

SUICIDIO EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO PRIVADO*

Estudio de 21 casos observados en 20 años (1968-1987)

Por JOSE SANCHEZ GARCIA y JAVIER SANCHEZ ESCOBEDO

R E S U M E N

Se hace el estudio retrospectivo de 5188 pacientes jóvenes (40.1 años) y crónicos (16.3 años de enfermedad), atendidos como hospitalizados en el curso de 20 años y diagnosticados de acuerdo a la ICD-9. Se analiza las peculiaridades demográficas y psiquiátricas del conjunto y de cada grupo patológico, encontrándose semejanzas y disparidades con estudios similares foráneos, pues la carencia de ellos en nuestro medio no permite otras comparaciones. Por último, se comentan algunas situaciones en las que el médico puede tener responsabilidad por negligencia.

S U M M A R Y

We are made a retrospective study of 5188 young (40.1 years of age) and chronic (16.3 years of sickness) patients, attended as in-patients over a 20 year period and diagnosed according to the ICD-9. We analyzed the demographic and psychiatric peculiarities of the whole set and of each pathologic group, and found resemblances and differences with similar foreing studies. We could not make comparisons with national studies of this kind because there not any. Finally we make a comment about some situations in which the physician may have responsibility due to negligence.

PALABRAS CLAVE: Suicidio - hospital - esquizofrenia - PMD - alcoholismo - responsabilidad - negligencia.

KEY WORDS : Suicide - hospital - schizophrenia - MDP - alcoholism - responsibility - negligence.

* Clínica Pinel.

INTRODUCCION

El suicidio, definido como un acto autodestructivo consciente y deliberado que lleva a la muerte, es un asunto tan bien conceptuado que no necesita discusión, pero al mismo tiempo es tan complejo que no está precisado en su esencia.

La mayor parte de la humanidad se aferra a la vida, no obstante que ésta se encuentra plagada de angustia, humillación, infortunio, tragedia, dolor terminal y desgracias de la vejez. Pero hay personas que no desean vivir y que aparentemente por propia voluntad deciden acabar su existencia mediante la autodestrucción racional, sin esperar el curso natural de los sucesos que infaliblemente lleva la muerte. Este misterio que existe desde tiempo indefinido ha intrigado a todo tipo de gente, y a pesar de los numerosos estudios multidisciplinarios, que se traducen en vasta publicación desde los más variados y encontrados puntos de vista, aún no está resuelto.

Bastante gente se quita la vida, como lo demuestran las estadísticas. Pero éstas sólo sirven para dar una idea de las causas de muerte, ya que los datos numéricos son inexactos o inseguros debido a que por el estigma social que acompaña a la autodestrucción muchos suicidios se informan como accidentes. Esta observación referida a las listas oficiales de causas de muerte en grandes grupos no es aceptada unánimemente porque si bien, para unos, hay errores por ocultamiento del motivo al darse la información, los defectos no modifican sustancialmente las diferencias de grupos demográficos ni han cambiado mucho en el tiempo (1), para otros sí hay variaciones, al menos en los que atañe a la edad, porque en los últimos 30 años las tasas de suicidio entre personas jóvenes aumentaron significativamente más rápido que las tasas para personas mayores (39).

Que los desórdenes psiquiátricos juegan un papel importante en el suicidio no hay duda, como se confirma en el trabajo clínico cotidiano y como revelan CROSS y HIRSCHFELD (7) cuando analizan cuatro estudios retrospectivos realizados en adultos entre 1959 y 1981 (tres de ellos con más de 100 casos) de suicidios que informan cómo las enfermedades psiquiátricas están presentes en cada grupo: mientras que en 0 al 13% de los casos no había diagnóstico psiquiátrico, en el resto sí se encuentra éste en todas sus variedades.

En nuestro medio, los trabajos acerca del suicidio se limitan a unas pocas tesis referidas a cantidades de suicidas que llegan a las morgues. No obstante que en todos los hospitales psiquiátricos ocurren suicidios y que éstos son en gran parte consecuencia de problemas psicológicos, el tema está ausente en la bibliografía psiquiátrica nacional, al menos en la que tenemos a nuestro alcance. No sabemos si la omisión se debe a que la materia se considera poco importante o si quienes tratan con asuntos de la salud mental rehuyen el tema por motivos que sería interesante examinar.

Por estas razones y por tratarse de una muestra pequeña, debemos limitarnos a presentar descriptivamente las peculiaridades del grupo de suicidas y a compararlas con estudios similares foráneos, pues no es posible confrontar nuestros hallazgos con las observaciones que otros especialistas de nuestro medio pueden haber realizado sobre el suicidio durante su práctica profesional.

