



- ◆ 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)

PROFILAXIS DEL SUICIDIO EN EL MARCO DE LA DEPRESION

Por

Enrique Rojas, Aquilino Polaino-Lorente y José Antonio Gutiérrez-Ariza

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Complutense.

INTRODUCCION

La prevención del suicidio es un tema capital a la hora de la consideración pormenorizada de los peligrosos que entrañan las enfermedades depresivas. No obstante, son diversas las causas que pueden provocar un intento de suicidio, aunque quizá las dos que ofrecen un mayor riesgo son las depresiones y los enfermos alcohólicos. Amén de ciertos desarrollos neuróticos que llevan a cabo actos autoagresivos, aunque sin una verdadera intencionalidad suicida. A este punto nos hemos referido detalladamente en un reciente libro (ROJAS).

Según los cálculos más prudentes suceden diariamente unos 9.000 intentos de suicidio, de los cuales acaban con la vida en más de un millar. Lo que quiere decir que la proporción aproximada entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados es de ocho a uno. En consecuencia, todos los años hay en el mundo varios millones de personas que atentan contra su propia vida, cifra ciertamente alarmante. Hasta ahora eran mucho más elevadas las cifras correspondientes a los hombres, pero en los últimos años se ha podido observar una tendencia ascendente entre las mujeres, especialmente las europeas. Por otra parte, las mujeres intentan con mucha mayor frecuencia el suicidio, aunque sin verdaderos propósitos de morir. La mujer coquetea mucho más con la muerte que el hombre.

HISTORIA DE LA PREVENCION DEL SUICIDIO

En la historia de la prevención del suicidio debemos distinguir tres etapas. La primera llega hasta el año 1956 y corresponde al período de la fundación de los principales organismos que empezaron a preocuparse activamente de este problema, concluyendo que la prevención suicida era un tema sumamente necesario a la hora de abordar estas cuestiones. La segunda establece ya una sistemática ordenada tendente especialmente al estudio y a la investigación de las enfermedades depresivas, puesto que más de la mitad de los intentos de suicidio proceden de este campo nosológico. Los nombres de RINGEL, KIELHOLZ y HOLE merecen un lugar muy destacado. Poco después este movimiento se extiende a otros países, naciendo en Estados Unidos el primer Centro para la Prevención del Suicidio (*Suicide Prevention Center*) de la mano de SHNEIDMAN y FARBEROW. La tercera etapa surge a partir de 1960 y coincide con el proceso expansivo de centros asistenciales y organizaciones dedicadas al tratamiento de esta problemática. Por esta época SHNEIDMAN publica su tratado con el título de *Suicidología*, quedando ésta constituida como una nueva ciencia que trata de todos los temas cercanos y relacionados con el suicidio.

Pero la verdad es que estas organizaciones rebasan muchas veces los límites del

psiquiatra, lo cual hace que éste debe conocer las precauciones más importantes a la hora de trazar las líneas directrices de una correcta profilaxis suicida.

Según mi experiencia personal, la gran mayoría de enfermos psíquicos que cometen un intento de suicidio avisan previamente. En ocasiones puede ocurrir que sujetos con una cierta personalidad histriónica, que después de insistentes afirmaciones acerca de su deseo de quitarse la vida y ante las cuales el médico empieza a dudar de su posible intención de morir, ya que van envueltas en una hojarasca barroca y extraña..., cometen el intento de suicidio cuando todo hacía suponer que se trataba más que nada de una estrategia psicológica montada sobre la manipulación de la idea de suicidio. Es bien sabido cómo en muchos casos el acto suicida es más bien una petición de socorro que un verdadero deseo de morir. A veces incluso el mismo acto comparte esta doble intencionalidad, con lo cual hace difícil su encuadre nosológico.

