



## Suicidio encubierto

Psicología, 13/10/2021



Existen diferentes maneras de suicidarse y algunas de ellas son encubiertas, ni aún el paciente está conciente de ello,

son actos llevados a cabo cuando el paciente no ve sentido a la vida, y cuando su única salida para aliviar su sufrimiento es el morir, sin embargo, estas acciones que realiza, van dirigidas a la autodestrucción, por ejemplo el diabético que consume dulce, el paciente pancreático que no deja los encurtidos, la persona que se niega a comer por estética, el conducir de manera temeraria, el alcohólico que llega hasta la inconsciencia, el transitar por lugares peligrosos, las personas con anorexia y por supuesto el que no usa mascarilla en una pandemia. Todas estas personas son suicidas. A continuación voy a describir las diferentes formas solapadas 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

propriadamente 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.

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.

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 psicoló-

gica" (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

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.

### 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- 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 (Meninnger, 1956). Otros autores añadirían

a ese listado de motivaciones inconscientes la satisfacción

de una necesidad narcisista (Linares, 2020, en prensa).

## 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.