MATERIAL Y METODO

De 5188 pacientes hospitalizados entre julio de 1968 y diciembre de 1987, se suicidaron 21 personas (0.40%), 14 varones y 7 mujeres; 6 pacientes se quitaron la vida mientras estaban hospitalizados y 15 después del alta. Pero el acto fatal no se encuentra en todas las categorías diagnósticas sino en los siguientes cuatro grandes grupos conformados por 3850 enfermos, según la siguiente distribución:

<i>Diagnóstico</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Esquizofrenia	1045	653	1698
PMD	147	151	298
Depresión (neurosis)	541	751	1292
Alcoholismo	545	17	562
Total	2278	1572	3850

El número y la distribución porcentual de suicidas en cada grupo es como sigue:

SUICIDAS

<i>Diagnóstico</i>	<i>Número</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Esquizofrenia	1698	6	5	11	0.64
PMD	298	—	2	2	0.67
Depresión (neurosis)	1292	1	—	1	0.33
Alcoholismo	3850	7	—	7	1.24

El conocimiento del suicidio de pacientes que habían salido de alta se obtuvo mediante referencias de familiares, a través de noticias periodísticas y por información de médicos o personas que conocían bastante del suceso fatal, pero que la parentela guardaba en secreto. En todos los casos se entrevistó a los familiares y se registró lo pertinente en las historias clínicas que han servido de base para la investigación.

Para el estudio se considera únicamente los casos en los que hubo evidencia de autoeliminación, la misma que estuvo confirmada por autopsias en 14 suicidas. En virtud de la falta de colaboración de la familia, no se incluye para el análisis de los datos dos casos de probable suicidio y cuatro en los que no se pudo precisar

si la muerte ocurrió por propia determinación o por accidente. De los dos casos probables, uno corresponde a un varón esquizofrénico de 40 años que en cerca de tres lustros de enfermedad tuvo seis internaciones y quizá se quitó la vida ahorcándose en su domicilio al día siguiente de un permiso de prueba; el otro caso es el de una mujer de 19 años que con el diagnóstico de histeria se hospitalizó por primera vez porque a raíz de una violación sexual había intentado suicidarse con pastillas, acto que según conocidos de la familia repitió con éxito a los pocos días de alta.

El diagnóstico definitivo corresponde al que está registrado en cada historia clínica y fue elaborado de acuerdo a la ICD-9 por los médicos que tuvieron la asignación de los casos, con la supervisión del director. Además, como ilustración, presentamos la observación de una enferma (caso 21) diagnosticada según las pautas del DSM-III.*

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL GRUPO

Destacan las siguientes: todos son católicos; predominan los varones (67%) sobre las mujeres (33%); el promedio de edad para el grupo es de 40.1 años ($v=34.1$; $m=37.8$); cerca de la mitad de los suicidas fueron casados (43%) y en proporciones similares estuvieron divorciados (24%) o permanecieron solteros (28%); más de la mitad tuvo instrucción superior (57%) y alrededor de la tercera parte había completado estudios de media (38%); sólo dos casos estuvieron desocupados, seis fueron profesionales (médicos, sociólogo, dentista, abogado, profesora), seis trabajaron como empleados (banco, auxiliares de educación y de enfermería y otros), uno era obrero (panificador) y dos laboraban libremente (industrial y constructor); casi la mitad (10 casos) eligió el domicilio para quitarse la vida (48%), alrededor de la quinta parte (4 enfermos) prefirió el hospital (19%), pocos (2 pacientes) se autoeliminaron en el centro de trabajo —banco, consultorio— (9.0%) y el resto (5 casos) se suicidó en la vía pública (24%).

Se trata, pues, de un grupo de suicidas jóvenes, católicos, que no obstante estar casados en buena proporción y tener hogares el resto, los primeros hicieron matrimonios infelices y los unos y los otros vivieron en la soledad y aislamiento por las peculiaridades de sus enfermedades que suscitaban ostracismo. Mientras en otros estudios se encuentra alta tasa de desocupación (7.34), en nuestro grupo sólo hay dos casos que no trabajaban. Esta discrepancia es más bien aparente, pues muchos de los que en nuestra serie figuran con ocupación se desempeñaban muy irregularmente bajo protección familiar, más con el propósito de disponer de algunas ventajas de la seguridad social que de contar con los servicios del trabajador.

* Por razones de espacio, la casuística no ha sido reproducida en este texto. Los interesados en ella pueden remitirse a los autores (Casilla 57, Lima-18).

Con respecto a los desórdenes específicos en los que se consumó suicidio, comparamos nuestros datos con un estudio similar basado en los promedios de cinco años de observación y hallamos las siguientes incidencias por 100,000:

	<i>Nosotros</i>	<i>Pokorny</i>
Esquizofrenia	640	456
PMD	670	695
Alcoholismo y desórdenes de personalidad	1240	187

Mientras que para la PMD casi no se ven diferencias y que para la esquizofrenia hay discreto predominio de suicidas en nuestra casuística, tratándose del alcoholismo las desigualdades son notorias, sobre todo si se tiene en cuenta que el mayor riesgo de suicidio se encuentra en la PMD (11) y que en esta afección predomina el suicidio, seguida por esquizofrenia y alcoholismo (31) o por alcoholismo y esquizofrenia (7). La discrepancia en la tasa de suicidios de alcohólicos tiene causas que desconocemos y no sabemos si sólo es consecuencia de las características de la muestra estudiada o si corresponde a una realidad patológica autóctona. En cualquier caso vale la pena investigar el fenómeno.

