

Figuras de la vida dañada: modalidades de conducta suicida

Marta GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Henar GARCÍA-PASCUAL

Servicio de Salud del Principado de Asturias (España)

Sara BARRIO-MARTÍNEZ

Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, Cantabria (España)

Rocío GARCÍA-PASCUAL

Universidad de León (España)

Juan GARCÍA-HARO

Servicio de Salud del Principado de Asturias (España)

Resumen

El suicidio es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Asumiendo que el suicidio es un fenómeno plural y diverso, el objetivo de este artículo es presentar y analizar diferentes figuras o modalidades de la conducta suicida según se manifiestan en la clínica y se recogen en la literatura.

Abstract

Suicide is one of the main public health problems worldwide. Assuming that suicide is a plural and diverse phenomenon, the objective of this article is to present and to analyze different figures or modalities of suicidal behavior as manifested in the clinical practice and reflected in the literature.

“En suma, y dicho con un punto de exageración, desde dentro la vida humana es *inconfesable* y, desde fuera, un misterio *inaccesible*.”
(*J. Lasaga Medina, 2012, pág. XV*).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio constituye un problema de salud pública mundial. Cada año se suicidan entre 800.000 personas y 1.000.000 de personas, lo que supone una muerte cada 40 segundos y una tasa de 11.4 personas por cada 100.000 habitantes. Además, estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio que pueden ser hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (OMS, 2019). Por otro lado, se calcula que por cada persona que se suicida, de 6 a 10 personas, entre amigos y familiares, quedan afectadas de por vida.

En nuestro país, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sitúan, desde el año 2008 hasta la actualidad, el suicidio como la primera causa no natural de fallecimiento, superando a los accidentes de tráfico. Los datos más recientes, relativos al año 2018, indican que en España el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.539 fallecimientos, un 3,8% menos que en 2017 (INE, 2019).

La comunidad científica y las sociedades de profesionales son sensibles a esa realidad, como muestra el creciente

Dirección de la primera autora: Centro de Salud Mental de Adultos. Calle de Maestros Martín Galache, s/n. 33510 Pola de Siero, Asturias. *Correo electrónico:* martagg118@gmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: septiembre de 2018. *Aceptado:* septiembre de 2019.

número de investigaciones y publicaciones dedicadas al estudio y la prevención del suicidio.

El objetivo de este artículo es presentar y analizar diferentes modalidades de la conducta suicida según se manifiestan en la clínica y se recogen en la literatura.

La hojarasca conceptual del suicidio

Vamos a adentrarnos en el frondoso bosque terminológico y conceptual del suicidio. Se presentan los fenómenos paranucleares del suicidio, los suicidios encubiertos, los equivalentes suicidas, los suicidios abortados, los suicidios racionales y los suicidios pasivos. El riesgo de este viaje es toparse con los árboles y perder de vista la esencia del bosque.

Fenómenos paranucleares del suicidio

Se denominan *fenómenos paranucleares del suicidio* (Rojas, 1978) o, simplemente, *conductas parasuicidas* los comportamientos autodestructivos que se asemejan al suicidio y que conviene diferenciar, en base a su fenomenología y mecanismo motivacional, de la *conducta suicida* propiamente dicha. Se define el *parasuicidio* como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

El término *parasuicidio* está cayendo en desuso desde que, en 2013, la Academia Americana de Psiquiatría lo sustituyera en el DSM-5 por el de *autolesión no suicida* (*Non Suicidal Self Injury*, NSSI) al proponer el “trastorno de autolesión no suicida”, una categoría diagnóstica todavía en estudio (APA, 2013).

Nock y Prinstein (2004) definieron las autolesiones como cualquier conducta intencional y autodirigida que causa destrucción inmediata de tejidos corporales. El DSM-5 define la *autolesión no suicida* como una conducta por medio de la que el sujeto se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado.

El espectro de conductas autolesivas es muy amplio: puede ir desde provocarse daños corporales (arañarse, pellizcarse, cortarse, quemarse, etc.), hasta cortarse una oreja al modo de Van Gogh. A las automutilaciones se les ha llamado también “suicidios parciales” (Rojas, 1978). El denominador común entre las autolesiones y de las automutilaciones sería el ataque al cuerpo y la corporalidad sin finalidad suicida. Sin embargo, el mecanismo motivacional sería diferente. Se verá a continuación.

Las autolesiones

Las *autolesiones* (no suicidas) se diferencian de la *conducta suicida* en: (1) la intencionalidad (no mortal), (2) la repetición (más rutinaria) y (3) la letalidad (más baja).

