciente; en tercer lugar, la presencia del traumatismo con las consecuencias estresantes ya mencionadas; en cuarto lugar, la emergencia del insomnio y de la pérdida de peso, durante las dos últimas semanas, sin que se atendiera a esta circunstancia en ningún caso.

*Factores desencadenantes del suicidio consumado...*

En efecto, son muchas las investigaciones realizadas en las que se consideran las anteriores características como factores desencadenantes. Los primeros factores líneas atrás citados, entiendo que pertenecen a la experiencia común en el ámbito de la psiquiatría y, por consiguiente, no me detendré a considerarlos.

El padecimiento de un traumatismo importante con rotura del fémur y con herida abierta que hubo que someter a intervención quirúrgica, puede considerarse como uno de los factores desencadenantes de lo que meses más tarde sería una conducta suicida consumada. Los traumatismos han sido considerados por algunos autores como factores desencadenantes del comportamiento suicida, y esto incluso en personas que no padecen esquizofrenia. Este es el caso, entre otros, de Morón (1977). Puede decirse que las intervenciones quirúrgicas, con todo el cortejo que les acompaña de ansiedad, de dudosas expectativas respecto del resultado final alcanzado, del temor al quirófano, de la posibilidad de no quedar tan bien como uno esperaba, etc., contribuyen a aumentar de forma muy relevante los eventos estresantes que concurren en la vida del paciente.

Si consideramos todas estas peculiaridades, incluida también la rehabilitación, después de la cirugía, es lógico pensar que el número de "life-events" aumentaron poderosamente y consiguieron al fin desajustar la sintomatología y el comportamiento del paciente; en una palabra, la evolución de la esquizofrenia que padecía. En este mismo punto han insistido Okasha y cols. (1981), así como Paykel y cols. (1975). Hoy nadie discute que el aumento de los factores estresantes que, por otra parte podemos cuantificar con la correspondiente escala, constituyen un factor que puede suponer una importante carga suicidógena.

El traumatismo y sus consecuencias debieron ser tanto más estresantes en un paciente como este que padecía una esquizofrenia residual. Dada la naturaleza de esta enfermedad, es lógico que magnifiquemos la importancia que damos a estos factores estresantes. No podemos olvidar que lo que durante los dos últimos meses martilleaba más a este paciente hasta el punto de tal vez llegar a constituir un factor cognitivo y emocional "disparador" de la intencionalidad suicida, era precisamente la idea de que toda su vida había sido desafortunada como consecuencia de ese accidente.

Es muy probable que el paciente prefiriese padecer de esquizofrenia que sufrir ese traumatismo que, según él, afeaba su comportamiento y su marcha y suscitaba conductas de desaprobación y de rechazo entre la gente a su paso por la calle. Es muy probable que fuese este el factor desencadenante principal de su último comportamiento.

*Aquilino Polaino-Lorente*

A ello hay que añadir otro factor desencadenante de vital importancia. Me refiero en concreto al insomnio persistente que padeció durante el último mes, al menos tal y como lo constata la familia, y que otros autores (Kielholz, 1967) han puesto de manifiesto como un factor desencadenante de suicidio entre la población general. Este factor es tanto más importante o relevante cuando incide en un enfermo esquizofrénico residual.

Es conocido por todos los profesionales con experiencia clínica que cuando a un esquizofrénico se le priva del sueño se desajusta muy rápidamente su comportamiento. El desajuste debió ser aquí de cierta consideración, tanto más cuanto que se acompañó –¿o causó?– de una importante pérdida de peso. Lo que tal vez pudiera interpretarse como una reactivación del proceso esquizofrénico –presencia de ideas paranoides– como consecuencia de la incidencia concretada, intensificada y puntual de un conjunto muy amplio y vasto de factores estresantes.

### **La Navidad de una personalidad dependiente**

J. J. es una mujer de 28 años, casada –separada del marido pero no divorciada–, que también había estado en tratamiento psiquiátrico con psicofármacos y psicoterapia en los seis últimos años, con el diagnóstico de trastornos adaptativos con síntomas emocionales mixtos asociado a trastorno de personalidad dependiente (309.28 y 301.60, respectivamente, del DSM-III). La paciente puso fin a su vida ingiriendo dosis altas de los psicofármacos que tomaba, fundamentalmente antidepresivos e hipnóticos y otros medicamentos de los que disponía en su casa.