PECULIARIDADES PSIQUIATRICAS DE LA MUESTRA

Consideramos diversas variables que probablemente juegan papel importante en el suicidio y las comparamos con estudios similares.

Tiempo de enfermedad, hospitalizaciones y atención psiquiátrica.

A excepción de dos casos con enfermedades de breve duración (22.5 días de promedio), el resto soportó la cronicidad durante un promedio de 16.3 años, siendo los varones quienes triplican en tiempo de enfermedad (23.5 años) a las mujeres (7.8 años).

Las hospitalizaciones son numerosas, pues de no menos de 96 internaciones comprobadas, 79 corresponden a hombres y 17 a damas; 10 pacientes estuvieron hospitalizados durante el último período de enfermedad; de los 11 restantes, 8 tuvieron atención psiquiátrica (en consultorio o domicilio) y sólo dos alcohólicos y una manícodepresiva habían abandonado todo contacto médico. Es decir, con excepción de tres pacientes, los demás estuvieron atendidos por psiquiatras al tiempo del suicidio.

En un estudio de 207 pacientes norteamericanos blancos que se suicidaron en un hospital mental público en el período 1972-1974 (9) se encuentra que la probabilidad de suicidio en varones que tuvieron tratamiento psiquiátrico previo, duplica a las mujeres. En nuestra observación la cifra es mayor y llega al triple, proporción que es semejante a la que se encuentra en la población general (7).

MODALIDAD DE SUICIDIO E INTENTOS PREVIOS

En lo que concierne a la modalidad de suicidio, los varones superan largamente a las mujeres en el uso de medios cruentes. Los 21 suicidas eligieron diferentes procedimientos: 10 pacientes ($v=5$; $m=5$) se envenenaron, 4 se ahorcaron ($v=3$; $m=1$), 2 varones usaron armas de fuego de cañón corto, otro varón se propinó una puñalada en el corazón y 4 se precipitaron desde lugares elevados ($v=3$; $m=1$).

Once enfermos se autoeliminaron en el primer intento ($v=6$; $m=5$) y diez protagonizaron 38 ensayos antes del fatal, 27 de los cuales corresponden a cinco varones alcohólicos, 10 a esquizofrénicos (7 cometidos por 3 varones y 3 realizados por una dama) y 1 a una mujer con psicosis maniácodepresiva. Es decir, antes de quitarse la vida, cada uno de 10 pacientes realizó un promedio de 3.8 intentos, pero mientras cada psicótico hace 1.1 intentona, cada alcohólico ejecuta 5.4 tentativas. En tanto que en la población general las dos terceras partes de intentos de suicidio son realizados por mujeres (41), en nuestro grupo los varones superan largamente en número de intentonas a las mujeres ($v=34$; $m=4$). Si bien la mayor cantidad de estos actos (27 intentos) fue cometida por alcohólicos, los restantes intentos fueron realizados por psicóticos, predominando siempre los varones casi al doble ($v=7$; $m=4$).

TIEMPO DE HOSPITALIZACION Y DE ALTA

En el hospital se quitaron la vida seis enfermos cuando tenían 24.4 días de internación promedio; pero los varones, dos esquizofrénicos y un alcohólico, se suicidaron muchos más rápido (11.6 días) que las tres mujeres, todas esquizofrénicas, pues lo hicieron en menos de la tercera parte del tiempo promedio que ellas permanecieron hospitalizadas (37.3 días). Fuera del hospital, después del alta, se suicidaron 15 pacientes en tiempos que van desde dos días, como lo hizo un transexual (caso 5), hasta 9 años que corresponde a una enferma con psicosis maniácodepresiva (caso 15), tiempo durante el cual no necesitó atención psiquiátrica. Entre estos extremos, los promedios en días, meses y años que transcurren entre el alta y la autoeliminación es de 31.4 días para 6 enfermos, 7 meses para 3 pacientes y 1.8 años para los restantes 6 casos.

Nuestras cifras revelan similitudes y discrepancias con otras comunicaciones en las que se informa que el suicidio después del alta se produce dentro de los siguientes 90 días (38) y durante los seis meses posteriores (15). En la muestra, el tiempo de alta, en años, para las mujeres (2.2 años) casi duplica al de los varones (1.5 años) como si ellas toleraran más los sufrimientos de la enfermedad antes de decidirse, hecho que no es real si se tiene en cuenta que los varones triplican a las mujeres en tiempo de enfermedad.

DIAGNOSTICO, EDAD Y TIEMPO DE ENFERMEDAD

Varios estudios de seguimiento (2, 30, 34, 42) revelan que en relación a su relativa prevalencia en la población general, los desórdenes afectivos y la esquizofrenia son los diagnósticos que tienen el más alto riesgo de suicidio, escoltados por los de alcoholismo y desórdenes de personalidad. En nuestro grupo, son los alcohólicos quienes tienen más riesgo si sólo se tiene en cuenta que cometen mucho más intentos que los otros.

