

Conducta del médico general frente al paciente con riesgo de suicidio

For los Dres.:

OSCAR ARES FRELJO Y EDUARDO INFANTE LEYVA(**)

En muchas ocasiones el médico general necesariamente tiene que ponerse en contacto con problemas psiquiátricos. Por lo tanto, debe poseer conocimientos mínimos al respecto, que le permitan adoptar una actitud correcta en las distintas situaciones que se le presenten.

Este trabajo no tiene pretensión estadística, su propósito es destacar en primer término la importancia que tiene el prestarle la atención debida al paciente con riesgo serio de suicidio y en segundo término conocer las condiciones en las cuales puede descartarse dicho riesgo.

El médico general al tratar de acercarse a la comprensión del intento de suicidio, debe saber que no se trata de una entidad clínica determinada, sino de un acto sintomático que puede obedecer a distintas causas aisladas o combinadas. Como todos los síntomas de naturaleza psicógena, el intento de suicidio tiene un significado, y es la expresión de un esfuerzo de la psiquis por resolver situaciones insostenibles de conflicto y de tensión. En última instancia el mecanismo psicodinámico de la conducta suicida estaría en relación directa con el desarrollo físico, intelectual y psicológico; cuando el montante de la agresividad hacia determi-

nada persona resulta muy grande y toda posibilidad de descarga está bloqueada, es probable que la misma se dirija hacia sí representando simbólicamente la muerte de alguien.

Debemos pues pasar a considerar y analizar las distintas condiciones en las que pueden suscitarse los problemas en relación con el suicidio. En primer término, la normalidad. Nosotros los psiquiatras entendemos que una persona es normal cuando presenta ausencia de síntomas tanto a nivel psíquico como somático y ausencia de sufrimiento existencial, cuando se está adaptando felizmente a los distintos aspectos y funciones de su vida como son el dormir, comer, copular, trabajar y jugar. Es decir, que su equipo emocional básico innato está en completa armonía. Una de las más sobresalientes características en el adulto sano es que en sus relaciones humanas predominan los sentimientos positivos de amor sobre los sentimientos de miedo o de odio. Además, la persona sana tiene una filosofía implícita alegre. Quiere decir que, aunque no lo exprese, aunque no lo manifieste.

**! Trabajo presentado en el II Congreso Médico-Estomatológico de la Regional Oriente-Norte, celebrado del 5 al 7 de noviembre de 1905.

< > Psiquiatras del Hospital Provincial de (ubaⁿ or^{te} ^ Holguín^o Prov. (e Oriente,

su actitud ante la vida es alegre y posee cierta sensación de suficiencia, de capacidad y de potencia. Pero debemos ver la normalidad como una cuestión de grado. No es posible establecer una línea convencional divisoria, un puente que separaría a los sanos de los enfermos preten ciosamente.

Las personas normales, pueden en cualquier momento abrigar ideas anómalas de distinta naturaleza. Pueden tener pensamientos suicidas, homicidas u homosexuales sin que por ello exista razón para alarmarse. El médico debe aprender a no juzgar a la gente por lo que piensa.

Nuestra opinión es que por todo lo que se ha dicho creemos que el suicidio es imposible en una persona sana. Se dice que en ciertas culturas, en donde predomina un poderoso sentimiento político-religioso como en el Japón, es posible que una persona normal ante un hecho vergonzoso, una deshonra, se suicide; pero aún así, estaría por ver y resulta imposible comprobarlo.

En la personalidad histérica se ha encontrado que los individuos histéricos ostentan en su personalidad una serie de rasgos comunes que dinámicamente tienen que ver mucho con mecanismos de defensa, incorporados en su personalidad, en su carácter, producto de la angustia profunda, de conflictos y de inmadurez.

En primer lugar el egocentrismo, el deseo de llamar la atención, de granjearse la simpatía de los demás. En segundo lugar el histérico es siempre un coartado o un inhibido; la coartación en función de la capacidad intelectual que puede estar disminuida o distorsionada. Ejemplo: personas inteligentes que se van por las ramas. La inhibición, que consiste en la dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas.

En tercer lugar, el histérico se caracteriza por una insatisfacción sexual. El orgasmo resulta incompleto, sumamente débil o inexistente. Debido a esa insatisfacción presenta una gran tendencia a la dramatización y al embellecimiento. A vivir la vida como una novela, a vivirla peligrosamente.