Desde el punto de vista funcional, en las autolesiones hay una liberación del dolor emocional a través del dolor físico: se daña el cuerpo como una manera de aliviar el dolor psicológico. Si la conducta se repite un número suficiente de veces puede haber una búsqueda peligrosa del placer en el dolor (Balbi, Boggiani, Dolci y Rinaldi, 2012). Otras veces las conductas autolesivas tienen una función de auto-castigo por culpas o traumas no resueltos. Según Nader y Boehmen, las conductas autolesivas pueden cumplir tres funciones: catarsis purificadora, reintegrativa y manipulativa (Nader y Boehmen, 2003).

Interesa señalar que la funcionalidad de la conducta autolesiva es, curiosamente, un criterio diagnóstico del “trastorno de autolesión no suicida”, incluido en la Sección 3 del DSM-5. Concretamente, el criterio B dice:

“El individuo realiza comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas: 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo. 2. Para resolver una dificultad interpersonal. 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.” (APA, 2013)

Esto implica enmarcar las autolesiones en el procedimiento del análisis funcional para comprender cómo aparece y se mantiene la conducta autolesiva, activándose o no, a lo largo de la vida de una persona. Sin embargo, este manual de diagnóstico no da ninguna pista sobre lo realmente importante a nuestro juicio, a saber: ¿cómo se evalúa la existencia o no de intencionalidad suicida cuando la persona misma puede tener dificultades para acceder a sus propios contenidos intencionales o mecanismos motivacionales?

En las personas que presentan conductas autolesivas, como en el grupo de personas con intentos de suicidio, existe alguna evidencia explícita o implícita de que el sujeto no tiene intención de quitarse la vida, sino que quiere liberarse de una situación problemática de malestar emocional insoportable. Sería una manera de huir del sufrimiento sin escapar de la vida.

Para una revisión de las distintas funciones de las autolesiones véase el modelo de Nock y Prinstein (2004), según los cuales hay dos tipos de motivos para autolesionarse: intrapersonal o automático e interpersonal o social, que pueden estar asociados con dos tipos de refuerzos: positivo o negativo. Mediante la motivación intrapersonal se trataría de cambiar el propio estado interno, es decir, una sensación, emoción o pensamiento. La motivación interpersonal pretende conseguir cambios en el ambiente externo. Las fun-

ciones intrapersonales son las más frecuentes en población clínica y no clínica, siendo la regulación emocional la más reportada (Vega, Sintés, Fernández *et al.*, 2018).

En el estudio de Ulloa Flores, Contreras Hernández, Paniagua Navarrete y Victoria Figueroa (2013), los motivos para autolesionarse, en el 42'1% de los casos se asociaba a la baja tolerancia a la frustración y a la manipulación, como, por ejemplo, discutir con los padres o las parejas sentimentales, de forma impulsiva, con el objeto de disminuir la frustración y/o para provocar culpa en la persona con la que discutían. En el 30'6% de los casos esta conducta se asoció a síntomas afectivos como tristeza o irritabilidad o para "lograr sentir algo y sentirse vivos". En el 19'1% estuvo asociada a síntomas de ansiedad; en el 4'5%, a síntomas psicóticos, generalmente alucinaciones auditivas imperativas; en el 1'6% de los casos las autolesiones fueron conductas imitativas y en el 1'4% se realizaron para pertenecer a un grupo. La conducta autolesiva había estado presente durante 18.48 meses, de media, siendo frecuente (cuatro o más veces por mes) en un 43% de los casos (Ulloa Flores *et al.*, 2013).

La edad de comienzo de las autolesiones es, normalmente, durante la adolescencia, entre los 12-14 años (Nock y Prinstein, 2004) y la prevalencia está entre el 15 y el 46% (Brunner, Kaess, Parzer *et al.*, 2014).

Hawton, Saunders y O'Connor (2012) asumen que un porcentaje significativo de personas que se autolesionan permanecen ocultos, debido a la baja ratio de hospitalizaciones y tratamientos en relación a este tipo de pacientes. Desde el punto de vista nosológico, suelen darse más en personas diagnosticadas de trastorno límite de personalidad (muchas veces aparecen asociadas a consumo de drogas y trastornos alimentarios) que en personas con diagnóstico de trastorno depresivo.

Los sentidos, motivos, razones, objetivos o intenciones por los cuales los adolescentes realizan autolesiones son múltiples, como la búsqueda de regulación afectiva, el control de impulsos (Rodham, Hawton y Evans, 2004) o "llamar la atención" de otros (Scoliers, Portzky, Madge *et al.*, 2009). Es un error hablar de "llamada de atención" cuando se trata de personas que ponen en peligro su vida. En no pocas ocasiones y por los medios más diversos, la "llamada de atención" acaba accidentalmente en muerte.