Si se elimina el único caso de depresión del círculo neurótico (caso 5), nuestros alcohólicos tienen la proporción más alta de suicidio (1.24%), que es casi igual a la de los enfermos del grupo PMD (0.67%) y de los esquizofrénicos (0.64%) juntos. Este ordenamiento no es el mismo que comunican Cross y HIRSCHFELD (7), quienes encuentran —lo mismo en que otros cuatro trabajos que ellos reseñan— que se autoeliminaron más pacientes con desórdenes afectivos, seguidos por alcohólicos y esquizofrénicos.

Indudablemente las dolencias mentales aumentan la probabilidad de suicidio (13, 25, 30) que se produce en los períodos productivos de la vida, como son la adultez temprana y la edad madura (14), con el agravante que cuando se llega a esos períodos del ciclo vital se hace con el lastre de mucho tiempo de enfermedad. Para el conjunto estudiado, el suicidio fue consumado a los 40.1 años de edad y 16 años de enfermedad promedio. Pero hay diferencias si se examinan las edades por categorías diagnósticas. Coincidiendo con otros autores (13, 28, 30, 42), los esquizofrénicos se quitan la vida a edades menores que los dependientes del alcohol y de drogas y que los del grupo depresivo psicótico. Y es en el área esquizofrénica donde se produce el suicidio cuando ha transcurrido menos tiempo de enfermedad y la edad es menor. Si se excluye a un esquizofrénico que se suicidó a los 15 días de iniciada la dolencia (caso 6) y a un transexual que sufrió reacción depresiva prolongada y se quitó la vida al mes de estar enfermo (caso 5), los esquizofrénicos tienen el menor tiempo promedio de edad y de enfermedad en comparación a los que adolecen de dependencia del alcohol y de drogas, que están al otro extremo, y a los del círculo maniácodepresivo, que ocupan un lugar intermedio, como se observa en la siguiente distribución:

DIAGNOSTICO	SUICIDIO	
	<i>Edad (años)</i>	<i>Tpo. enfermedad (años)</i>
Esquizofrenia	33.1	7.4
PMD	45.0	12.5
Alcoholismo	51.7	30.1

Es decir, los esquizofrénicos se suicidan siendo jóvenes y con poco tiempo de enfermedad; los depresivos de la PMD lo hacen un poco más tarde y con ma-

por tiempo de enfermedad y los alcohólicos se quitan la vida a edades superiores después de prolongada dolencia. Coincidiendo con MENNINGER (21), los alcohólicos son quienes más viven autodestruyéndose crónicamente, intentando el suicidio muchas veces, dando interminable sufrimiento a sus familiares y consumando su temida destrucción después de mucho tiempo.

DIAGNOSTICO Y MODALIDAD DE SUICIDIO

No encontramos relación entre estas variables, aunque son los esquizofrénicos y los pacientes del círculo afectivo, en comparación a los dependientes del alcohol, quienes emplean los métodos más violentos. Si consideramos la reversibilidad del método y la probabilidad de intervención (10), el deseo de morir de los esquizofrénicos y depresivos tienen alta intención, en tanto que el de los alcohólicos es moderada: los once esquizofrénicos y dos de los tres depresivos emplearon los métodos de ahorcamiento, envenenamiento, arma de fuego y precipitación con dudosa o improbable intervención para salvarles la vida; de los siete alcohólicos, sólo dos recurrieron a procedimientos irreversibles (arma de fuego, puñalada al corazón), pero los demás ejecutaron los actos en situaciones donde la intervención de otros era probable.

FACTORES DE RIESGO

De los diversos factores que se encuentran en personas con el más alto riesgo de suicidio, los más importantes son: raza blanca en varones, 24-35 años o mayores de 50, desocupación, reciente viudez, separación o divorcio, historia de intentos de suicidio y antecedentes psiquiátricos que requirieron hospitalización, particularmente depresión, esquizofrenia o alcoholismo (7). En la muestra estudiada se observa que varios de estos factores están presentes. Pero también encontramos en apreciable proporción otros: perturbación seria en los hogares paternos y propios, inadecuación emocional, ocupacional y sexual, aislamiento y desórdenes mentales heterogéneos en los familiares. Comparando los factores de riesgo entre quienes hicieron intentos previos (10 casos) con los que no los realizaron (11 casos), comprobamos que ellos son comunes en ambos grupos. Sin embargo, los que ejecutaron intentos antes del acto final tuvieron las perturbaciones más serias en el hogar, vivieron en ostracismo y abusaron más de alcohol y de psicofármacos. Por la conformación del grupo que cometió más intentos (alcohólicos) no es posible definir el papel real de los factores de riesgo para los que protagonizan intentos y para los que se matan en el primer ensayo.

