

La conducta suicida como proceso

Suicidal Behavior as a Process Comportamento suicida como um processo

Alejandro Gómez Chamorro  *

Universidad de Chile, Santiago, Chile

Resumen

El suicidio puede ser estudiado como un evento discreto o como un proceso en que las tendencias autodestructivas evolucionan progresivamente por la interacción de experiencias actuales y experiencias traumáticas vividas durante el desarrollo. En este artículo se aplica el concepto del suicidio como proceso, a través del estudio de dos casos clínicos. Como marco teórico se emplea la teoría cognitiva de la suicidalidad y la teoría de Shneidman del dolor psíquico.

Palabras clave: Suicidio, Intento de suicidio, Proceso suicida

Abstract

Suicide can be studied as a discrete event or as a process in which self-destructive tendencies evolve progressively under the interaction of current experiences and trauma experienced during development. This paper explores the concept of suicidal behavior as a process, through the analysis of two cases. The cognitive theory of suicidality and Shneidman's theory of suicide as an escape from psychic pain, were used as a theoretical framework.

Keywords: Suicide, suicide attempt, suicidal process

Resumo

O suicídio pode ser estudado como um evento discreto ou como um processo no qual tendências autodestrutivas evoluem progressivamente por meio da interação de experiências atuais e experiências traumáticas vividas durante o desenvolvimento. Neste artigo, é aplicado o conceito de suicídio como processo, por meio do estudo de dois casos clínicos. O quadro teórico utilizado é a teoria cognitiva do suicídio e a teoria de Shneidman da dor psíquica

Palavras chave: suicídio, tentativa de suicídio, proceso suicida

DOI: 10.5281/zenodo.5205198

*Contacto: algomezcham@gmail.com Es Médico Cirujano, con especialidad en Psiquiatría y Salud Mental, con Formación en Terapia Cognitivo-Conductual en el Beck Institute for Cognitive Therapy (Philadelphia). Se desempeña como profesor asociado en el departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Cuenta con numerosas publicaciones en la materia. El año 2017 se le otorga la distinción de Maestro de la Psiquiatría Chilena por SONEPSYN (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile). Máxima distinción en Chile.

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio ha sido definido por la OMS como el acto de matarse deliberadamente, iniciado y realizado en pleno conocimiento y expectativa de su resultado fatal¹. El término es de aparición en el español relativamente tardía, y data de 1787, aunque ya en 1654 se registra la forma concreta *suicida*. En el siglo XII el teólogo francés Gauthier de Saint Victor empleó por primera vez en latín la palabra *suicida*. En inglés Walter Charleston empleó *suicide* en 1651, mientras que en francés la voz *suicide* aparece documentada desde 1734.

Cuando los actos suicidas no logran su fin, se emplea el término *intento de suicidio*. Mucha de la investigación en suicidio se ha realizado en sujetos que han efectuado intentos, puesto que pueden dar cuenta de su estado mental al momento de cometer el acto. Puede existir conducta autodestructiva sin intención de provocar la muerte; habitualmente en tales casos lo que se persigue es liberación emocional, un efecto catártico o un resultado interpersonal. En este caso se habla de *autodaño deliberado* y frecuentemente consiste en heridas o contusiones autoprovocadas.

Por último están las ideas suicidas (*ideación suicida*), que pueden variar desde pensamientos que refieren el deseo de morir hasta ideas configuradas que conforman planes suicidas. Las ideas suicidas pueden acompañarse o no de intención suicida. Pueden ser comunicadas, de modo más o menos directo, verbalmente o por otros medios. La clasificación de los actos autodestructivos es una tarea no concluida dado que existe una multiplicidad de términos y distintas definiciones.

En el suicidio confluyen una miríada de factores que hacen su análisis muy complejo: factores sociales, psiquiátricos, psicológicos, psiquiátricos y neurobiológicos, entre otros. Émile Durkheim (1982) estudió los factores sociales que influían las tasas de suicidio en Francia, particularmente los relacionados a la integración social. Durkheim distingue cuatro tipos de suicidio: altruista, egoísta, anómico y fatalista. El concepto de suicidio anómico ha sido muy elaborado al estudiar las variaciones de la frecuencia de suicidios en sociedades crecientemente afluentes y secularizadas. Una importante línea de investigación ha explorado el rol de los factores económicos, sociales y culturales en el suicidio (por ejemplo, la cesantía y las crisis económicas). (Blakely, Collins, Atkinson 2003).

Del punto de vista psiquiátrico, se ha encontrado una estrecha vinculación entre enfermedad psiquiátrica y suicidio y lo mismo con el intento de suicidio (Arsenault-Lapierre, Kim, Turecki 2004).