Pero la característica más esencial consiste en una marcada tendencia a dominar a la gente y al ambiente que lo rodea. Es frecuente que se utilice la enfermedad para alcanzar tales propósitos lo que se conoce en psiquiatría como ganancia secundaria o epignótica. La amenaza de suicidio o el intento verdadero resulta un poderoso instrumento para alcanzar tal objetivo. Por regla general no sólo consigue someter a los demás, sino que además, satisface sus necesidades melodramáticas. Pero el histérico no tiene verdadero deseo de morir, es más, debido a su gran inmadurez emocional parece ser que no tiene plena capacidad para conceptualizar la muerte en su total significado. Al igual que el niño con su manera abstracta de pensar, no ve la muerte como un proceso final e irrevocable sino como un proceso reversible. Por eso al Cuerpo de Guardia acuden muchos casos de intento suicida, frecuentemente impulsivos, a los cuales sigue un rápido arrepentimiento. El éxito depende más bien de los factores imprevistos. Si en el momento decisivo se tiene a mano un veneno poderoso puede resultar peligroso; pero las más de las veces el hecho en sí no reviste mucha seriedad y no resulta necesario después hospitalizar o recluir al paciente en el Servicio de Psiquiatría. La actitud del médico en estos casos tiene mucha importarcia. Una demostración exagerada de temor o angustia por parte de él puede reforzar las motivaciones y convencer al paciente de que logró su principal propósito

aumentándose las posibilidades de que vuelva a recurrir al mismo medio.

En la psicosis maníacodepresiva. En la depresión psicótica tenemos como fenómeno fundamental una alteración primaria del estado de ánimo hacia la tristeza. Un enorme sentimiento de inferioridad, no en el sentido del neurótico de creerse inferior o subestimado, sino ya en un sentido psicótico de considerar al enfermo que no vale nada. Lo frecuente es que el paciente lo diga, que señale que debía morir y que no debían gastar un centavo en él. Todo esto está ligado a otro síntoma muy común que es la autoacusación, el responsabilizarse con la enfermedad y sentirse culpable de cosas que no ha hecho o sobrevalorar algunos errores insignificantes de su vida pasada.

Otro síntoma muy característico es el insomnio de madrugada; casi patognomónico y que nos ayuda en el diagnóstico de los casos atípicos. Síntoma que el médico general debe tener muy presente.

El deprimido, además de sentir ese profundo desprecio hacia sí mismo, sufre de un gran enlentecimiento del tiempo psíquico. A diferencia del estado maníaco en que el tiempo psíquico se acelera, en la depresión todos los procesos intelectuales resultan muy lentos y a veces imposibles. Todo esto se acompaña de una gran incapacidad física y mental y de una sensación de incurabilidad, sienten que nadie puede ayudarles, que su caso no tiene salida, que todo cuanto puede sobrevenir es malo, desastroso. Cunde el pesimismo en tanto que el paciente no tiene la menor conciencia de enfermedad.

No es de extrañar, por tanto, que las condiciones para el suicidio resulten óptimas en la fase depresiva de esta psicosis. Por eso, aunque como vamos analizando,

no todos los intentos suicidas recaen en esta enfermedad, no es menos cierto que la mayoría de los suicidios consumados sí suelen estar comprendidos en este grupo, razón que justifica cuánta precaución resulte necesaria frente a un caso de depresión psicótica.

Sin entrar en muchas formulaciones psicodinámicas, ahora nos es fácil comprender el porqué de esa casi increíble y persistente tendencia autodestructiva del deprimido. Efectivamente podemos comprobar que el paciente está convencido de haber causado grave daño, enormes sentimientos de culpabilidad lo atormentan, se considera un criminal de la peor especie, que como tal, merece el peor de los castigos. Al no tener conciencia de enfermedad siente sus síntomas como una realidad. De ahí que llegue a la conclusión lógica de que la única salida resulte la auto ejecución. Diríamos que se convierte en su propio fiscal acusador, su juez y verdugo. Esta es una explicación superficial de los mecanismos del intento de suicidio, pero suficiente para que el médico comprenda el porqué de tan extremas y fuertes tendencias autodestructivas.