Es evidente que los factores sociales —que se encuentran también asociados al suicidio en la población general— y los psiquiátricos no son exclusivos de nuestro grupo, pues si se comparan ambos como elementos de riesgo suicida para los pacientes mentales coincidimos en varios aspectos con el estudio que hizo

ROY con 90 suicidas psiquiátricos (34): diagnóstico de desorden afectivo, esquizofrenia, alcoholismo (aunque no en el mismo orden) o desorden de personalidad, especialmente si el trastorno es crónico o recurrente; historia de intentos de suicidio previos; hospitalización durante el último episodio de la enfermedad; cambio de la condición de paciente hospitalizado a la de ambulatorio y, por último, atención psiquiátrica dentro de la semana previa al suicidio. Es decir, como expresa ROY y como se confirma en nuestra serie, está en riesgo de suicidio el paciente que es admitido durante su último episodio de contacto psiquiátrico y está con mayor riesgo cuando de enfermo hospitalizado pasa a tratamiento ambulatorio.

I. SUICIDIO EN LA ESQUIZOFRENIA

La tarea de predecir el suicidio en una persona no psicótica es bastante difícil, pero la de hacerla en un psicótico es aún más complicada. Desde que el impulso suicida es el más grave de todos los síntomas esquizofrénicos (3), debe considerarse el intento de suicidio del esquizofrénico como otra manifestación de la enfermedad que puede surgir en cualquier período de la misma y no sólo en los estadios iniciales, como se creía antes, siendo casi imposible determinar qué esquizofrénico es un probable suicida, tanto si presenta sintomatología florida como cuando está mejor, pues el acto es violento y tiene las peculiaridades de lo inesperado. Por tal razón, al menos hasta que los síntomas no se encuentren en remisión, es importante tomar precauciones contra el suicidio para todos los esquizofrénicos (42), especialmente con los que se deprimen, con los que reciben órdenes alucinatorias de autodestrucción y con los que cometieron intentos anteriores (25).

Peculiaridades del conjunto

El 0.64% de 1698 esquizofrénicos ($v=6$; $m=5$) se quitó la vida a los 33.1 años de edad promedio. Con excepción de un enfermo agudo que tenía 15 días de enfermedad (caso 6), los demás eran pacientes crónicos cuyas dolencias cursaron con múltiples recaídas durante un promedio de 7.4 años ($v=8.8$; $m=6.0$) dando lugar a 37 internaciones ($v=25$; $m=12$) con una media de 3.3 hospitalizaciones ($v=4.2$; $m=2.4$). Los esquizofrénicos varones se quitaron la vida a menor edad que las mujeres (31.5: 35.0) y la enfermedad dura más tiempo en ellos que en ellas (8.8: 6.0 años). La edad de los varones fluctúa entre 22 y 40 años y la de las mujeres entre 30 y 52; el tiempo de enfermedad varía de 3 a 16 años en ellos y de 3 a 14 en ellas; el número de hospitalizaciones se encuentra entre 1 y 9, siendo el promedio 3.3 para el grupo, pero los varones duplican a las mujeres en magnitud de internaciones promedio (4.2: 2.4). En el último episodio no hubo ideación suicida, tanto en los pacientes admitidos para hospitalización como en los que debido a recaídas fueron atendidos en forma ambulatoria.

Si se comparan estos datos con un estudio similar hecho con 30 enfermos en Inglaterra (33) hay diferencias que quizá tienen raigambre cultural: nuestros esquizofrénicos se suicidan a mayor edad que los de ROY (33: 25.8) y tienen mucho más tiempo de enfermedad (7.4: 4.8); mientras en nuestro grupo se suicida igual proporción de varones y mujeres, en el conjunto de comparación hay predominio de varones (80%) y, por último, en tanto que ROY encuentra que en la postrera admisión el 55.2% de pacientes tenía ideación suicida, los nuestros no la presentaban.

El hecho de que las mujeres esquizofrénicas se suiciden con apreciable menos tiempo de enfermedad que los varones indicaría que ellas toleran poco las penurias de la enfermedad y, por tanto, el sexo podría tomarse en cuenta como factor de riesgo. Pero las diferencias de edad y el número de hospitalizaciones entre los sexos parece que no tienen importancia para el suicidio de esquizofrénicos, puesto que, como se sabe, la edad se relaciona notoriamente con el desarrollo de la esquizofrenia: entre los 25 y 30 años en las mujeres y entre los 20 y 25 en los varones (5,26). Desde que la enfermedad empieza más temprano en los varones, hay más oportunidades de recaídas y, por lo mismo, mayor número de hospitalizaciones.

Signos de advertencia

Es difícil saber si un esquizofrénico se quitará la vida, sobre todo si antes no hubo intentos previos, pues el suicidio es realizado por medios cruentos sin permitir la intervención porque en la mayoría de los casos no se vislumbra la posibilidad (16). Siete de nuestros once esquizofrénicos tuvieron estas características: tres varones se autoeliminaron por ahorcamiento, precipitación y arma de fuego (casos 6, 7, 13); cuatro mujeres recurrieron a la precipitación (caso 7), al envenenamiento con Baygón y ácido muriático (casos 8, 10) y al ahorcamiento (caso 17). Todos eran esquizofrénicos paranoides y nada hubo que presagiara el acto fatal cometido por dos pacientes que permanecían hospitalizados y por cuatro que estaban de alta.