Otras investigaciones han intentado comprender el suicidio desde la psicología. En el psicoanálisis un papel relevante se ha asignado a la pulsión agresiva (“tanática”) dirigida contra el sujeto. Una parte del psiquismo (en su versión más clásica el *super yo*) asume el papel de aniquilar a la otra. Aquí cabe citar a Freud, un autor capital, con su célebre texto “El duelo y la melancolía” (Freud 232). Karl Menniger (1972) caracteriza al suicidio como un “homicidio invertido.” Los suicidas tienen tres deseos: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Este autor describe manifestaciones autodestructivas, a veces inaparentes, que puede tomar el impulso agresivo.

La orientación cognitiva (o cognitivo-conductual) ha señalado una serie de factores cognitivos que pueden incrementar la vulnerabilidad a responder de modo suicida, y los clasifica en *contenidos cognitivos y déficits de procesamiento* (Wenzel, Brown, Beck 2013). Los primeros incluyen la desesperanza (Beck, Kovacs, Weissman 1975), la ausencia de razones para vivir, una percepción reducida de apoyo social y el perfeccionismo. Los segundos abarcan la rigidez cognitiva, los déficits en la solución de problemas interpersonales, la impulsividad y la intolerabilidad al estrés. Existen *modelos comprensivos* como el modelo de derrota y atrapamiento (Taylor, Wood, Gooding, Tarrier 2012), la teoría psicológica-interpersonal del suicidio (Joiner 2005), la

¹OMS. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001

teoría modal del suicidio (Rudd, Joiner y Rajab 2001) y la teoría del suicidio como respuesta al sufrimiento psíquico (Shneidman 1985).

La teoría modal sostiene que el riesgo de suicidio se eleva cuando se activa un modo de funcionamiento psicológico específico (*el modo suicida*). Éste incorpora: cogniciones, que incluyen un sistema de creencias suicidas referido al sí mismo, los demás y el futuro; una penetrante desesperanza o impotencia, y una percepción de intolerabilidad. La activación del modo suicida se acompaña de emociones de tonalidad negativa intensas (dolor psíquico). Los estímulos que despiertan el modo suicida lo hacen a través de la activación de esquemas cognitivo-afectivos con gran carga emocional². Cuando el modo suicida se activa, el sujeto puede verse impelido a buscar alivio de su sufrimiento emocional mediante el suicidio. Young (1990) ha identificado 16 esquemas tempranos básicos y un instrumento para identificarlos.

Schneidman (1996), considerado el padre de la suicidología moderna, propone que el suicidio es producto del dolor psicológico, psíquico o mental (*psychache*), experimentado por la persona cuando éste es percibido como intolerable, inescapable e interminable. Los estados afectivos negativos previos al suicidio (por ejemplo rabia, culpa, vergüenza, angustia, depresión, desesperanza, sensación de vacío) son relevantes en la medida que se relacionan a un sufrimiento psíquico intolerable. Si tales emociones y experiencias negativas se vuelven una experiencia generalizada de sufrimiento, la persona puede intentar escapar a través del suicidio. El dolor psíquico se origina en la frustración de necesidades psicológicas básicas e idiosincráticas, que por distintas razones son centrales para el funcionamiento y cuya frustración no puede ser tolerada. Basándose en la teoría de la personalidad de Murray (1938), enumera veinte necesidades psicológicas básicas³. En cada caso de suicidio se puede identificar una o más necesidades frustradas. Por lo tanto en una perspectiva clínica su identificación tiene gran interés. Así, las necesidades más apremiantes en una persona pueden ser las de dominio, agresión y logro, y en otra las de protección, consuelo y aceptación. Su carácter específico puede rastrearse a la historia personal.

Por consiguiente, este autor define el suicidio como “un acto consiente de autoaniquilación percibido como la mejor solución por un sujeto que sufre un malestar pluridimensional” (Shneidman 1985). Persistiendo aspectos por clarificar, el dolor psíquico se ha posicionado como un concepto relevante en la suicidalidad y puede ser el eslabón final de una serie de estados psicológicos que culminan en la conducta suicida.

En este artículo se pretende ilustrar el concepto de la conducta suicida (y el suicidio) como un *proceso* en que las tendencias suicidas evolucionan paulatinamente en base a la interacción de experiencias particulares actuales y experiencias traumáticas vividas durante el desarrollo (Maris 1981), y que conducen al ámbito psicológico que Litman (1990) ha llamado la “zona suicida.” En esta visión la suicidalidad no puede ser completamente explicada por factores situacionales. Otros autores han apoyado esta visión (Sveticic, de Leo 2012). Otto Kernberg ha llamado a esto mismo “suicidio como estilo de vida” (Kernberg 1987).

Para ello se presentará dos casos clínicos del autor que servirán de base para una discusión posterior. Los pacientes autorizaron que sus historias fueran reseñadas. Las identidades y otros datos de ellos han sido modificados con el propósito de proteger su anonimato.