Otras veces puede ocurrir que una cierta ligereza en el alta de un enfermo depresivo que no ha sido lo suficientemente explorado en relación con sus inclinaciones suicidas, al salir prematuramente del hospital y enfrentarse con una situación parecida a la que desencadenó su «paso al acto», se vea impulsado a repetir la misma actuación autoagresiva. Un problema fundamental en este sentido es la prevención de la posible repetición de estos actos. DURKHEIM insistió en los aspectos sociológicos del enfermar, llegando a hablar de «enfermedad social» como factor desencadenante del suicidio. Pero nosotros, sin olvidar esta parcela sociogénica, tenemos que poner el acento en las manifestaciones psicopatológicas que conducen y aterrizan en el intento de suicidio. Este debe ser el obligado punto de partida.

MEDIDAS PREVENTIVAS BASICAS

La primera cuestión básica como medida preventiva de un posible suicidio es el diag-

nóstico precoz y la rapidez con que el enfermo inicia su tratamiento. Esta es la cuestión más elemental. Cuando se trata de depresiones endógenas bastante recortadas, en donde la sintomatología se ha ido instalando lentamente hasta hacerse más compacta, no suelen existir problemas de diagnóstico precoz. Otras veces puede ocurrir que el comienzo sea demasiado insidioso, con síntomas poco nítidos, de perfiles borrosos, pudiéndonos hacer pensar en la posibilidad de que se trata de otro cuadro clínico. Los modelos medicoclinicos clásicos se han ido desechando progresivamente para sustituirse por una metodología más positivista que hace referencia a la cuantificación y objetivación científica de las manifestaciones psicopatológicas. En este aspecto las escalas de evaluación conductual representan un excelente medio de trabajo, exigiendo una conceptualización previa.

Los puntos más importantes podemos resumirlos en los siguientes:

1. El diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento lo antes posible es la primera regla. Este sello diagnóstico puede llevarse a cabo mediante una escala de evaluación conductual, que en el caso de la depresión puede ser la de Hamilton, la de Beck o la de Zung. De esta manera conseguimos dos cosas: una, objetiva la profundidad de ese estado depresivo; otra, comprobar si ese puntaje obtenido corresponde ciertamente a un determinado riesgo de suicidio. Es interesante esta consideración, toda vez que algunas formas depresivas que vemos en la actualidad no presentan la rotundidad de las clásicas depresiones endógenas, existiendo una verdadera patomorfosis transcultural, especialmente referida a la desdramatización de las expresiones clínicas clásicas, unas veces, y otras, a la aparición de depresiones de diversa índole: provocadas (LANGE), cristalizadas (LÓPEZ-IBOR), por agotamiento (KIELHOLZ), etc. Cada vez son más frecuentes los cuadros en los que una tristeza inicialmente psíquica, reactiva, cuando permanece un cierto tiempo, tiende a intensificarse y a convertirse en tristeza vital, tomando ya ésta una evidente autonomía. Las metamor-

fosis contemporáneas de las enfermedades depresivas no nos deben hacer pasar por alto aquellas formas atípicas que muestran claras tendencias suicidas, como ocurre en las depresiones enmascaradas, las depresiones por mudanza, las depresiones de desencadenamiento somático, las depresiones involutivas y las existenciales, las depresiones farmacógenas subsiguientes a un proceso esquizofrénico, las depresiones en el curso de una esquizofrenia, las depresiones sociopáticas, las que ocurren en los enfermos alcohólicos..., hasta llegar a las anorexias nerviosas, el síndrome de Elphenor, las depresiones hipersomnes y el síndrome de Kleine-Levin, entre los que existen transiciones graduales en donde la inclinación autodestructiva ofrece una melodía de distinta frecuencia.

2. Por lo que respecta a la escala de evaluación conductal de Pöldinger, nuestra experiencia la hace poco aconsejable como uso estandarizado, ya que en muchos enfermos despierta inclinaciones y fantasías autodestructivas. De ahí que la valoración de la suicidalidad por este método pueda ofrecer una faceta yatrogénica. En la actualidad nosotros estamos elaborando una escala heterovalorada en tal sentido.