La paciente vivía sola en una casa en la que se albergaban otras dos chicas universitarias. Ella vivía con la ayuda que éstas le facilitaban. Sin estudios universitarios, tenía la profesión de administrativa que no ejercía. Llevaba separada del marido 4 años y en su historia clínica había antecedentes durante la juventud, a los 20 años, de haber padecido cuadros de ansiedad intensa con agresividad, por haber estado muy pendiente de los resultados escolares, después de haber encontrado dificultades en el aprendizaje, temor a ser rechazada afectivamente por parte de los padres y depender mucho de su madre.

Su padre había muerto 5 años atrás; su madre padecía y estaba en tratamiento por un cuadro depresivo muy grave. Su otra hermana, mayor que ella, también estaba en tratamiento por depresión y en el momento en que se produjo su conducta suicida estaba ingresada por ese motivo. No tenían antecedentes –ni ella ni su hermana, pero sí su madre– de comportamiento suicida.

El matrimonio duró sólo 3 años de convivencia, no teniendo ningún hijo.

*Factores desencadenantes del suicidio consumado...*

No presentaba ningún síntoma psicopatológico en sus antecedentes personales durante la infancia, a no ser los ya referidos, y sólo había estado una vez hospitalizada por el cuadro psicopatológico que se ha mencionado líneas arriba.

Tanto el cuidadoso estudio de la historia clínica como las entrevistas que mantuvimos con sus familiares –fundamentalmente con su madre y con su hermana–, nos permitió una indagación prospectiva en aquellos acontecimientos próximos y anteriores a su intento suicida. También nos permitió, cosa que agradecemos, hablar a fondo con las chicas que vivían con ella en su casa, sobre todo acerca de cómo habían sucedido los acontecimientos del último día. Lo mismo aconteció también acerca del último contacto que tuvo con el médico –un antiguo colaborador y discípulo del autor– tres meses antes de la fecha de su muerte.

El suicidio consumado se produjo un 24 de diciembre, después de haber dicho a las personas que vivían con ella que pasaría las fiestas del 24 y 25 con su madre y con su hermana, ya que las universitarias que con ella vivían también se marchaban fuera de Madrid.

Los acontecimientos se sucedieron como sigue: el día 24 por la mañana fue a visitar a su madre a la clínica donde estaba al cuidado de su otra hija que estaba ingresada allí por padecer depresión. Durante el último año, desde la fecha del 24 de diciembre del año anterior, no habían coincidido nunca madre e hija por haber un enorme conflicto entre ellas. Este día le llevaba a su madre el mismo regalo que el año anterior.

El año anterior su madre había aceptado el regalo, pero en esta ocasión, nada más saludarse comenzaron a discutir, subió de tono el conflicto y la polémica y su madre rechazó el regalo que J. J. le llevaba. A partir de aquí, muy probablemente se disparó todo su comportamiento suicida. Hemos podido hacer indagaciones a través de los porteros, tanto de la clínica como de su propia casa, y ambos son coincidentes en que la vieron muy mal ese día al regreso de la clínica, pues iba muy apenada y llorando. Muy especialmente chocaba su estado si se le comparaba con su estado inmediatamente anterior. El cadáver no se descubrió hasta el día 26, justo cuando una de las chicas con las que vivía en su casa con ella lo descubrió.

En este caso, el principal factor desencadenante muy probablemente pudo ser el sentirse o percibirse rechazada por la madre. Al parecer, su capacidad de relación social –cosa que ya le había pasado anteriormente con su marido del cual se había separado– estaba en función de su gran capacidad para subordinar las propias necesidades a las de las personas de quienes dependía, las que la hacían enormemente vulnerable. En este caso, necesitaba el afecto de sentirse aceptada por su propia madre. Su desconfianza respecto de sí misma,

*Aquilino Polaino-Lorente*

su inseguridad, el desamparo en que se encontraba los días también señalados en que acontecían todas estas cosas, muy probablemente hicieron de resortes que pusieron en marcha su intencionalidad suicida.

El psiquiatra que la trataba y que no la veía desde hacía tres meses, consideraba que la enferma había superado ya su enfermedad. Ahora estaba con una medicación de apoyo, las consultas se habían distanciado mucho durante el último año. Lo mismo pudo inferirse de los informes de las personas que trabajaban en los lugares que ella frecuentaba y que todos eran coincidentes en que últimamente estaba muy ajustada, muy adaptada socialmente a todos aquellos problemas.