²El concepto de esquema se refiere a un tema o patrón amplio, que está compuesto de memorias, afectos, cogniciones, y sensaciones corporales, que se refiere a al sí mismo y la relación con los demás, desarrollado durante la infancia o adolescencia, elaborado a lo largo de la vida, y que es disfuncional en un grado significativo (Young, Klosko, Weishaar 2003). Young ha identificado 16 esquemas y elaborado un cuestionario para identificarlos.

³Las necesidades psicológicas básicas mencionadas por Shneidman son: sometimiento; logro; afiliación; agresión; autonomía; prevalecer; defensa o vindicación; deferencia; dominio; exhibición; evitación de daño; inviolabilidad del espacio personal; nutrir a otros; orden; juego; rechazo; sensibilidad; evitación de humillación; recibir apoyo, ayuda, protección, consuelo, cuidado; alcanzar comprensión.

2. CASOS CLÍNICOS

i. Caso de Juan Pablo

Juan Pablo es un arquitecto de 52 años, soltero y sin hijos. Vive solo en una localidad costera desde fines del año 2018.

Efectúa un primer intento de suicidio en el mes de abril del año recién pasado y un segundo a fines de octubre. Tras un mes de meditarlo intenta asfixiarse con una bolsa de plástico. En la semana previa ordena sus finanzas, envía una carta de despedida a un amigo y rotula todos sus objetos de valor con los nombres de los destinatarios póstumos. Fue “una noche rara,” en la cual fumó varios cigarrillos, salió a mirar el mar, y al volver envolvió su cabeza en la bolsa. Sin embargo, no pudo lograr un cierre hermético y tras varios minutos desistió “porque esto iba a demorar una eternidad.”

Acepta que la tentativa puede haber fallado porque quizás no estaba completamente convencido de su decisión. En el tiempo que siguió hasta el segundo intento, describe su estado como “todo mal, decadente, con alcohol, cocaína, etcétera, un asco.” Consideró recurrir al ahorcamiento, pero estimó que le iba a dar un espectáculo “demasiado macabro” a su hermana si ella lo encontraba. Decidió por lo tanto efectuarse cortes en el cuerpo para desangrarse en la tina del baño. De este modo la sangre sería lavada por el agua y no parecería un suicidio. Compró hojas de afeitar y a las diez de la noche del 31 de octubre fumó un cigarrillo, se puso un traje de baño y entró a la bañera, efectuándose numerosos cortes y adormeciéndose con el agua tibia. Despertó en la madrugada, sintiéndose débil y con frío. Salió de la tina, se parchó, comió y se preparó para la posible visita de su hermana. Ésta finalmente se retrasó diez días. “En esos días estaba como en un trance, como envuelto en algodón.” Compró nuevas hojas de afeitar, para intentar el suicidio nuevamente “en algún momento, total ya tenía la decisión tomada.” Dice que estaba seguro que se suicidaría antes del fin de año, para lo cual sólo faltaba poco. Durante la segunda semana de noviembre llegó la hermana con un amigo. Si bien escondió las señas de sus cortes, cree que “algo notaron, porque le pidieron que consultara.” La consulta se produjo a fines de ese mes.

Al momento de consultar señala sentirse “con la cabeza plana, nada me alegra, desesperado por no poder dormir.” No es capaz de trabajar, y redactar cualquier cosa le resulta “una tortura.” Señala que ya no tiene capacidad para entusiasmarse, y que ha “perdido el sentido de las cosas.”

Juan Pablo vivía en Francia y regresó el año 2014. “Para mí fue un nuevo comienzo.” Trabajó en una universidad, y el 2015 comenzó a trabajar con un socio. Se entusiasmó, pensando que tendría estabilidad laboral y sería “algo definitivo.” Por ello invirtió dinero y trabajo. La alianza fue muy productiva durante un tiempo, pero a mediados de 2019 comienza a notar irregularidades en el manejo del dinero. Rompe con su socio y deja la oficina (diciembre de 2019). Entonces decide irse a la casa de veraneo de la familia, en un principio buscando “descansar,” considerando la posibilidad de trabajar por vía remota. Estuvo bien, recibiendo la visita de su pareja francesa y de algunos de sus hermanos. En el mes de agosto se produce el fallecimiento del padre. A partir de este hecho se “desintegra la familia,” al exteriorizarse numerosas situaciones que hasta entonces no eran evidentes. Se siente progresivamente decaído e inicia un “período de reflexión.” En sus cavilaciones, piensa recurrentemente que fue “abusado de confianza,” se autoreprocha (“hice puras leseras”) y se rotula como “un fracasado.” Se pregunta “para qué seguir” y argumenta que “no siendo casado y no teniendo hijos, para qué tener una casa o un auto.” “No puedo culpar a la mala suerte, porque gané dinero y tuve mujeres lindas conmigo; pero ahora no tengo proyectos y no vale la pena vivir; ya tiré la esponja.” En marzo de 2020 llega la pandemia a Chile y la consiguiente disminución de ofertas de trabajo acentúa su sensación de futilidad. En ese contexto emocional, comienza a pensar en el suicidio, al cual ve como una “escapatoria; creo que la muerte es una buena compañera.”