Las conductas autolesivas están muy extendidas entre las chicas adolescentes, principalmente. Se discute si las autolesiones tienen género como consecuencia de una construcción social del cuerpo femenino, o porque constituyen una escenificación de la intimidad, del secreto, del espacio en el que edifican su separación/individuación respecto de los demás (Sánchez-Sánchez, 2018).

Uno de los estudios más importantes de autolesiones en adolescentes es el CASE (*Child and Adolescent Self-harm in Europe*), basado en población escolar y en el que cerca de 30.000 adolescentes de 15 y 16 años completaron un cuestionario anónimo sobre autolesiones, un cuestionario de

eventos estresantes y escalas para evaluar depresión, ansiedad e impulsividad. Los resultados de este estudio muestran que las autolesiones estaban relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes (Madge, Hawton, McMahon *et al.*, 2011). Los resultados de estudios en adolescentes de muestras clínicas en varios países han replicado este hallazgo, mostrando además una asociación con los trastornos externalizados (Kirkcaldy, Brown, Siefen, 2006; Cerutti, Manca, Presagli y Gratz, 2011; Ulloa Flores *et al.*, 2013).

También hay que destacar el efecto contagio que se produce a través de internet, lo cual unido al déficit de estrategias de afrontamiento y a una alta necesidad de buscar identidad y reconocimiento, haría de la adolescencia una etapa especialmente vulnerable a la aparición de estas conductas (Balbi *et al.*, 2012).

Relación entre autolesiones y suicidio

Muchas veces los clínicos y los investigadores toman las autolesiones como conductas suicidas sin serlo. Desde un punto de vista fenomenológico, la conducta suicida y la autolesiva son justo lo contrario: quien desea suicidarse quiere salir de la vida y dejar de sentir, mientras que la persona que se autolesiona desea sentir (siquiera sea el dolor corporal) y permanecer en la vida.

Aunque las autolesiones no son conductas suicidas, mantenidas en el tiempo, aumentan el riesgo suicida (Sánchez-Sánchez, 2018). Esto se puede explicar en base a la teoría interpersonal del comportamiento suicida de Joiner (Joiner, 2005; Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby y Joiner, 2010). Según este autor, la exposición a experiencias dolorosas y repetición de conductas autolesivas estaría en el camino de producir una habituación al dolor y desensibilización al miedo a la muerte, lo cual sería para este autor una condición necesaria para poder adquirir la capacidad de suicidarse, más allá de que se quiera o no. Desde esta teoría, todo lo que provoca un aumento del umbral al dolor corporal puede favorecer la adquisición de la letalidad necesaria para el suicidio. Este proceso autodestructivo, lentamente adquirido, lo epitomiza el escritor japonés Mishima quien sometió su cuerpo a duros entrenamientos físicos, a base de sol y acero (Mishima, 2010) mientras escribía sobre la muerte y escenificaba psicodramáticamente su propio suicidio mediante el ritual samurái del *seppuku*.

Pero también se puede pensar que infligirse dolor corporal es una manera de liberar el sufrimiento, que de otro modo se colapsaría y aumentaría el riesgo al suicidio. Esta es la tesis de muchos estudiosos que atienden al análisis funcional de la conducta autolesiva (Nock y Prinstein, 2004; Nader y Boehmen, 2003). Las autolesiones no serían un paso más en un camino lineal y progresivo hacia el suicidio, como a menudo afirma la suicidología sin hacer

más matices (véase Vega *et al.*, 2018), sino una forma de evitarlo, pues al disminuir el dolor los problemas se hacen más llevaderos.

Así vistas en un proceso diacrónico, las autolesiones funcionarían como una estrategia de afrontamiento de doble filo. Si bien, a corto plazo permiten liberar el dolor emocional, su repetición llevaría a un aumento del umbral del dolor favoreciendo la escalada y la adquisición, según la teoría de Joiner, de la letalidad necesaria para el suicidio. Hay estudios que apoyan estas consideraciones. Un estudio encontró que una historia larga de autolesiones, el uso de mayor número de métodos y una ausencia de dolor físico se asocian a la aparición de intentos de suicidio (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, Prinstein, 2006). De confirmarse estos resultados, se obtendría una información muy valiosa para la evaluación clínica del riesgo suicida asociado a las autolesiones. La ausencia de dolor y el alivio emocional inmediato tras la autolesión serían indicadores de un aumento del riesgo de conducta suicida (Vega, Sintés, Fernández *et al.*, 2018).

Las automutilaciones

En las *automutilaciones* el mecanismo motivacional es más instrumental: véase conseguir una incapacidad laboral o librarse de una situación-límite (Sirit-Urbina, Fernández-D'Pool y Lubo-Palma, 2002). En la historia reciente de la minería se dieron casos de amputación de dedos de la mano mediante un hachazo. Esto se hacía como una manera de huir del pánico de unas condiciones infaustas de trabajo y donde la siniestralidad era la norma. En otras ocasiones las autolesiones se manifiestan como un fenómeno en cortocircuito en pacientes que sufren epilepsia (Rojas, 1978).