El impulso al suicidio es más constante y regular en las depresiones endógenas y cursa de un modo paralelo a la profundidad del estado. En estos casos el médico debe seguir más de cerca al enfermo al principio y al final de la fase depresiva, en las que ésta alcanza su máxima profundidad y su mayor inclinación tanática. La trípole tristeza-inhibición-angustia regula la posible plasmación del acto suicida.

3. El empleo exclusivo de un psicofármaco antidepressivo tricíclico, cuando las tendencias suicidas son muy marcadas, puede favorecer el que el enfermo cometa el acto suicida, ya que se puede actuar antes sobre la inhibición, mientras que la tristeza permanece más tiempo, de tal manera que al desinhibirse con cierta rapidez el enfermo puede manejar con más fluidez su propia acción y llevar a cabo un acto de autoaniquilación. No olvidemos que la función

teleológica de la inhibición no es otra que proteger de los fuertes deseos autoagresivos que el enfermo siente dentro de sí (ROJAS). Si a esta desinhibición se añade un cierto estado de ansiedad, como suele ser frecuente, el fenómeno se puede ver más facilitado aún. La medicación ansiolítica es fundamental en tales casos.

4. El tratamiento deberá ser siempre hospitalario, en tanto persistan las ideas de suicidio. Además, deberá estar sometido a vigilancia estrecha por parte del personal del centro. Es un craso error pensar que las personas que hablan mucho de suicidarse no llegan nunca a cometerlo. En más del 80 por 100 de los suicidios existen previamente avisos presuicidas que llegan por distintos canales de información: expresiones orales, cartas, llamadas telefónicas, etc. Lo que sí es cierto es que los enfermos depresivos que hacen un intento más grave son los que insisten menos en sus avisos, según la experiencia personal de nuestra casuística de 213 enfermos estudiados.

5. En las depresiones se puede observar una transición de fenómenos suicidas relativamente bien recortados. Existen, pues, una serie de fases en relación con la muerte y con el suicidio que podemos resumir así:

a) Una fase previa, en la que aparecen ideas sobre la muerte, que tienen en principio un carácter general, pero que poco a poco se van singularizando, se personalizan. Son enfermos que hablan de que «para vivir así mejor es morir», «soy una carga», «Dios debía de acordarse de mí», etc. En realidad se trata de una fase con una estructura poco nítida, en donde las alusiones al tema de la muerte se ven entrelazadas por las propias quejas y la pesadumbre de su estado de ánimo. Posiblemente nunca como en estas circunstancias tiene ocasión el hombre de analizar y observar con tanta minuciosidad la posibilidad y la realidad de su propia muerte.

b) Viene después el *estadio de la posibilidad suicida*. Empieza a revolotear por los escenarios de la mente del sujeto la posibilidad de darse él mismo la muerte.

c) Insensiblemente se pasa a la etapa si-

guiente, en la cual el enfermo permanece en una *ambivalencia frente a la idea de suicidio*. A ratos piensa que esta idea no tiene sentido, que él debe seguir luchando. En los momentos más duros se entrega a lo que parece su fatal destino. Es fundamental descubrir la realidad de esta fase para poner los medios preventivos y terapéuticos adecuados para evitar la consumación del mismo.

d) Viene a continuación la *etapa de las influencias informativas*. En la situación anteriormente dicha, el enfermo es un excelente caldo de cultivo en donde prenden con fuerza noticias o informaciones sobre otros posibles suicidios o intentos de suicidios que por uno u otro motivo han salido a la luz pública o el enfermo ha tenido información de ello. En la medida de nuestras posibilidades deberemos evitar estas nocivas influencias de información o, si ya la hubiere, vigilar y observar la actitud del paciente.