Es muy probable que, sin embargo, la depresión estuviera presente a pesar de ese trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos del que fue diagnosticada y puede que esto estuviera afectado también por la complejidad del conflicto de aproximación-evitación que tenía respecto de su dinámica familiar.

Por una parte, la persona dependiente no toma decisiones por sí misma, sino que se somete a la persona de la que depende y hace que también la otra asuma esa responsabilidad, en lugar de enfrentarse al problema desde la inmadurez afectiva que le caracteriza. Pero simultáneamente también estos pacientes son personas que reaccionan con ambivalencia con reacciones depresivas y con ira, precisamente cuando por esa dependencia acusada, se acrecen sus conflictos o se frustran sus necesidades afectivas insatisfechas. Es decir, estas personas no se aceptan como son. Esto unido al comportamiento de su madre y a la situación (percibir a su madre y hermana deprimidas, y también ella misma deprimida), muy probablemente la lanzó a este comportamiento sin ninguna otra posibilidad.

Desde el punto de vista desde el que estamos considerando este tema, es decir, desde los factores desencadenantes, hay que decir que en esta víctima se dan las siguientes circunstancias: en primer lugar, los problemas de pareja, muy graves, tanto que han condicionado la separación de su marido desde bastantes años atrás. En este punto varios autores coinciden en que se puede tomar como un factor desencadenante de la conducta suicida la separación y los problemas de pareja (Poldinger, 1969; Pacheco y cols., 1981; Scheider, 1982; Shneidman, 1983; Milla, 1976), aunque en este caso no parece que tal factor puede ser considerado como relevante.

En segundo lugar, otro factor de riesgo que pudo actuar como desencadenante fue la presencia de antecedentes de trastornos depresivos en su familia. Su madre y su hermana padecían también de depresión, igual que ella, y esta última había sido ingresada varias veces, también ahora en Navidad. Por otra

### *Factores desencadenantes del suicidio consumado...*

parte, su madre había hecho algunas tentativas suicidas, factor éste que ya ha sido comentado en otros casos anteriores y que reiteradamente suele aparecer en una tasa muy alta de los suicidios consumados.

En tercer lugar, el hecho de que la propia paciente sufriera en cierto modo de depresión. En efecto, aunque no fuera diagnosticada así, hay antecedentes personales que permiten sostener esta opinión, como el hecho de que fuera diagnosticada en dos ocasiones de personalidad dependiente y de trastornos adaptativos con síntomas emocionales mixtos, lo que nos invita a considerar con toda probabilidad si no existiría en este caso un cuadro depresivo por medio. El propio psiquiatra que la trataba ya hablaba de reacciones depresivas en la paciente.

En cuarto y último lugar, con una estructura de la personalidad así, el choque con su madre un día tan señalado –¡hacía un año que no se veían!– y el sentirse rechazada por ella –con lo que la paciente dependía de su madre– pudo precipitar la situación. Hay al menos dos paradojas en esta historia: el que su regalo no fuera aceptado por su madre a la cual no veía desde hacía un año; el que curiosamente hubiera vuelto a elegir la fecha del día 24 para reconciliarse con ella.

Todo esto invita a considerar otras posibles variables de personalidad como posibles factores desencadenantes del comportamiento suicida. Por eso, debieran de valorarse siempre aquellos rasgos de personalidad que de una u otra forma pueden estar relativamente vinculados al comportamiento suicida. No olvidemos que un mismo estímulo puede desencadenar comportamientos muy diferentes en función de cuáles sean los rasgos de personalidad que caracterizan a ese paciente.

### **Pluridrogodependencia y SIDA**

A. A. era un varón de 32 años de edad, soltero, licenciado en Veterinaria, pero que no ejercía la profesión. En dos ocasiones había estado en tratamiento muy escaso tiempo, como consecuencia del alcoholismo que sufría. El diagnóstico que consta en la historia clínica es de dependencia de alcohol (303.90 del DSM-III-R).

En los tres últimos años había comenzado un ascenso en el consumo de alucinógenos y anfetaminas para finalmente pasar a depender de la cocaína.