Suicidios encubiertos y equivalentes suicidas

De gran importancia social y psicológica son los llamados *suicidios encubiertos* y los *equivalentes suicidas*.

Suicidios encubiertos

Se habla de *suicidios encubiertos* en referencia a accidentes de tráfico inexplicables (*autocidios*) y a las muertes por intoxicación o sobredosis, donde la "autopsia psicológica" (Martin-Fumado y Gómez-Durán, 2017) o el examen forense llevan a considerar la posibilidad de un suicidio.

Ante una muerte por sobredosis, no es fácil saber si la persona se ha querido suicidar, o ha sobrepasado accidentalmente la dosis de sustancia con la que quería evadirse de la realidad; piénsese, por ejemplo, en las muertes de las actrices Romy Schneider y Marilyn Monroe.

En los *autocidios*, se simula un accidente de tráfico como una manera de salvaguardar la estima familiar frente al estigma social. Se estima que el 5% de los accidentes

de tráfico pueden deberse a una motivación suicida y en EEUU podrían llegar al 15% (Abramson, Alloy, Hogan *et al.*, 2000).

Por tanto, ni todos los suicidios registrados son suicidios auténticos, ni se registran como suicidios todas las muertes resultantes de intención suicida.

Conviene también diferenciar el *suicidio encubierto* de aquellos otros casos donde las personas se exponen a riesgos temerarios, pero en quienes prevalece el propósito de dominio o reafirmación del yo por encima de la búsqueda de la muerte. Rendueles los llama *órdagos de suicidio* (2018). Se ve normalmente en jóvenes que juegan a la ruleta rusa, que compiten en carreras de coches o que muestran sus habilidades físicas en cornisas de rascacielos. ¿Se juega aquí con la muerte como una manera de calmar los impulsos agresivos y suicidas? El estilo de vida del escritor norteamericano Ernest Hemingway, buscando y exponiéndose a peligros continuamente (participación en guerras, asistencia a cacerías de animales feroces, viajes en avión en malas condiciones, etc.), representaría la caricatura de esta figura temeraria (Baker, 1974; Martin, 2006; Yalom y Yalom, 1971). Desde luego, los límites del suicidio encubierto son difusos. Se requiere una autopsia psicológica antes de sacar conclusiones.

Equivalentes suicidas

Se llaman *equivalentes suicidas* (Castilla del Pino, 2013) o *suicidios lentos, indirectos, crónicos, sociales o parciales* (Rojas, 1978), a las siguientes modalidades clínicas:

- a) Por un lado estaría el proceso de degradación o abandono personal que tiene lugar en las adicciones y en particular en la intoxicación alcohólica crónica. La ingesta masiva de alcohol tiene, a juicio de Castilla del Pino, dos significados motivacionales: (1) silencia el conflicto y se eluden los efectos de una concienciación de la situación y, por otra parte, (2) los efectos euforizantes de la droga pseudoafirman la estima de la persona (Castilla del Pino, 2013). De acuerdo con este autor, el consumo de alcohol puede desempeñar un papel protector de la caída en depresión, gracias al cual los conflictos internos pueden ser mejor tolerados. Hay evidencia clínica que apunta a que, cuando se consigue la deshabitación del alcohol o cuando se suspende bruscamente su consumo, sobre todo si se lleva muchos años, aflora en muchos casos un proceso depresivo subyacente. Dentro de esta situación depresiva, si el sufrimiento emocional es muy alto (véase una vivencia de culpa y agresividad importantes) y la inhibición no está muy marcada, se puede ejecutar en un corto espacio de tiempo un intento de suicidio.
- b) Otra modalidad de equivalente suicida sería la anorexia. Desde nuestro punto de vista se consiguen tres

cosas simultáneas mediante la decisión anoréxica: (1) se desplaza al campo del cuerpo un conflicto existencial que se evita, a saber: construir una identidad y un proyecto biográfico, (2) se consigue una imagen delgada socialmente valorada y (3) se externaliza una acusación o agresión al otro que se vive como causa de su fracaso existencial con lo que se consigue además cierta evitación de la propia responsabilidad.

Pseudosuicidios

Interesa señalar otras conductas que tienen como resultado final la muerte, pero donde los indicios o evidencias apuntan más a que el sujeto no tenía una intención suicida, que a que sí la tuviera. Abarcarían aquellos casos donde las capacidades volitivas y cognoscitivas están afectadas, como sucede muchas veces en las defenestraciones de las personas con diagnóstico de esquizofrenia o en estados confusionales. El DSM-5 propone como diagnóstico que necesita más estudio el “trastorno de comportamiento suicida”. Los criterios D y E especifican que el acto no se inició durante un delirio o un estado de confusión y que el acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso, respectivamente (APA, 2013). Es decir, se descartan las causas médicas y las motivaciones sociales.