e) Con relativa frecuencia se intercala a continuación un momento clínico, que consiste básicamente en una *fijación de la idea de suicidio*, especialmente en aquellas depresiones endógenas que tienden a encronizarse. Psicopatológicamente es como si se tratara de una manifestación del pensamiento que está más cerca de la idea fija que de la idea dominante. En algunos enfermos esta secuencia no se observa, sobre todo cuando la etapa anterior ha tenido un desencadenamiento suicida o cuando la misma depresión sigue un curso más rápido.

f) Por último está la *decisión suicida*, que suele ser precedida de una operación intelectual muy estudiada, en la que el enfermo puntualiza hasta los más mínimos detalles la materialización de su actuación. En los casos de *acting out* la dinámica tiene un ritmo mucho más rápido, no dando lugar a este proceso de minuciosa hiperreflexión.

Descubrir a través de estas secuencias la variación de la idea suicida puede ser de una extraordinaria importancia preventiva. Lógicamente estos pasos no son obligados ni en este orden, ni con esa absoluta precisión.

6. Se deduce de lo anterior la importan-

cia que tiene no sólo el tratamiento farmacológico, sino también el psicoterápico. Quizá más que una psicoterapia sistematizada, que en la mayoría de los casos no procede se tratará de un apoyo psicoterápico, a través del cual la figura del médico puede aparecer como relevante a la hora de la prevención del mismo. En los depresivos se da con gran frecuencia una resistencia a aceptar ayuda. LETTIERI anota en sus historias clínicas con tendencias suicidas el ítem «está aceptando ayuda», como indicio de colaboración y mejoría. WOLD comprobó en Los Angeles que los enfermos depresivos entre los cuarenta y los sesenta años mostraban deseos de colaboración en tal sentido. MORITO ha informado recientemente que 15 suicidas reincidentes habían mostrado en su primer intento una marcada negatividad a aceptar ningún tipo de ayuda por parte del médico. Ni que decir tiene que la capacidad para inspirar confianza a estos enfermos es primordial, ya que tendrá a largo plazo una influencia terapéutica y preventiva muy beneficiosa.

7. Después de los depresivos son los alcohólicos los que cometen más intentos de suicidio. Es importante cuidar el descondicionamiento alcohólico. El alcohol diluye muy bien la tristeza y algo menos la angustia, y al suprimirlo bruscamente emerge a primer plano una depresión que estaba latente y que se encontraba más o menos controlada con dicha ingesta. Incluso a veces el cuadro depresivo que se observa es enormemente típico, recortado, haciendo un intento de suicidio con una gran rapidez. El alcohol desempeña en tales casos un papel pseudocompensador que alivia incluso y hace tolerables las vivencias conflictivas que la existencia alcohólica lleva consigo.

En otras ocasiones la acción continuada del alcohol no hace sino exacerbar sus manifestaciones depresivas o ansiosas, pudiendo llevarse a cabo impulsos suicidas bajo la acción de aquél. Podríamos hablar aquí de un suicidio encubierto, suicidio social, coincidente con una intoxicación alcohólica. Tiene, por tanto, una doble vertiente la ingesta de alcohol. Aliviar un estado psicopa-

tológico de carácter depresivo, por una parte. Por otra, este valor defensivo se va viendo descompensado por el incremento progresivo de un aserir de situaciones vivenciales conflictivas de tipo social, familiar y profesional, que hacen de esta función protectora algo endeble y sin firmeza, no siendo extraño el desencadenamiento de crisis suicidas al llegar a unas situaciones ciertamente graves en esos tres planos.