A. A. vivía con su madre viuda, a la que exigió la parte de su herencia paterna y se dedicó a malgastarla en el consumo de drogas. En el último año, según afirma su madre, había sido diagnosticado de seropositivo, lo cual llevó

*Aquilino Polaino-Lorente*

muy mal, pues no quería que se enterara nadie. Pero en nada rectificó su conducta de consumo de drogas. Más bien la incrementó desde que fue informado de ser seropositivo. Su comportamiento cambió todavía más a partir de entonces, sobre todo en lo que respecta a su irritabilidad y agresividad.

En la familia de la madre no hay antecedentes psiquiátricos y a lo que parece tampoco en la del padre, a no ser que éste era muy hipocondríaco.

El consumo de alcohol aumentó mucho en este paciente, especialmente desde que recibió el impacto de la muerte de su padre, hacía ahora siete años. No sabemos que haya habido ninguna tentativa de suicidio en este paciente con anterioridad a la comisión de este último comportamiento. En su familia tampoco hay nadie que intentara o consumara el suicidio. En sus antecedentes familiares infantiles encontramos una dislexia, de la que fue tratado en su colegio, y un discreto retraso psicomotor que fue superado antes de los diez años.

El psiquiatra que le trataba no puede certificar que hubiera rasgos hipocondríacos en el paciente, pero tampoco puede certificar lo contrario.

Su madre, por contra, sostiene que desde el momento en que fue informado de ser seropositivo todo el mundo se le vino abajo, se sentía avergonzado y no quería mostrarse en público, rehusando el trato con sus amistades de siempre. Se quedaba con el televisor encendido y se pasaba horas mirando a la pantalla, desconectando previamente el sonido. Si llamaba alguien preguntado por él exigía a la madre que dijera que no estaba.

Simultáneamente temía mucho a la muerte y se percibía como culpable y socialmente desajustado. El insomnio durante la última semana se hizo muy intenso, y a pesar de cambiar el ritmo vigilia-sueño y levantarse al mediodía, en lo que su madre conoce, dormía escasamente 3 ó 4 horas cada noche. De la información suministrada por su madre no puede inferirse si padecía o no alucinaciones o de ideas delirantes. Sí se deduce, en cambio, que era muy aprensivo y que la consideración de ser un potencial enfermo de SIDA había supuesto para él un mazazo, del cual no levantó cabeza nunca.

Eligió como procedimiento para poner fin a su vida la precipitación desde un sexto piso y debió ser, según informes del forense, hacia la mitad de la noche, probablemente entre la 1 y las 3 de la madrugada.

En este caso, el principal factor desencadenante consistió muy probablemente en recibir información acerca del SIDA, según consta en la investigación realizada. Hay, sin embargo, otros muchos factores que ya estaban condicionando este desenlace fatal. Me refiero, claro está, en primer lugar al consumo de alcohol y de drogas. Hay numerosos trabajos que insisten una y otra

*Factores desencadenantes del suicidio consumado...*

vez en lo frecuentemente que se asocia este tipo de comportamiento y el suicidio consumado. En este punto son coincidentes numerosos autores.

Así, por ejemplo, Blaine y cols. (1968), encontraron que el 45% de los estudiantes universitarios que habían intentado el suicidio consumían crónicamente marihuana y LSD, frente a sólo el 15% del grupo control de estudiantes que jamás lo habían intentado. Davidson y cols. (1978) demostraron que en la medida en que intervenían más sustancias, más tóxicos combinados en el consumo, se incrementaban más los comportamientos suicidas, pero además se modificaba previamente al suicidio, el comportamiento de la persona, apareciendo rasgos de inadaptación social, irritabilidad y actos delictivos, lo que suponía un riesgo de vulnerabilidad todavía mayor respecto del suicidio.

Hay algunos datos que pueden todavía contrabalanzar más el riesgo de estos factores desencadenantes del comportamiento suicida. Así, por ejemplo, entre los consumidores de heroína, James (1967) da una tasa de mortalidad que es 20 veces superior a la esperada en la población general. En los consumidores de anfetaminas que usan la vía intravenosa, la tasa de mortalidad es 4 veces mayor que en la población general. La estrecha correlación que hay entre drogodependencias y depresión ha sido puesta de manifiesto por Frederick (1972), Litman y cols. (1972), Weissman y cols. (1976), etc.