En este grupo de pacientes se han descrito una serie de señales de peligro que anuncian la inminencia del suicidio. Estas señales no pueden tomarse al pie de la letra, dependen en cierto grado del juicio clínico y de la experiencia individual: a) Depresión profunda. El paciente que se encuentra extraordinariamente abatido, tan abatido que apenas puede moverse, o por el contrario, el paciente sumamente intranquilo. b) El paciente que oculta pensamientos o ideas de suicidio. La inmensa mayoría de los suicidas antes de consumir la acción no las han comunicado previamente. Más bien incluso tratan de ocultar síntomas y de aparentar que están bien. En realidad.

del médico debe pensar seriamente en el riesgo de suicidio, si tiene la convicción de que el paciente está profundamente deprimido y no hace mención del asunto. c) El paciente con ideas delirantes depresivas que puede estar convencido de que es responsable directo de determinadas catástrofes o con ideas delirantes hipocondríacas que puede asegurar, por ejemplo, que sus intestinos se han cerrado, etc. La presencia de un delirio tan definido aumenta el riesgo de una tentativa de suicidio, d) Una historia de anteriores intentos de suicidios es de valor indudable, porque nos da una pauta del curso que puede seguir la presente reacción, e) Aumento del peligro en la fase de recuperación. Parece que mientras más profunda la depresión es mayor la inhibición de la acción, lo cual dificulta grandemente ejecutar la acción y que durante la fase de restablecimiento persisten aún las tendencias cuando ya es posible desarrollar una actividad mayor.

Estas son las señales de peligro más sobresalientes que el médico general debe conocer, existen otras de interpretación más fina que pertenecen al campo de la psiquiatría mayor y que no es necesario discutir las aquí.

En la esquizofrenia. La esquizofrenia se caracteriza por una alteración fundamental del sentimiento y del pensamiento. A través de la alteración del pensamiento el paciente puede creer estar bajo la influencia o bajo el poder de ciertas fuerzas externas. Puede oír voces que le ordenan hacer cosas, mutilarse o matarse. En nuestra experiencia personal hemos visto pacientes esquizofrénicos, en buena proporción con intentos suicidas. Principalmente en la esquizofrenia de tipo paranoide en la cual el paciente, en un intento por librarse de la persecución, decide adelantarse quitándose la vida.

Hay otras condiciones de menor cuantía que pudieran presentar algún riesgo de suicidio y que el médico debe conocer como son: el alcoholismo agudo, los estados de pánico y los delirios.

El alcohol rompe las inhibiciones y es posible que al igual que afloran de ordinario una buena cantidad de impulsos que están bajo control, existan tendencias suicidas latentes que se hagan manifiestas y se lleven a vías de hecho.

En el estado de pánico, cualquiera sea su causa, el individuo puede llegar a suicidarse. En primer término, porque el miedo puede ser tan abrumador que produzca una pérdida de las facultades del juicio, del autocontrol y de la inteligencia y en segundo término, porque el suicidio puede ser una salida al conflicto creado por impulsos homosexuales o agresivos inaceptables.

Durante un delirio de cualquier naturaleza, tóxicoinfeccioso, cardíaco, etc., el paciente puede ocasionarse la muerte fortuitamente si no está lo suficientemente protegido. Tal vez no sea un suicidio en el sentido estricto de la palabra, pero no es menos cierto que el paciente muere como resultado de sus propios actos.

Para terminar queremos decir que el criterio popular del suicidio está basado, en que el mismo, es una reacción lógica frente a situaciones de la vida difíciles de soportar. Sin embargo, la experiencia clínica indica que la gravedad del dolor, y del padecimiento físico no sólo no aumentan el riesgo del suicidio, sino que a decir verdad, plantean muy pocos problemas a este respecto. En los hospitales para enfermos crónicos, en los hospitales oncológicos, etc., este riesgo no es un factor importante. Como hemos expuesto, el intento suicida representa una forma extrema de autodestrucción y de autocastigo que

tiene por fin aliviar los atormentadores remordimientos de conciencia producidos por impulsos hostiles cargados de culpa. La conciencia convertida en verdugo exige alguna clase de sufrimiento indiscriminado

sea autoimpuesto inflingido o producido por el dolor o la enfermedad. Por lo tanto si la enfermedad, el dolor o la situación externa ocasionan serios sufrimientos ello puede ser suficiente para tranquilizar al verdugo.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Levine*: Psicoterapia.
 2. —*Mira* y *López*: Tratado de Psiquiatría.
 3. —*Snbert, B.*: The Threat of Suicide in Psychotherapy. American Journal of Psychotherapy. Vol. XIX, Number 1. Jan. 1965, pág. 99.
 4. —*Fenichel*: The Psychoanalytic Theory of Neurosis.
 5. *Rivera y Arenas*: Suicidio en Enfermos Mentales. Estadísticas en el Hospital. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana. \ oí. V, No. 1. Enero-Feb-Marzo, 1964.
 6. *Gould, R.*: Suicide Problems in Children and Adolescents. American Journal of Psychotherapy. Vol. XIX, Num. 2, April, 1965 pag. 228.
- Rev. Cub. Med. 5: 187-218, Mar-Abr. 1966