8. Un problema de enorme importancia es la prevención de la posible repetición de nuevos actos suicidas. Todos los investigadores en este terreno señalan que es más probable que se quite la vida una persona que ha cometido ya un intento de suicidio que otra que no lo ha intentado nunca. Si las tentativas han sido dos, el riesgo aumenta. En ciertos casos de chantaje suicida, muy comunes en adolescentes femeninas, se pueden multiplicar los intentos, aunque en ellos la intencionalidad de morir es nula, existiendo una manipulación del suicidio con unos fines muy concretos, que van desde la recuperación de la comunicación perdida con el entorno, hasta un recabar la atención de los demás hacia sí. No obstante, también en estos casos se deberá vigilar al paciente, puesto que, como han insistido diversos autores (P. B. SCHNEIDER, STENGEL, YAP, RINGEL, etc.), también aquí late un evidente riesgo suicida.

En este punto es importante una consideración: el peligro de la repetición de una nueva tentativa de suicidio depende primordialmente de que la anterior haya significado o no un cambio desde el punto de vista existencial. Nosotros nos hemos referido en este aspecto al valor propeutéutico que tiene en determinados sujetos el intento de suicidio, de tal manera que quedan como inmunizados contra posibles nuevos deseos o impulsos suicidas. Podríamos hablar en este sentido de *suicidios catárticos*. Existen, a grandes rasgos, dos aspectos que ofrecen bastante firmeza:

a) De repetirse los intentos de suicidio, éstos suelen recaer más en personas de edad que en jóvenes. Los ancianos con depresiones involutivas o existenciales, y verdaderos

antecedentes personales suicidas, están más inclinados a la repetición.

b) Dentro de las depresiones, ofrecen un mayor riesgo de recaída suicida las depresiones bipolares que las monopolares.

Es de gran utilidad que en el mismo servicio de urgencia en donde es atendido el enfermo que ha efectuado un intento de suicidio se realice el reconocimiento psiquiátrico lo más exhaustivo posible de los hechos que han motivado dicha conducta, antes de que la familia intente ocultar los verdaderos móviles. Esto nos ayudará a prevenir más correctamente la repetición de actos suicidas. A la familia hay que insistirle que en seguida empiecen a notar en ese familiar suyo inclinaciones autoagresivas, que nos avisen, con el fin de que ingrese en el hospital si procede o que se le ponga tratamiento, si no lo tiene, o se revise y actualice el que estaba tomando. Los exámenes periódicos son muy útiles.

La prevención del primer intento de suicidio es un gran paso, aunque puede no ser fácil. Las advertencias de los enfermos debemos tomarlas muy en cuenta y la exploración anamnéstica debe sondear esta cuestión.

RESUMEN

Los autores analizan las principales cuestiones a tener en cuenta a la hora de trazar las líneas básicas para la prevención del suicidio. La hospitalización precoz y la instalación pronta de un tratamiento psicofarmacológico adecuado, la vigilancia, la evaluación de la profundidad del cuadro depresivo a través de una escala de evaluación conductual que sea fiable, la exploración anamnéstica de las intenciones suicidas, el apoyo psicoterápico..., así como el problema de la prevención de la posible repetición de los actos suicidas serán las bases y los puntos de mayor interés práctico para una correcta profilaxis.

RESUME

Les auteurs analysent les principales questions dont il faut tenir compte à l'heure de tracer les signes de base pour la prévention du suicide. L'hospitalisation précoce et la prompt installation d'un traitement psychopharmacologique adéquat, la surveillance, l'évaluation de la profondeur du cadre dépressif à travers une échelle d'évaluation de la

conduite exacte fiable, l'exploration amnésique des intentions suicides, l'appui psychotérapeutique..., ainsi que le problème de la prévention de la possible répétition des actes suicides seront les bases et les points ayant un plus grand intérêt pratique face à une préservation correcte.

SUMMARY

The authors do analyse the main questions to be considered when outlining the basic lines to prevent suicide. The early hospitalisation and the immediate installation of a due psychopharmacological treatment, the watchfulness, the evaluation of the deepness of the depressive frame through a behavioural rating scale duly trustworthy, the amnesic exploration of the suicidal intentions, the psychotherapeutical support..., as well as the problem of the possible repetition of the suicidal actions will be the bases and the outstanding practical points facing and exact prophylaxis.