También ha resultado haber una correlación positiva entre la gravedad de los síntomas depresivos y la presencia de drogas en la orina, tal y como probó Wold (1973). Por último, Saxon y cols. (1978) probaron que había una correlación positiva y estadísticamente significativa entre los pensamientos suicidas y los intentos de suicidio en los estudiantes.

No menos importancia tienen, a este propósito, los estudios realizados respecto del suicidio y el consumo de alcohol. El alcohol es considerado como un factor precipitante del comportamiento suicida. Ward (1980) demostró que los varones alcohólicos se suicidaban 4 veces más que las mujeres de la misma edad. Para Helgason (1964), el 16% de las muertes en los alcohólicos se deben al suicidio. Se ha informado que el 25% de los varones y el 8% de las hembras suicidas habían sido diagnosticadas previamente de alcoholismo. Son muchos los autores, como Ward y cols. (1980), Murphy (1967) y Ripley (1973), que son coincidentes en señalar que la letalidad de los intentos suicidas en los polidrogadictos es tanto mayor cuanto más tiempo ha transcurrido durante el consumo y más intenso sea éste.

A estos factores, Ward y cols. añaden otros. Concretamente, observaron cómo el riesgo de suicidio se incrementaba entre los consumidores de drogas cuando concurrían los siguientes factores adicionales: divorcio, cohabitar con otra persona sin estar casado, la existencia de antecedentes de hiperactividad



*Aquilino Polaino-Lorente*

infantil, el hecho de que los padres le hubieran calificado de pequeño como "niño incorregible", el haber sido diagnosticados de sociópatas, haber recibido tratamiento psiquiátrico en hospitales o el hecho de que la madre hubiera sido diagnosticada de depresión o hubiera padecido sintomatología depresiva. Aquí se concluye que suicidio y consumo de drogas están fuertemente complicados. Por eso algunos autores piensan que el consumo de drogas es ya, de suyo, un comportamiento autodestructivo, algo a lo que, según algún autor, debiera aplicarse el término de "suicidio lento", puesto que es una de sus características principales.

\*\*\*\*

Hasta aquí, los factores desencadenantes del comportamiento de suicidio consumado que hemos observado y analizado en seis casos, todos los cuales padecían previamente de trastornos psiquiátricos. En todos ellos hemos tenido la posibilidad de acceder a su historia clínica psiquiátrica, así como disponer de entrevistas fructíferas con las personas que convivieron con ellos durante sus últimos días: sus compañeros de trabajo y sus familias. Sin la colaboración desinteresada y generosa de médicos y familiares este análisis no se habría podido llevar a término.

Al llegar a este punto, consideramos que un factor desencadenante del comportamiento suicida no debiera de ser directamente considerado como un indicador de riesgo de suicidio. Sin embargo, sugiero que futuros estudios harán bien en establecer qué relación puede existir entre estos dos bloques: factores desencadenantes e indicadores de riesgo. En opinión de quien esto escribe, un acto desencadenante es simplemente un elemento que facilita el desencadenamiento, como su propia palabra indica, la puesta en marcha, la toma de una determinada iniciativa respecto de cierta conducta.

A pesar del escaso número de factores desencadenantes que aquí hemos estudiado, o precisamente por ello, no podemos decir que automáticamente cualquiera de estos factores son por sí solo suficientemente capaces de poner en marcha un comportamiento suicida. Más bien habría que concluir que los factores desencadenantes intervienen como una pluralidad factorial, como una constelación factorial que incide en el sujeto, pero que no acaba de determinar su comportamiento, por lo que habrá casos en que acaso puedan explicar tal conducta, pero habrá casos en que tal explicación no será posible a partir de ellos.

Estos factores desencadenantes inciden en el sujeto, pero la respuesta que éste ofrece a la acción de tal factor dependerá mucho y se modificará en función de otras variables que, forzosamente, también deben considerarse. Me

*Factores desencadenantes del suicidio consumado...*

refiero, claro está, a variables contextuales que son muy importantes, porque constituyen como esa especie de tampón o filtro que puede acrecer la magnitud de la intensidad de esos factores desencadenantes o, por el contrario, pueden neutralizarla.