Depresión, aislamiento, anuncios

Si se admite que las manifestaciones depresivas, el aislamiento y los anuncios de los esquizofrénicos son signos importantes de presagio (33), deben hallarse al menos en la mayor parte de los pacientes, pero ellos no se encuentran en nuestro grupo. A sufrir depresiones periódicas eran propensos cuatro enfermos (casos 8, 10, 18, 20); sin embargo, sólo uno de ellos demostró profunda tristeza el día del suicidio (caso 8) y otro, que acusadamente se deprimía, no estuvo en esta condición el día que se quitó la vida ni en los días previos (caso 18). Se halló aislamiento en cuatro de los once esquizofrénicos, pero resulta difícil precisar si

esta manifestación es un rasgo de la personalidad o un signo de la dolencia. Únicamente dos enfermas anunciaron su determinación de matarse: una reveló su deseo de morir amenazando hacerlo con un cuchillo dos horas previas al suicidio (caso 8), y otra hizo el anuncio —si es que así puede denominarse un comentario adjetivo en el curso de una consulta— dos meses antes de su autoeliminación en una Navidad (caso 10). Los restantes nueve pacientes no dieron signos de advertencia, hecho que en proporciones similares se informa en un estudio sobre intentos de suicidio en 52 esquizofrénicos (29).

Intentos y modalidades anteriores

Los intentos precedentes tampoco parece que representan manifestaciones seguras para predecir la letalidad —al menos en el conjunto estudiado—, especialmente si se admite que el mayor riesgo del intento final sucede entre 6 y 12 meses del previo (32), que la mortalidad es cuatro veces más alta después de ocho años de observación en pacientes psiquiátricos que intentaron en relación a quienes no lo hicieron (4), que el incremento del riesgo es mínimo conforme pasan los años (36) o, por último, que los intervalos entre los intentos previos ocurrieron en periodos inferiores a 12 meses (29).

En once esquizofrénicos, sólo cuatro tuvieron intentos anteriores: dos de ellos se quitaron la vida cuando estaban hospitalizados y dos se suicidaron en el domicilio. Los cuatro protagonizaron diez intentos en total, entre dos y seis años precedentes, y los intervalos del intento anterior al suicidio superaron largamente el año y medio, sin haberse observado signos de advertencia antes del primer intento. Sin embargo, dos de estos cuatro enfermos tuvieron ideas, gestos, amenazas y, sobre todo, intentos en días anteriores al suicidio: un varón, que había mejorado discretamente y que terminó ahorcándose, intentó suicidarse ingiriendo pastillas tres años antes, pero a 15 días del acto fatal se precipitó de un descanso de poca altura (caso 9); y una mujer, que se encontraba aparentemente muy recuperada y que acabó en la vía pública envenenándose con ácido muriático, pretendió autoeliminarse con detergente y el mismo ácido en tres ocasiones —en una de las cuales quizo que las hijas también tomaran el veneno— durante los cinco años precedentes, pero a 15 días del suicidio trató de arrojararse bajo un vehículo en marcha y dos días antes sirvió en su casa una limonada con el mismo tósigo (caso 21).

Los intentos que se presentan muy poco tiempo antes del acto fatal también se observan en pacientes que no los tuvieron en épocas anteriores. Dos esquizofrénicas que se trataban en sus domicilios después de haber salido de alta entre poco más de seis y casi tres años se quitaron la vida con sustancias cáusticas: una, dos horas después de ser fácilmente disuadida de la amenaza de matarse con un cuchillo (caso 8); otra, a los dos meses de comentar tranquilamente que lo haría si no ingresaba a un convento (caso 10).

Los métodos que emplean los esquizofrénicos para autoeliminarse son distintos o parecidos a los usados en intentos previos, sin que exista relación con su ocurrencia reciente o lejana, según se anota en la siguiente comparación correspondiente a una mujer que se envenenó durante un permiso de prueba y a tres varones, uno de los cuales se ahorcó cuando estaba hospitalizado:

INTENTOS PREVIOS			SUICIDIO
<i>Antiguos</i>	<i>Recientes</i>	<i>Hospital</i>	<i>Domicilio</i>
Psicofármacos Cortes Cortes, barbitúricos Venenos	Precipitación	Ahorcamiento	Precipitación, barbitúricos.
Acido muriático, detergente	Acido muriático, arrojamiento	Acido muriático	

Como se observa, salvo una esquizofrénica que insistió en el envenenamiento y tuvo éxito con ácido muriático (caso 12), los tres varones se suicidaron empleando medios diferentes a los anteriores: uno se ahorcó después de intentarlo con fármacos y arrojamiento (caso 9), otro se precipitó de un edificio alto, aunque anteriormente pretendió matarse introduciéndose un cuchillo en el área cardíaca (caso 11) y el tercero, que se suicidó con barbitúricos y psicofármacos, trató de matarse en cuatro oportunidades mediante corte de vasos e ingesta de ácido clorhídrico, hipnóticos y ácido muriático (caso 20).