No había efectuado intentos suicidas con anterioridad. Relata que durante 2008, en relación

al fracaso financiero de una empresa que había formado con dos socios y el periodo siguiente de prolongada inestabilidad, se deprimió intensamente y presentó ideas suicidas.

Nació en Argentina. Su padre fue un hombre de negocios de origen francés, que vivió en numerosos países, trasladando a su familia a sus sucesivas destinaciones, en África, Europa y Latinoamérica. Fue el menor de siete hermanos. Describe su familia como “no tradicional, en que funcionaba el *sálvese quien pueda*.” Con todo, considera que su infancia fue “maravillosa.” En algún momento los tres hermanos mayores se vinieron a Chile y él continuó el periplo con los padres. La última estadía fue en Roma (1978-1988), y ahí presentó problemas académicos y de conducta. Su padre quiso ponerlo en un internado, por lo que propuso venirse a Chile e ingresar a la Escuela Naval (1985). Los padres volvieron a Chile en 1988, Juan Pablo entró a un preuniversitario y luego a la universidad, graduándose con buenas calificaciones. Viajó entonces a Francia a realizar un post grado y al terminarlo fue contratado en una empresa y continuó otros estudios. Alrededor de 1997 inicia una relación de pareja que duró tres años y después otra relación duradera. Ninguna de éstas se formalizó. “Nunca me hice a la idea de hacer familia.” “Con Marie cometí el error de dejar la decisión para después.” De hecho, ella lo abandonó tras insistirle en su deseo de tener hijos. Reconoce que “primó siempre el deseo de libertad, no sabía lo que quería y en algún momento me volvería a Chile; ahora, a los 52 años, ya no me comprometí.” “A veces ni me arrepiento ni lo echo de menos. Es la vida que tengo; pero... nadie depende de mí y no le voy a traspasar nada a nadie. Acá vivo solo, yo me hago todo, las compras, la comida, etcétera.”

Su padre era “una fuerza de la naturaleza”: una persona de mucha energía, aventurero, comprometido con la familia –aunque pasaba poco tiempo con ella– y muy fuerte. “Nunca lo vi depresivo.” Nació el año 1933. Tuvo una vida muy difícil cuando su propio padre –un militar francés–, tempranamente falleció. Dado que su tía materna vivía casada en Chile, decidió venirse a vivir con ella, cuando tenía apenas 18 años.

La madre de Juan Pablo falleció el 2012 en París. Siempre estuvo más cerca de ella: “éramos como amigos.” A diferencia del padre en que prevalecía la euforia, su madre era “como una hormiguita” y muy posiblemente una persona depresiva.

Cuando Juan Pablo regresa a Chile el año 2014 se va a vivir con su padre. Sin embargo, al tiempo éste debe ser trasladado a un hogar de ancianos. Lo visitaba frecuentemente y salían a almorzar. La relación con el padre siempre fue difícil e inestable, dado que era muy cambiante y podía pasar de ser muy afectuoso a “enojarse, echarme, cortar relaciones por semanas y después volver a llamar.” También era “cizañero,” generando conflictos entre los hijos, lo cual provocaba una gran tensión entre ellos. Otras veces jugaba haciendo ofertas de herencia a los hijos. “Era una forma de mantener el control, dividir para reinar.”

ii. Caso de Andrea

Al consultar Andrea tiene 22 años y es estudiante de una carrera de la salud. Es la mayor de tres hermanos. Sus padres están separados. El padre es empleado público y la madre es dueña de casa. Tras la separación, el padre formó otra familia, hace seis años, con la cual tiene dos hijos.

Sus antecedentes clínicos combinan episodios de autodaño deliberado, trastornos del comer (purga-atracones), episodios de ingestión masiva de alcohol, conducta sexual de riesgo e intentos de suicidio. Los episodios de autodaño comenzaron entre los 13 y 14 años, y entre los 15 y 16 años los de ingestión masiva de alcohol y de sexo riesgoso. A los 14 años realizó el primer intento de suicidio mediante ingestión de diversos fármacos (alrededor de cincuenta tabletas), y a los 15 años otros dos más con el mismo método. A los 21 años efectuó una tentativa con ideación e intención suicida definidas. Desde entonces ha presentado diversos episodios de intoxicación alcohólica y autodaño.