Debo referirme también muy especialmente a los rasgos de personalidad del paciente que pueden hacer de caja de pandora en la que se amplifique y resuene la importancia de esos factores desencadenantes. Pero los rasgos de personalidad pueden también contribuir como una caja acolchada, en donde naturalmente decrezcan o se extinga la magnitud de esos factores.

*At last, but not least* deben considerarse también las intervenciones del clínico. Muy probablemente, los seis casos que hemos estudiado de forma más pormenorizada, fueron casos muy complejos y muy difíciles de tratar por tratarse de personas con una muy escasa adherencia al tratamiento medicamentoso, a la regularidad en el seguimiento clínico y a las indicaciones que se les aconsejaba. Pero es muy probable que de haberse sopesado mejor los riesgos que tenían –a través del estudio de estos factores desencadenantes– acaso se les hubiera podido ayudar un poco más. He empleado aquí el término “acaso” para significar su valor de hipótesis probabilística y conjetural, ya que soy de la opinión de que en el estado actual de nuestra ciencia hágase lo que se haga por prevenir, evitar o frustrar el comportamiento suicida, muchas veces hemos de confesar que no es posible evitar tan fatal resultado.

En cualquier caso, el hombre jamás debería disponer de su propia vida. Pero, como aconsejaba Valerius Martialis, al hombre debe aconsejarse que “summum nec metuas diem nec optes”, que ni tema ni desee el último día.

## BIBLIOGRAFIA

ADAMS, K. S., y cols. (1982). Early parental loss and Suicidal ideation in University Students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 275-281.

BLAINE, G. B., y CARMEN, L. R. (1968). Causal factors in Suicidal Attempts by Male and Female College Students. *American Journal of Psychiatry*, 125, 6.

COBO, C. (1986). Estadísticas y reflexiones sobre actos suicidarios en niños y adolescentes españoles. *Revista de Psicología Médica*, 18, 5.

COPAS, J. B., y ROBIN, A. (1982). Suicide in Psychiatric in patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 503-511.

Aquilino Polaino-Lorente

- DAVIDSON, F., y CHOQUET, M. (1978). Apport de l'épidémiologie a la compréhension et la prevention du suicide de l'adolescent. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, 26, 12, 683-691.
- DAVIDSON, F., y CHOQUET, M. (1981). *Le suicide de l'adolescent!: étude épidémiologique*, París, ESF.
- DE LAS HERAS, J. (1988). *Prevención del suicidio*. Ed. Universidad Complutense. Colección Tesis Doctorales (268/88), Madrid.
- FERNANDEZ DA FONSECA, A. (1985). Epidemiología y clasificación de los actos suicidas. *Psicopatología*, 5, 2, 101-107.
- FINCH, S. M., y POZNASKI, E. O. (1971). *Adolescent suicide*. Springfield, III, Charles C. Thomas.
- FINZEN, A. (1983). Psychiatrische behandlung und suicide. Methoden. Probleme bei der untersuchung des suizids unter psychiatrische behandlung. *Psychiatr. Prax*, 104, 103-108.
- FREDERIC, C. J. (1972). Drug abuse as self-destructive behavior. *Drug Therapy*, 2, 3, 49-68.
- GARCIA-MACIA, R.; SARRO, B.; GIRO, M., y OTTIN, J. M. (1984). Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en un servicio de urgencias de un Hospital General. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, tomo XVI, n.º 8, 530-538.
- GARFINKEL, B. D., y COLOMBECK, H. (1983). Suicidal behavior in adolescence. En: Colombeck, H., y Garfinkel, B.: *The adolescents and mood disturbance*. International University Press. New York, 189-220.
- HELGASON, T. (1964). Epidemiology of mental disorder Iceland. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, Supl., 173.
- HUSAIN, S. A., y VANDIVER, T. (Eds.) (1983). *Suicide in children and adolescents*. Jamaica, Nueva York, SP. Medical and Scientific Books.
- JACOBS, J., y TEICHER, J. D. (1967). Broken homes and social isolation attempted suicide of adolescent. *International Journal of Social Psychiatry*, 13, 139-149.
- JAMES, I. P. (1967). Suicide and mortality amongst heroin addicts in Britain. *British Journal Addict.*, 62, 391-398.
- KIELHOLZ, P. (1967). *Diagnose und therapie des depressioner fur den praktiker*. II. Auflage, J. F. Lehmanns. Munchen.
- KIELHOLZ, P. (1967). Diagnose und therapie des depressionsbehandlun. *Das arztl. Gespräch*, n.º 7. (Troponwerke Koln).
- KINSKI, S. (1985). La conducta suicida en la infancia. *Psicopatología*, 5, 2, 137-146.
- LITMAN, R. E., y cols. (1972). Suicidal behaviors and methadone treatment. En: *Proceedings of the 4th National Conference on Methadone Treatment*.