Si los intentos previos y su modalidad quisieran tomarse como parámetros para predecir y prevenir el suicidio de los esquizofrénicos no se lograría nada. De todos modos, si nuestras observaciones se confirman en conjuntos mayores, las amenazas, gestos o intentos recientes serían más importantes que los pasados como factores de predicción, tanto en esquizofrénicos hospitalizados como ambulatorios. Aún así, el afán médico para impedir la muerte es incierto, pues la internación que puede considerarse como medida de seguridad no garantiza el éxito y resulta discutible tomar esta disposición con todo paciente que amenaza suicidarse. Tal situación ocurrió con la enferma que ingirió Baygón dos horas después de coger un cuchillo afirmando que quería morirse (caso 8) y con la que tomó veneno dos meses después de hacer un comentario circunstancial sobre su intención de matarse (caso 10). Ambas pacientes requerían hospitalización, pero tampoco esta medida asegura que pudo evitarse el suicidio. Algo parecido puede decirse de la esquizofrénica que dos días antes de matarse con ácido muriático quiso hacerlo con la misma sustancia (caso 21). Los familiares de esta paciente ocultaron los hechos, limitándose a informar que tenía ideas suicidas porque deseaba comprar el veneno. De haberse conocido la verdad, seguramente se hubiese to-

mado medidas precautorias cuando ella retornó del permiso concedido; pero es dudoso afirmar que pudo evitarse la muerte que ocurrió 48 horas después.

SUICIDIO DURANTE LA HOSPITALIZACION Y DESPUES DEL ALTA

Sea que las enfermedades mentales *per se* aumenten la probabilidad de suicidio (13, 23, 30) o que los pacientes en tratamiento psiquiátrico tengan bajo riesgo —salvo deprimidos y manícodepresivos— (19), es evidente que en los esquizofrénicos es muy difícil predecir la letalidad porque no dan signos de advertencia, sobre todo antes del primer intento (16) y porque la hospitalización no garantiza la disminución sustancial de la contingencia, pues casi igual número de suicidios de esquizofrénicos sucede dentro o fuera del hospital (29). En nuestro grupo, prácticamente la mitad (5 pacientes) se suicidó en la Clínica cuando llevaba 28 días promedio de hospitalización y el remanente (6 enfermos) lo hizo después de la internación en lapsos que van de 2 meses a algo más de 6 años.

De los cinco que lo hicieron en la Clínica sólo un varón se suicidó en plena efervescencia de la enfermedad aguda que había empezado 15 días antes (caso 6), tres (dos mujeres y un varón) se quitaron la vida a los 20 días promedio de hospitalización, mientras estaban mejor bajo la acción de la medicación que es más intensiva en ese período (casos 7, 9, 17) y una mujer a los 65 días, cuando recibía fármacos a dosis adecuadas y tenía permisos de prueba por el progreso que había logrado (caso 21). Según los sexos, las mujeres duplican el tiempo de hospitalización de los varones (36 vs. 16 días). En términos generales, cuatro de los cinco esquizofrénicos que se autoeliminaron en la Clínica eran pacientes crónicos —con un promedio de 5.5 años de enfermedad y 32.2 días de hospitalización— que tomaron la determinación cuando precisamente su condición psiquiátrica y control habían mejorado y no mientras se encontraban en el nivel más bajo, o al menos extremadamente bajo, de desorganización psíquica.

De seis esquizofrénicos crónicos (4 varones y 2 mujeres) con 8.6 años promedio de enfermedad que habían dejado el hospital, un varón se suicidó dos años después (caso 20), tres hombres lo hicieron a los 90 días promedio del alta (casos 11, 13, 18) y dos mujeres después de algo más de seis y de casi tres años (casos 8, 10). Es decir, antes de suicidarse, los varones permanecieron en sus casas un promedio de siete meses (tres casos 90 días) —durante los cuales fueron asistidos por psiquiatras— y las mujeres alrededor de 4.5 años. Así, todos los pacientes estuvieron bajo control psiquiátrico, pues incluso las dos damas que no se hospitalizaron durante tanto tiempo sufrieron recaídas y fueron atendidas ambulatoriamente con medicación antipsicótica durante 20 y 60 días antes del acto fatal. Todo indica, entonces, que el 50% de los esquizofrénicos crónicos que salen de alta cometen suicidio dentro de los 90 días, proporción igual a la que encuentra ROY (34) y distinta del 10% de WINOKUR y TSUANG (43); y se suicidan todos cuando están en proceso de recuperación, con medicación antipsicótica y atendidos por psiquiatras.

Estas observaciones permiten algunos comentarios. En primer lugar, desvirtúan la creencia generalizada —no obstante que FARBEROW et al. demostraron lo contrario hace 15 años— que los esquizofrénicos delusivos, alucinados y confusos se quitan la vida, o matan a otros, por pánico transitorio (17), en respuesta obediente a las órdenes que reciben (16), actuando sin control de la realidad por influencia de sus procesos mágicos y/o delusionales (13, 42), por incapacidad para comprobar la realidad (29) y para controlar su destino y por imposibilidad de mantener el nivel de rendimiento previo (25). Al menos en nuestra serie otros son los motivos, pues de 11 esquizofrénicos, sólo uno se encontraba delirante y alucinado (caso 6); pero el resto estaba en tratamiento y notoriamente mejorado.