Se calcula que la tasa de suicidio en esquizofrenia oscila entre el 5-10% (López Moríñigo, 2015). En esta cifra se incluyen muertes que ocurren en plena crisis psicótica (“*las voces me dicen que me tire por la ventana*”). Esta opción de contar como suicidio las conductas psicóticas con resultado de muerte es controvertida. La mayoría de las personas con diagnóstico de esquizofrenia no se suicidan, o al menos no lo hacen deliberadamente. Mucho menos lo planifican.

En estos casos, las causas de la muerte se suelen asociar a los síntomas positivos: véase aquí perder la vida probando su omnipotencia voladora, una inmólación mesiánica para salvar al mundo o la defenestración bajo asedio de voces imperativas. En efecto, muchas muertes en personas con diagnóstico de esquizofrenia ocurren bajo la influencia de los contenidos alucinatorios o delirantes. En este punto hay una gran ambivalencia en la literatura. La persona diagnosticada de esquizofrenia puede tener momentos en los que esté tan metida en su delirio, que no tiene contacto con la realidad, ni acaso tampoco sea consciente de lo que hace, o bien no pueda controlar su conducta, por lo que sería dudoso que se trate realmente de un suicidio. La mayoría de autores admiten que, si no hay intención de auto-provocarse la muerte, no debería considerarse suicidio. Sin embargo, otros autores hablan de suicidio como reacción a los síntomas positivos, donde claramente no hay intención de matarse (véase Gradillas y Gradillas, 2017).

Lo anterior no impide que las personas con diagnóstico de esquizofrenia puedan suicidarse. Esto sucedería sobre todo cuando aparece de modo concurrente sintomatología

clínica afectivo-depresiva (López Moríñigo, 2015) y, especialmente, la desesperanza (Acosta-Artiles, García-Iturraspe, Méndez, Marco, Hidalgo y Siris, 2009).

Desde una óptica psicoanalítica, los delirios y alucinaciones se han interpretado tradicionalmente como una huida a un mundo habitable porque el real ha dejado de serlo. Decía Laing, por ejemplo, que la psicosis es una estrategia especial que la persona inventa para vivir en una situación que es “invivable”. Los delirios pueden servir para encontrar un sentido o constituir un relato autobiográfico de valía personal (Castilla del Pino, 1998), y ha sido un comentario frecuente en psiquiatría que sin sus delirios las personas con diagnóstico de psicosis se quedarían vacías y sin nada por lo que vivir.

En el ámbito legal y forense se considera que, para que un acto homicida sea punible, debe ser directamente imputable al actor. Se refiere a que el actor es el responsable directo del acto, con las connotaciones de que al actuar sea consciente de lo que hace, por qué lo hace y para qué lo hace. Por lo tanto, que sea personalmente o moralmente responsable del mismo. Al igual que sucede en el ámbito legal, en el suicidio se precisaría evaluar hasta qué punto la conducta suicida es directamente imputable al protagonista de dicha conducta. En efecto, para que un acto de conducta pueda llamarse en rigor *suicida* habrían de concurrir, en nuestra opinión, dos condiciones: por un lado, que en el momento en que se inicia la conducta suicida la persona disponga de un nivel adecuado de comprensión de sus actos (sabe-lo-que-hace) y, por otro, que posea cierta capacidad de decisión o dirección de su propia conducta conforme a dicha comprensión (es-dueño-de-lo-que-hace-y-puede-elegir-no-hacerlo). Son estos dos elementos los que diferencian un acto de conducta de un síntoma. La reconstrucción de estas dos condiciones puede hacerse mediante la “autopsia psicológica” (Martín-Fumado y Gómez-Durán, 2017). Si un homicidio es asesinato cuando se interpreta que hay una intención de matar, una muerte voluntaria sería un suicidio cuando se interpreta que hay una intención de quitarse la vida.

Se viene hablando de “autopsia psicológica”, aunque mejor sería decir “autopsia biográfica”, sin definirla: consiste en un estudio policial-clínico-forense basado en entrevistas a personas cercanas a la persona fallecida y análisis de objetos personales para conocer las circunstancias sociales, vitales, psicológicas y clínicas de la persona, con el fin de determinar si hay indicios para pensar que se trataba de un suicidio y en dicho caso inferir las razones (o racionalizaciones) o motivaciones del mismo.

Otras figuras del suicidio

En la literatura clínica es frecuente encontrar diferentes adjetivaciones de la conducta suicida. A continuación, se comentan algunas de las más importantes.