*Factores desencadenantes del suicidio consumado...*

McINTIRE, M., y ANGLE, C. (1980). *Suicide attempts in children and youth*. Nueva York, Harper and Row.

MILLA, J. (1983). Epidemiología de la intoxicación medicamentosa aguda. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, T. XVI, n.º 8, 526-529.

MORON, P. (1980). *Le suicide*. Presses Universitaires de France. París. 1977. Traducción al castellano: *El suicidio*. Abaco. Buenos Aires.

MURPHY, K. B. (1967). Community action in the prevention of suicide: Rescue. En: Yochelson, L. (Ed.): *Symposium on Suicide*. St. Louis, George Washington University Press. 133-141.

OKASHA, A.; LOTAIF, F., y SADEK, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non consulting medical student. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 409-415.

OTTO, U. (1964). Changes in the behavior of children and adolescents preceding suicidal attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 40, 386-400.

OTTO, U. (1972). Suicidal acts by children and adolescents: A follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 233, 5-123.

PACHECO, A.; MEDEIROS, F.; MIRANDA, L.; SILVA, M. H., y TEIXEIRA, J. M. (1981). Tentativa de suicidio. *Revista de Psiquiatría Departamento de Salud Mental*, 2, 23-44.

PAYKEL, E. S.; PSYCH, M. R.; PRUSOFF, B. A., y MYERS, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events. *Archs. Gen. Psychiatry*, Vol. 42, marzo.

PERLSLSTEIN, A. (1966). Suicide in adolescents. New York. *State Journal of Medicine*, 66, 23, 3017-3020.

POKORNY, A.; KAPLAN, H. B., y TSAI, S. Y. (1975). Hopelessness and attempted suicide: a reconsideration. *American Journal of Psychiatry*, 132, 9, 954-956.

POLAINO-LORENTE, A., y cols. (1988). *Las depresiones infantiles*. Ed. Morata. Madrid.

POLDINGER, W. (1969). *La tendencia al suicidio*. Ed. Morata. Madrid.

RIPLEY, H. S. (1973). Suicidal behavior in Edinburgh and Seattle. *American Journal of Psychiatry*, 130, 995-1001.

ROJAS, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. Salvat. Barcelona.

ROSENTHAL, P. A., y ROSENTHAL, S. (1984). Suicidal behavior by preschool children. *American Journal of Psychiatry*, 141, 520-525.

ROSS, M. W.; CLAYER, J. R., y CAMPBELL, R. L. (1983). Parental rearing patterns and suicidal thoughts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 429-433.

ROY, A. (1982). Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 1089-1095.

Aquilino Polaino-Lorente

SAXON, S., y cols. (1978). Drug abuse and suicide. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 5, 4, 485-495.

SCHNEIDER, P. B. (1982). Epidemiologie et suicide. *Psychologie Medicale*, 14, 3, 395-400.

SCHNEIDMAN, E. S. (1976). Suicide among the gifted. En: Schneidman, E. S.: *Suicidology: contemporary developments*. Grune & Stratton. New York.

SCHONY, W.; HOFMANN, G., y SOMMEREDER, M. (1984). Report on epidemiology of suicide in upper Austria. *Wien. Med. Wochenschr.*, 134, 12, 301-305.

TEICHER, J. (1970). Children and adolescents who attempted suicide. *Pediatric Clinics of North America*, 17, 687-696.

TEMOCHE, A.; PUGH, T., y MACMAHON, B. (1964). Suicide rates amongst current and former mental institution patients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 138, 124-130.

WARD, N. G., y SCHUCKIT, M. C. (1980). Factors Associated with Suicidal Behavior in Polydrug Abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 11, 379.

WEISMAN, M. M., y cols. (1976). Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. *American Journal of Psychiatry*, 133, 12, 1434-1438.

WOLD, C. I. (1973) *Mood changes and drugs abuses in Paroles: A final report*. U. S. Bureau of Prissions.