Andrea proviene de una familia disfuncional. Tanto padre y madre abusaban frecuentemente del alcohol y tenían una conflictividad abierta que persiste hasta ahora, a pesar de estar separados. Presenció muchos episodios de violencia entre ellos y fue involucrada en la dinámica parental convirtiéndose en el apoyo emocional de la madre. Frecuentemente Andrea preparaba las comidas de los hermanos, porque los padres no estaban en condiciones de hacerlo. “Estaba entre mi mamá que trataba de salvar algo, un intento de familia, lidiando con sus propios abandonos, su propia ausencia de figuras parentales, y su esposo que estaba abandonándola. Por su parte, mi padre tratando de vivir sus años de juventud, porque había sido padre joven con muchos hijos.”

Dice que vivió un “período oscuro,” de excesos. “al comienzo era por puro placer.” “El problema es que me sentía vacía por dentro, y no podía verbalizar lo que me pasaba.”

Estuvo en varios colegios, porque el trabajo del padre implicaba traslados cada uno o dos años a distintos lugares del país. Durante la enseñanza básica la familia permaneció en una ciudad del sur de Chile. Debido a la enfermedad de la abuela paterna tuvieron que trasladarse a Santiago, donde cursó un año en un colegio y terminó la enseñanza media en otro. Estos cambios fueron muy desestabilizadores. Fue un período “horrible,” tanto por el desarraigo que experimentó como por la conflictividad exacerbada entre los padres. Su dedicación sostenida al estudio la mantuvo organizada, a la vez que le permitió obtener calificaciones suficientes para ingresar a una exigente carrera universitaria.

Alrededor de los once años de edad sufrió un episodio de abuso sexual por parte de un primo, quien ya había abusado de otra prima. Después que ésta falleció en un incendio, Andrea exteriorizó lo ocurrido. Estima que no recibió el apoyo de los padres que esperaba, y que su reacción le pareció inauténtica.

Entre 14 y 15 años descubrió que mediante el daño autoinfligido podía “potenciar mi dolor emocional y experimentar una catarsis.” En ese período también se iniciaron los episodios de atracones y purgas. “Comencé a destrozarme aspectos de mi vida, con una espiral de daño; así me sentía mejor.” Un día, antes de que la llevaran al colegio, ingirió muchas tabletas (“de todo”). Presentó intenso dolor abdominal y llamaron a los padres. Éstos sólo se preocuparon de los aspectos médicos del caso: nunca le preguntaron sobre su motivación o las causas que tuvo para haber intentado el suicidio.

Andrea consultó en diciembre de 2019, tras un episodio de ingestión de alcohol y cortes en la muñeca. Meses antes había estado hospitalizada tras una tentativa suicida muy grave. Siempre presenta angustia y se siente muy triste, sin deseos de hacer nada, ni de levantarse ni bañarse. Lo más desesperante es la sensación de vacío que la embarga desde de los 13 años. Siente que es una carga para los padres y los hermanos. Cree que la causa de todo esto es que “en un momento me hicieron que fuera no su hija, sino la mediadora de la relación entre ellos. Tuvieron una separación fea y me metieron al medio, me hicieron parte de eso.” A veces pasa una semana bien y después se reinicia la angustia nuevamente.

Se reconoce muy sensible a los estados emocionales de la madre. “La separación con el padre es una separación a medias; llega frecuentemente, da órdenes y algunas veces duerme con la mamá.” En términos generales, el carácter del padre es autoritario, y tiene oscilaciones intensas del ánimo. Por su parte, la madre es sumisa e inestable, incapaz de moderar su consumo de alcohol. No tiene término medio: tomarse uno y tomarse todo“. Andrea también reconoce tomar mucho, “hasta morirme de lo borracha que estoy; por eso estudiar me hace bien”. Las conductas de auto daño por lo general ocurren durante estos episodios de ingestión.

Explica su deseo de morir: “fue esa sensación de sentirse tan vacía, de repetir cosas. La búsqueda de que algo pase, algún cambio. Iba repitiendo el mismo patrón y repitiendo los mismos traumas.”

Andrea tiene antecedentes de suicidio en parientes de segundo grado tanto en la línea materna como paterna.

Andrea escribió un relato sobre su último intento de suicidio y autorizó que algunos párrafos fueran incluidos en este artículo.

“En un principio (años atrás) era pena y dolor lo que sentía, me sentía profundamente herida. Con el paso de los años aprendí a contenerme, a dejar a un lado lo que sentía porque no era mi momento para liberarlo, había cosas o personas más importantes que yo. Poco a poco esa pena que sentía se fue convirtiendo en angustia, ya no había llantos ni gritos, era una sensación de ahogo, que a veces me llevaba a sentir cómo mi corazón latía más rápido y me faltaba el aire.

“Al fin salí de vacaciones. Aprobé todo y me sentía en calma. No eran las vacaciones en sí lo que me animaban sino el hecho de que había encontrado el “momento perfecto” para terminar con mi vida.