Suicidio abortado

Barber, Marzuk, Leon y Portera (1998) introdujeron el concepto de *suicidio abortado*, que se entiende como un paso previo al intento en el que no se llega a llevar a cabo la conducta y por tanto no se producen daños físicos. La conducta estaría caracterizada por un comportamiento potencialmente autodestructivo, con el cual el individuo, implícita o explícitamente, desea quitarse la vida, aunque en el último momento no lleva a cabo el plan. La importancia del suicidio abortado radicaría en su capacidad para alertar y en la posibilidad de actuar sobre el riesgo de futuros intentos de suicidio y de suicidio consumado.

Suicidio racional

Por otro lado, estaría el *suicidio racional* (Richman, 1992; Siegel, 1986). Se refiere a cuando se constata en el sujeto una visión realista de una situación límite, cuando los procesos mentales que han llevado al sujeto a la decisión final de suicidarse no se han visto influidos por trastornos psicológicos, así como cuando el motivo del suicidio resulta comprensible biográficamente para observadores imparciales del mismo grupo social. Otros autores hablan de *suicidio por balance existencial*: una persona, a cierta altura de su vida, hace un análisis sobre los resultados de su existencia en ese momento concreto (Rojas, 1978). A nuestro juicio, sería muy similar al *suicidio racional*.

El *suicidio racional* suele darse principalmente en personas mayores que sufren una enfermedad irreversible, sin calidad de vida y donde la proyección de futuro aparece como algo negativo y sin esperanza. Se menciona como ejemplo prototípico de *suicidio racional* el de un paciente con cáncer irreversible acompañado de un grave deterioro de la calidad de vida. Esta situación parece haber sido la motivación del suicidio del actor Robin Williams o del escrito de eutanasia del poeta Juan Goytisolo. Este tipo de situaciones son las que se pretenden legislar mediante el derecho a la eutanasia y al suicidio asistido. Como dice la *Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia*, Título II, artículo 4.3 (Congreso de los Diputados, 2017, pág. 6), “La persona ha de encontrarse en la fase terminal de una enfermedad o padecer sufrimientos físicos o psíquicos intolerables”. No se aclara la cuestión de quién decide y cómo lo que es tolerable o intolerable; por tanto, son pertinentes dos consideraciones en torno al suicidio asistido: peligros y fundamentos.

- a) Autores como Ibáñez Fanés, estudiando la casuística de países como Holanda y Suiza, expresan su creciente preocupación sobre si este tipo de legislación puede derivar peligrosamente en un discurso que legitime el “derecho” a morir entre personas de edad avanzada que lo soliciten por el mero hecho de ser viejos, o entre jóvenes aquejados de falta de calidad de vida tras sufrir

una decepción amorosa. Se cuestiona si son razones suficientes para solicitar y recibir asistencia médica para morir (Ibáñez Fanés, 2020).

- b) El *suicidio racional* pone sobre la mesa el debate de si la persona que solicita suicidio asistido lo hace en base a un cálculo racional-objetivo placer/dolor o si el balance está distorsionado subjetivamente. Autores como Rendueles han cuestionado la validez del cálculo racional como fundamento de la elección suicida (Rendueles, 2018). Dice que “no hay una línea objetiva que marque el límite entre el dolor o el sufrimiento soportable y el insostenible y el elector se engaña a sí mismo tanto en sus balances de dolor como en los de placer” (Rendueles, 2018, pág. 213).

Suicidio pasivo

Aquí la persona decide abandonarse a morir. El paciente con infarto abandona el estilo de vida adecuado, el diabético deja de inyectarse la insulina, etc. Sería un suicidio lento como los equivalentes suicidas. Interesa incluir aquí el “martirio clínico” como forma pasiva y lenta de suicidio. Desde una visión psicoanalítica, el mártir -dice Menninger- se siente maltratado o víctima de la crueldad de otros o de la circunstancia mientras persigue un ideal. A diferencia del asceta, el mártir se autoengaña respecto hasta qué punto es uno el responsable último de su propio sufrimiento. Su única satisfacción sería sentir la compasión de los demás, para lo cual puede llegar a someterse a situaciones lastimosas extremas (Menninger, 1965). Según este autor, tras el martirio y el ascetismo, se darían simultáneamente tres motivaciones psicológicas inconscientes, aparentemente similares a las del suicidio: (1) un deseo de auto-castigo por una culpa o incapacidad difícil de llevar, (2) un deseo vindicativo de castigo a los demás y (3) un deseo de satisfacción erótica (Menninger, 1956). Otros autores añadirían a ese listado de motivaciones inconscientes la satisfacción de una necesidad narcisista (Linares, 2020, en prensa). Se trataría de una visión insensible a una interpretación más heroica del martirio como acto de sacrificio o de fidelidad a sí mismo. En esta línea se sitúa Kelly cuando plantea que el suicidio puede ser visto como “un acto de dignidad más que de autoagresión”, orientado a proteger los constructos nucleares (*sentido de identidad*) de la invalidación (Kelly, 2001). Es decir, el suicidio se vería como un acto validador. La imagen que mejor captaría esta idea sería el cuadro “El martirio de San Mauricio y la legión tebana” pintado por el Greco entre (1580-1582). San Mauricio era el jefe de una legión romana convertida al cristianismo, el emperador Maximiano le conminó a realizar una serie de sacrificios a los dioses romanos; siendo él cristiano y al negarse, la legión que mandaba fue ejecutada. La imposibilidad de preservar la continuidad biográfica frente a una invalidación total y masiva puede ser la llave que abra la puerta del acto suicida.