BIBLIOGRAFIA

- FARBEROW, N., y SHENEFMAN, E. S.: *The cry for help*. McGraw-Hill, Nueva York, 1973.
- KIELHOLZ, P.: "Suicidprophylaxe durch Depression-sbehandlung", *Das Arztl. Gespräch*, núm. 7 (Lyon-ponwerke Klön), 1967.
- LANGE, E.: *Der misslungene erweiterte Suicid*. Med. Jurist. Greensfragen. Heft & Fischer. Jena, 1961.
- LEITIERI, D.: "Suicidal death prediction scales", en *The prediction of suicide*. Edited by Beck, Resnik, Lettieri. Charles Press, 1974.
- MOTTO, J.: "The right to suicide: A psychiatrist's view", *Life Threatening Behav.*, 2, 184-188, 1972.
- MOTTO, J., y STEIN, E.: "A group approach to guilt in depressive and suicidal patients", *J. Rel. Health*, 12, 378-385, 1973.
- MOTTO, J.: *Depressive states and suicide prevention*. New York, 1975.
- LIPSITS, S.: "Judgements of alternatives to hospitalization", *Amer. J. Psychiat.*, 130, 892-896, 1973.
- PERRIS, C.: "The separation of bipolar from unipolar recurrent depressive psychosis", *Behav. Neuropsychiat.*, 8, 17-21, 1969.
- PÖLDINGER, W.: "Psychologie und Prophylaxe des Suizids", *Monatskurse für die Nrztl. Fortbildg.*, 17, 127, 1967.
- ROJAS, E.: "Profundidad de la depresión", *Pract. Diar.*, IV, 121, 1973.
- ROJAS, E.: "El suicidio aparente", *Actas Luso-Esp. Esp. Neurol. Psiquiat.*, II, 5, 359-370, 1974.
- ROJAS, E.: *Estudios sobre el suicidio*. Ed. Salvat. Barcelona, 1977.
- SCHNEIDER, P. B.: "Prophylaxie du suicide", *Soc. Vand. d'Hyg. Ment.*, 49 rapport, 1950.
- SCHNEIDER, P. B.: "Quelques aspects de la tentative de suicide", *Gaz. Med. Port.*, 3, 899, 1950.
- SCHNEIDER, P. B.: *La tentative de suicide*. Delachaux & Niestlé. Neuchâtel, 1954.
- SCHNEIDER, P. B.: "Recherches catamnésiques sur la tentative de suicide", *Bull. Schweiz. Akad. Wiss.*, 10, 113, 1954.
- SCHNEIDER, P. B.; PERROT, E., y MASSON, D.: "La prophylaxie du suicide chez alcooliques", *Z. Präventivmed.*, 10, 432, 1965.
- SUNLIDMAN, E. S.: "Preventing suicide", *The Amer. J. of Nursing*, 65, 111, 1965.
- SUNLIDMAN, E. S.: "Suicide prevention: The hospital's rôle", *Höp. Prat.*, 56-61, 1968.
- SUNLIDMAN, E. S.: "Perturbation and lethality as precursors of suicide in a gifted group", *Life Threatening Behav.*, 1, 23-45, 1971.
- STENGL, E.: "The prevention of suicide in old age", *Z. Pädo-Med.*, 10, 474, 1965.
- YAP, P. M.: *Processes of aging*. Ed. by Williams, Tibbitts y Donahue. Atherton Press. Nueva York, 1963.
- ZUNG, W. W. K., y WONNACOTT, T. H.: "Treatment prediction in depression using a self-rating scale", *Viol. Psychiat.*, 2, 321-329, 1970.
- ZUNG, W. W. K., y WONNACOTT, T. H.: "Index of potential suicide: A rating scale for suicide prevention", en *Prediction of suicide*. Charles Press, 1974.