“Creo que era el momento perfecto para mí, mis amigos no notarían la ausencia y la desconexión, mi familia no notaría el hecho de estar aislada en mi pieza.

“Traté de comportarme lo más “normal” posible, no quería que nadie sospechara. Recuerdo que la primera semana de vacaciones me enfoqué en dormir y estar sola, me sentía muy cansada. El 10 de julio apagué el celular, me desconecté de todos y de todo. Sentía que así sería más fácil, no para mí sino para quienes me rodeaban. Fueron tres días de mucha ansiedad. Cada día me levantaba muy tarde, comía poco y consumía mucho alcohol, también fumaba mucho.

“Era una cuenta regresiva que no podía detener por nada ni nadie. Me propuse bloquear todo en mi mente y enfocarme en mi decisión. Cada botella de vino era mejor que la anterior. Me perdí en el alcohol.

“Lo usé como anestesia para mi alma y mi cuerpo. Sabía que lo que estaba a punto de hacer dolería pero nunca tanto como el vacío que sentía. ¡Qué curioso que el vacío duela! Me dispuse a escribir. Mi carta iba dirigida a mi mejor amiga, al escribir esperaba que me entendiera y perdonara por dejarla. En la carta no hubo culpables. Sólo líneas y líneas de disculpas y explicaciones. Traté de ser lo más coherente posible pero la mezcla de ansiedad, alcohol y nerviosismo no ayudaban mucho. De fondo mi madre hablaba, pero en mi cabeza sonaban como ecos sin sentido. Seguí bebiendo. Ya faltaba poco y la ansiedad aumentaba, tal y como me siento en este momento. Recordar es doloroso pero mi cabeza no me deja en paz.

“Terminé mi carta. De las cosas que recuerdo haber escrito están el decir que me sentía profundamente herida y sola, muy cansada. Me sentía egoísta por lo que estaba a punto de hacer. Lamentaba el dolor que les provocaría pero nada de eso me importaba. Por primera vez en la vida estaba pensando sólo en mí y no en los demás. La pena duraría meses, un par de años quizás pero como todos lo hicimos cuando alguien murió, continuarían con sus vidas. Y es que ya no podía pretender ser la salvadora de un mundo en el que yo estaba completamente destruida.

“Había cosas por ordenar así que me dispuse a hacerlas. Hice mi cama, ordené mi ropa y guardé mis cuadernos. Estaba lista. Al fin descansaría de mí. Todo estaba a punto de terminar.

“No sé bien por qué lo hice pero un par de horas antes prendí el celular. Quizás esperaba algún mensaje que cambiara las cosas o simplemente era para confirmar mi completa irrelevancia. Así fue. Ni un solo mensaje. Nadie había notado que desaparecí. Mandé dos mensajes. Uno a quien le había escrito la carta diciéndole: “Dejé todo escrito”. El segundo a un amigo con un simple “perdón”. Apagué nuevamente el celular. Era hora. Bebí un poco más, mucho más.

“Mi mamá me besó con ternura, tal y como lo hacía cada noche. Volví al baño y abrí el agua. Mientras esperaba que la tina se llenara me miré al espejo. Sentí asco. Asco de mí misma, una repulsión por aquella persona desesperada que se miraba buscando una salida. Las lágrimas no salieron. Mi respiración se aceleró y mis manos temblaban sin parar. Puse música fuerte.

“Me metí a la tina con ropa, sería la misma ropa con la que me enterrarían.

“El agua estaba perfecta.

“Me recosté, tomé el cuchillo, respiré profundo e hice el primer corte. No fue lo suficientemente profundo ya que mis manos tiritaban demasiado. Volví a respirar y sentí rabia. Volví a cortar. Esta vez sí dolió y la sangre salía profusamente. Volví a cortar sobre el anterior. Solté un pequeño grito de dolor pero se ahogó en el sonido de la música y del agua. El alcohol no estaba funcionando como anestesia. El agua comenzó a ponerse rosada, cada vez más oscura. Comencé a sentir un hormigueo en las manos.

“Junté fuerzas y volví a cortar todo lo que más pude. Ya no temblaba. Respiraba cada vez más tranquila. Me dio sueño y cerré los ojos. Pasaron unos minutos y el agua estaba roja. Me sentí aliviada. A lo lejos sentía que alguien tocaba la puerta. Yo sólo podía pensar “ojalá que los cortes hayan sido suficientes”, mantuve los ojos cerrados y me entregué.”

Hasta aquí el texto de Andrea.

3. DISCUSIÓN

Ambos casos ilustran cómo el acto suicida es resultado de una progresión que arranca en la infancia y concretamente de la vida familiar. Comentaremos algunos aspectos descriptivos de cada uno y al final se intentará una reflexión sobre ambos.