Antes que perder la vida propia (la que cada uno hace suya), se renuncia a la propia vida (la que se puede perder).

Homicidio-suicidio

Finalmente habría que hablar del grupo de asesinos-suicidas: se refiere a personas sin psicopatología ninguna que cometen homicidio antes de suicidarse. En nuestros días, este grupo se refleja en la violencia machista. Sería difícil responder aquí a la pregunta de si el acto suicida tras el homicidio es planificado o no.

Suicidio catártico

Para terminar, interesa el fenómeno de los efectos catárticos asociados al intento suicida. Aquí la persona queda como inmunizada contra posibles nuevos deseos o impulsos suicidas (Rojas, 1978). En nuestra experiencia clínica no hemos encontrado este fenómeno si bien admitimos que la ausencia de evidencia no significa evidencia de ausencia.

A modo de conclusión

El objetivo de este artículo es presentar y analizar diferentes modalidades de la conducta suicida según se manifiestan en la clínica y se recogen en la literatura. Según se ha visto, existen múltiples formas de un mismo fenómeno o fenómenos, cada uno con diferentes funciones y mecanismos motivacionales. Habría una hojarasca terminológica y conceptual que recubre el campo del suicidio dificultando la captación de su sentido. Se verifica una falsa sensación de unidad conceptual, según ha criticado acertadamente el psiquiatra Rendueles (2018), y antes, los sociólogos Estruch y Cardús (1982), según la cual el suicidio no sería un fenómeno único y unívoco sino plural y heterogéneo. Se concluye, siguiendo a Rendueles que, a la hora de estudiar el suicidio, vale más hablar de prototipos con aire de familia (Wittgenstein), que de tipos ideales (Weber) (Rendueles, 2018).

Referencias

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hogan, M.E., Whitehouse, W.G., Gibb, B.E., Hankin, B.L. y Cornette, M.M. (2000). [The Hopelessness Theory of Suicidality](#). En T.E. Joiner y M.D. Rudd (Eds.), *Suicide Science. Expanding the Boundaries* (pp. 17-32). Boston: Springer.

Acosta-Artiles, F.A., García-Iturraspe, E.A., Méndez, M.C., Marco, R.G., Hidalgo, A.C. y Siris, S. (2009). [Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos](#). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 42-48.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. Washington: APA.

Baker, C. (1974). *Hemingway. El escritor como artista*. Buenos Aires: Corregidor.

Balbi, E., Boggiani, E., Dolci, M. y Rinaldi, G. (2012). *Adolescentes violentos. Contra los otros, contra ellos mismos*. Barcelona: Herder.

Barber, M.E., Marzuk, P.M., Leon, A.C. y Portera, L. (1998). [Aborted Suicide Attempts: A New Classification of Suicidal Behavior](#). *The American Journal of Psychiatry*, 155(3), 385-389 [DOI: 10.1176/ajp.155.3.385].

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V... y Wasserman, D. (2014). [Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries](#). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(4), 337-348 [DOI: 10.1111/jcpp.12166].

Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.

Castilla del Pino, C. (2013). Un estudio sobre la depresión. En C. Castilla del Pino, *Obras Completas, Volumen I-II (1946-1966)*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino-Universidad de Córdoba.

Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F. y Gratz, K.L. (2011). [Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents](#). *Journal of Adolescence*, 34(2), 337-347 [DOI: 10.1016/j.adolescence.2010.04.004].

Congreso de los Diputados (2017). Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*. Madrid: BOCG.

Estruch, J. y Cardús, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.

Gradillas, V. y Gradillas, C. (2017). *Suicidología clínica. Evaluación y tratamiento de las tendencias autodestructivas en la práctica profesional*. Málaga: UMA Editorial.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). [Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida](#). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.