Juan Pablo impresiona como sociable y extravertido, de contacto agradable, asequible, flexible y bien dispuesto a entregar la información que se le solicita. Su regulación emocional proviene principalmente de la relación interpersonal. Es dependiente pero la dependencia no se exterioriza, puesto que valora en gran medida el sentirse libre. Ello sugiere la existencia de un conflicto sociotropía-autonomía. De hecho, un patrón constante en su vida ha sido eludir los compromisos emocionales, porque teme íntimamente que estos deriven en abandono. Se siente más cómodo “dando un regalo que recibéndolo.” Espontáneamente señala que no se ha sentido especial para nadie. “Por eso, me he buscado una vida solo.” Plantea esto como “algo” que le ha ocurrido, pero no le es fácil asumirlo como un destino que se ha forjado.

Es posible que estas percepciones arraiguen en el peculiar estilo familiar de su grupo primario. En el cuestionario de esquemas personales de Young, adhiere completamente a afirmaciones como “no he contado con alguien que me nutra, comparta conmigo, o se preocupe profundamente de todo lo que me ocurre a mí” y “durante la vida no he sentido que yo sea especial para alguien.”

Esto explica que las sucesivas pérdidas de su proyecto laboral y poco después la muerte del padre, hayan suscitado en Juan Pablo una sensación de profundo desarraigo y pérdida de sentido. Lo señala: “más que la muerte de mi papá, esta familia, que tenía dos pilares, ya no existía. Había varias familias y un tremendo vacío de liderazgo. Aparecieron otras personalidades que estaban atenuadas. Se desmoronó todo, la caída de la familia y la muerte afectiva de mis hermanos en mis afectos.” Finalmente, comparte la afirmación “si yo pereciera, nadie se daría cuenta.”

Es paradójal que habiendo cultivado un estilo consistentemente autónomo, su destino esté hoy en manos de otros, sus colegas y sus hermanos, que percibe perdidos tras el término de la oficina y el derrumbe de la familia, “que ya no es una familia.” Frente a ambas situaciones, reconoce que puede haber tenido una reacción extrema, de ruptura y escape, al percibirla en forma derogatoria (“paranoica,” en sus palabras). Pierde ambas inserciones, cruciales en tanto significan pertenencia relacional, familiar y profesional. No es capaz de prever consecuencias, de recurrir a la empatía para comprender el punto de vista contrario y negociar soluciones. La evaluación autocentrada de estas situaciones y el procesamiento rígido y dicotómico, le resta posibilidad de incorporar una visión más matizada y buscar una solución constructiva. Lo ocurrido parece una profecía autocumplida. Los esquemas cognitivos prevalecientes son en Juan Pablo *abandono e inestabilidad emocional*.

Afortunadamente, Juan Pablo es ambivalente frente a consumación del suicidio. El primer intento fue de verdad abortado por él mismo. Tras el segundo, su disposición a afrontar un trabajo terapéutico apunta en el mismo sentido.

En el caso de Andrea, varios puntos se pueden destacar. Su decisión suicida está inmersa en una narrativa que involucra su pasado personal. El suicidio es una manera de terminar con un “vacío interno” que le provoca un dolor que “no puedo ya tolerar.” “Por primera vez estaba pensando sólo en mí y no en los demás.” Este era el “momento perfecto.” Concordantemente con sus rasgos perfeccionistas, aprueba todos sus ramos antes de realizar el intento.

Su decisión es irrevocable “una cuenta regresiva que no podía detener por nada ni por nadie.” Sin embargo, Andrea se da una oportunidad y antes del intento, prende el celular (que había apagado tres días antes), esperando un mensaje que “cambiaría las cosas o confirmaría mi completa irrelevancia.” Éste es el momento en que da el próximo paso. Bebe mucho más y se despide de su madre, que no se percata de su estado. Después, al llenar la tina tiene una visión repulsiva de sí misma en el espejo “por aquella persona desesperada que se miraba buscando una salida.” Esta visión, que clínicamente es un fenómeno *disociativo*, refleja su extrema ambivalencia frente al acto que está por realizar. Su tonalidad autoderogatoria seguramente acentuó su intención autolítica en ese instante. Los datos nos muestran una ambivalencia, un sí mismo dividido en dos ante la situación suicida.

Andrea ha sido puesta en la posición de “madre de su madre” desde muy pequeña y que no ha tenido un espacio en que sus necesidades psicológicas básicas (por ejemplo, de afecto, ternura y compasión) sean satisfechas. Ha debido estar “a cargo” de adultos que deberían cuidar de ella y sus hermanos. Su única alternativa ha sido cumplir el rol asignado y en lo académico, descollar. Esto último responde a un esquema compensatorio (un estándar inflexible de rendimiento) que no resuelve sus necesidades pero le da un sentido de valor personal. La experiencia de abuso sexual se agrega al abuso emocional y acentúa su percepción de abandono. No es extraño que en el ámbito romántico, se sienta incapaz de tener una relación de pareja estable y sólo esté cómoda teniendo múltiples relaciones momentáneas.

En Andrea los esquemas cognitivos prevalentes son *abandono; abuso y maltrato, autosacrificio, y estándares personales inflexibles*.

Los casos relatados pertenecen a distintas etapas de la vida: Juan Pablo es un adulto y Andrea una joven. Ambos habían tenido expresiones suicidales antes del episodio referido. El había tenido al menos un período de ideación suicida y Andrea múltiples intentos y diversos comportamientos autodestructivos. En Juan Pablo el actual episodio ocurre en una etapa del ciclo vital en que la mayoría de las personas ya ha formado vínculos de sostén emocional (por ejemplo, familias), y cuando los afanes de desarrollo profesional o económico han amainado. Se encuentra enfrentando una nueva etapa de la vida solo.

En el caso de Andrea, el evento acontece en una etapa de la vida en que los jóvenes se distancian de sus vínculos primarios y se orientan a desarrollar proyectos propios de pareja o familia. Aunque ha tenido buenos resultados académicos, su enmarañamiento familiar y sus esquemas cognitivos negativos han bloqueado el desarrollo de relaciones afectivas constructivas y estables.

En este artículo he querido mostrar la conducta suicida de dos pacientes desde una mirada evolutiva.

El concepto de proceso suicida se refiere al desarrollo paulatino de tendencias autodestructivas. Las personas suicidales no han logrado satisfacer importantes necesidades debido a la influencia de esquemas cognitivos emocionalmente intensos y dolorosos. Luego de una crisis personal, o tras experiencias traumáticas reiteradas, agotamiento “existencial” o frustración reiterada, se encuentran desesperanzadas, sin motivos para continuar viviendo y experimentando un dolor psíquico intenso que parece sólo aliviado con la muerte. Frecuentemente relatan crisis suicidas

(episodios de ideas y/o intentos suicidas) anteriores; en la medida que ellas se reiteran, aumenta la probabilidad y la severidad de nuevos episodios suicidas.

Es posible que la consideración de la conducta suicida como producto de un proceso permita comprender un acto que tantas veces aparece ante los demás como inesperado a la vez que incomprensible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.. "Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a metaanalysis." *BMC Psychiatry* (2004). 10.1186/1471-244X-4-37 .
- Beck, A. T., Kovacs, M., Weissman, A.. "Hopelessness and suicidal behavior: An overview." *JAMA* 234 (1975), 1146-1149.
- Blakely, T. A., Collins, S. C. D., Atkinson, J.. "Unemployment and suicide: evidence for a causal association." *J Epidemiol Community Health* 57 (2003), 594-600.
- Durheim, Emile. *El Suicidio*. Barcelona: RBT, 1982.
- Freud, Sigmund. *Duelo y Melancolía*. Obras Completas, volumen xiv, 237-255. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Gómez, Alejandro. "Factores cognitivos en la ideación y la conducta suicida." *El Suicidio*, ed. Alejandro Gómez. Santiago, Chile. Editorial Mediterráneo, 2018.
- Joiner, T.E.. *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
- Maris, R. *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behavior*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press, 198).
- Kernberg, O. "Diagnóstico y tratamiento de pacientes con potencial suicidio." *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: El Manual Moderno, 1987, 229-238.
- Littman, R. "Suicides: what do they have in mind?" *Suicide: understanding and responding*. Jacobs D, Brown H. (eds). International Universities Press 1990, 143-156.
- Menninger, Karl. *El Hombre contra sí mismo*. Madrid: Ediciones Península, 1972.
- Murray, H. A.. *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press, 1938.
- Rudd, M. D., Joiner, T., Rahab, M. H.. *Treating Suicidal Behavior: An effective time-limited approach*. New York: Guilford Press, 2001.
- Shneidman, Edwin. *Definition of Suicide*. New York: John Wiley & Sons, 1985.
- ---. *The Suicidal Mind*. Oxford University Press, 1996.
- Svetcic, Jerjena, de Leo, D. "The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications." *Mental Illness* 2012 Aug 23, 4 (2). DOI: 10.4081/mi.2012.e15
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P., Tarrrier, N.. "Appraisals and suicidality: the mediating role of defeat and entrapment." *Archives of Suicide Research* (2012) 14, 236-247.
- Wenzel A, Brown GK, Beck AT. "A cognitive model of suicidal acts." *Cognitive Therapy for Suicidal Patients*. Wenze A, Brown GK, Beck AT. Washington DC: American Psychological Association, 2013, 53-77.
- Young, J.. *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. Sarasota, FL: Professional resources Press, 1990.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E.. *Schema Therapy: A Practitioners guide*. New York, London: The Guilford Press, 2003.