Hawton, K., Saunders, K.E. y O'Connor, R.C. (2012). [Self-harm and suicide in adolescents](#). *Lancet*, 379 (9834), 2373-2382 [DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5].

Ibáñez Fanés, J. (2020). *Morir o no morir. Un dilema moderno*. Barcelona: Anagrama.

Instituto Nacional de Salud (2019). [Defunciones según la causa de muerte. Año 2018](#). *Notas de prensa, 19 de diciembre de 2019*.

Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Cambridge MA: Harvard University Press.

- Kelly, G.A. (2001). *Psicología de los constructos personales. Textos escogidos*. Barcelona: Paidós.
- Kirkcaldy, B.D., Brown, J. y Siefen, R.G. (2006). [Disruptive behavioural disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care](#). *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(4), 597-614 [DOI: 10.1515/ijamh.2006.18.4.597].
- Lasaga Medina, J. (2012). Estudio introductorio. En J. Ortega y Gasset, *Obras, I* (pp. XIII-CXL). Madrid: Gredos.
- Linares, J.L. (2020). Más allá de la autodestrucción. El drama relacional del suicidio. *En prensa*.
- López Moríñigo, J.D. (2015). Suicidio en las psicosis: ¿conducta psicótica o extrapsicótica? En J. Giner, A. Medina y L. Giner (Eds.), *Repercusiones clínicas y sociales de la conducta suicida. Encuentros en psiquiatría* (pp. 73-82). Madrid: Enfoque editorial.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E.M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E.J., Fekete, S., van Heeringen, K., Ystgaard, M. y Arensman, E. (2011). [Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe \(CASE\) Study](#). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508 [DOI: 10.1007/s00787-011-0210-4].
- Martin, C.D. (2006). [Ernest Hemingway: A Psychological Autopsy of a Suicide](#). *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69(4), 351-361 [DOI: 10.1521/psyc.2006.69.4.351].
- Martin-Fumadó C. y Gómez-Durán E.L. (2017). [Investigación del suicidio: autopsia psicológica](#). *Revista Española de Medicina Legal*, 43(4), 135-137 [DOI: 10.1016/j.reml.2017.10.001].
- Menninger, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península.
- Mishima, Y. (2010). *El sol y el acero*. Madrid: Alianza Editorial.
- Nader, A. y Boehme, V. (2003). Automutilación. ¿Síntoma o síndrome? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14(1), 32-37.
- Nock, M.K. y Prinstein, M.J. (2004). [A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890 [DOI: 10.1037/0022-006X.72.5.885].
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E. y Prinstein, M.J. (2006). [Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts](#). *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72 [DOI: 10.1016/j.psychres.2006.05.010].
- OMS (2019). [Suicidio. Datos y cifras](#). Sitio web mundial de la WHO.
- Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5.
- Richman, J. (1992). [A Rational Approach to Rational Suicide](#). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 22(1), 130-141 [DOI: 10.1111/j.1943-278X.1992.tb00481.x].
- Rodham, K., Hawton, K. y Evans, E. (2004). [Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents](#). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 80-87 [DOI: 10.1097/00004583-200401000-00017].
- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat.
- Sánchez-Sánchez, T. (2018). [Autolesiones en la adolescencia: significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico](#). *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 185-209 [DOI: 10.33898/rdp.v29i110.196].
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Ystgaard, M., Arensman, E., De Leo, D., Fekete, S. y van Heeringen, K. (2009). [Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe \(CASE\) study](#). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601-607 [DOI: 10.1007/s00127-008-0469-z].
- Siegel K. (1986). [Psychosocial Aspects of Rational Suicide](#). *American Journal of Psychotherapy*, 40(3), 405-418 [DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1986.40.3.405].
- Sirit-Urbina, Y., Fernández-D'Pool, J. y Lubo-Palma, A. (2002). [Accidentes de la mano en trabajadores de la Costa Oriental del Lago de Maracaibo del Estado Zulia, Venezuela, 1986-1993](#). *Investigación Clínica*, 43(2), 25-28.
- Ulloa Flores, R.E., Contreras Hernández, C., Paniagua Navarrete, K. y Victoria Figueroa, G. (2013). [Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil](#). *Salud Mental*, 36(5), 417-420.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A. y Joiner, T.E. (2010). [The interpersonal theory of suicide](#). *Psychological Review*, 117(2), 575-600 [DOI: 10.1037/a0018697].
- Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, À., Lara, A., Méndez, I., Martínez-Giménez, R., Romero, S. y Pascual, J. C. (2018). [Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué?](#) *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(4), 146-155.
- Yalom, I.D. y Yalom, M. (1971). [Ernest Hemingway: A psychiatry view](#). *Archives of General Psychiatry*, 24(4), 585-494 [DOI: 10.1001/archpsyc.1971.01750120001001].