En segundo término, el parámetro de alta apreciado en días o meses no parece apropiado para estimar el riesgo de suicidio cuando se incluye todo tipo de pacientes; pero si el tiempo se computa en años se observa que los varones dados de alta toman la determinación de quitarse la vida en plazos mucho más breves que las mujeres, como si éstas estuvieran más resignadas a su condición de enfermas. Sin embargo, tratándose de esquizofrénicos, el tiempo de alta adquiere importancia si se relaciona con el número de hospitalizaciones previas al suicidio: los varones tienen un promedio de 4.2 internaciones y las mujeres 2.4. La diferencia puede atribuirse al hecho de que por el curso natural de la dolencia los varones tienen más hospitalizaciones —lo que aumenta el riesgo (9)— porque enfermaron más precozmente (5, 26), y que las mujeres que estuvieron de alta durante varios años sufrieron recaídas y se encontraban en tratamiento domiciliario. En consecuencia puede pensarse que no se trata de tolerancia o resignación que tienen las mujeres sino de desesperación al comprobar que la condición de alta no evitará una probable nueva hospitalización. En tal sentido quizá es importante como asunto de prevención la relación entre tiempo de enfermedad y número de hospitalizaciones así como el período de mayor riesgo dentro de tres y siete meses del alta. Si las mujeres esquizofrénicas crónicas tienen prolongado tiempo de alta y sufren recaídas se encuentran en mayor riesgo de suicidio cuando son tratadas en domicilio, por lo que parece recomendable que en estos casos se recurra a hospitalizaciones muy cortas.

Un tercer comentario es oportuno sobre el suicidio de esquizofrénicos que estando mejor y bajo tratamiento se quitan la vida en el hospital o después del alta. Esta contradicción puede atribuirse a la aparición de fuerzas demasiado urgentes, amenazadoras y formidables que agobian al esquizofrénico cuando tiene que poner en juego mecanismos para lograr un mejor nivel de adaptación. Se desconoce la naturaleza de las fuerzas precipitantes de la letalidad aunque FARBEROW piensa que la psicosis impide su presencia y LAING —psicoanalista existencial— opina que las medidas defensivas usadas por los esquizofrénicos debieran respetarse porque la supresión o la terminación abrupta de la sintomatología podría resultar perjudicial. Es decir, cuando la condición psicótica remite total o parcialmente, los nuevos recursos de adaptación son inadecuados para bregar

con los estresantes subyacentes. Esta opinión puede explicar el efecto paradójico de los agentes psicotrópicos, pues cuando el paciente mejora debe afrontar *insights* intolerables que estaban enmascarados, quizá protegidos, por la psicopatología. Si se considera el vasto conglomerado de variables implicado en las esquizofrenias es comprensible que el esquizofrénico tenga innumerables dificultades en su adaptación.

El esquizofrénico que deja el medio hospitalario después de internaciones prolongadas para ir a otro que se supone es mejor —el hogar, por ejemplo—, debe adaptarse con más facilidad. Sin embargo, si se recuerda el rechazo familiar que generalmente confrontan estos pacientes es comprensible que las condiciones que en el nuevo medio debieran ser óptimas se trastocan en inconvenientes y dan lugar al brote de fuerzas intrapsíquicas impredecibles. Pero aunque el hogar no fuera adverso, el esquizofrénico puede estar sometido a tremendo estrés que no puede ser comprendido para el observador profano, pues mientras éste no se altera ante determinados estímulos, el paciente los vive con distorsiones como únicos y paradójicos que le impiden adaptarse y luchar contra la angustia, tensión e inquietud, tal como lo hacía mientras estaba en el hospital.

Parece, entonces, que en el medio hospitalario el enfermo sufre el estrés de la enfermedad y de la internación y se aferra a la vida y lucha para mantenerla; pero por motivos inexplicables fracasa en ese esfuerzo cuando debe ir o se encuentra en situaciones que son real o aparentemente mejores.

II. SUICIDIO EN LA DEPRESION

Tres pacientes del círculo depresivo (0.69%) se quitaron la vida: un varón transexual con reacción depresiva prolongada se ahorcó (caso 5) a los dos días de alta de su primera hospitalización de 21 días; una mujer con psicosis maníacodepresiva se mató con medicamentos no especificados (caso 15) después de nueve años de alta de su primera y única hospitalización que duró 55 días y otra mujer con la misma afección se autoeliminó cuando se encontraba de alta por 15 días, después de estar hospitalizada por cuarta vez durante 35 días, empleando Baygón y Racumín luego de asesinar a su madre y de haber protagonizado tres meses antes un intento precipitándose desde la azotea de un cuarto piso (caso 19). Los tres casos acumularon seis hospitalizaciones, cuatro de las cuales corresponden a una mujer con PMD (caso 19), que también realizó un intento pero no tuvo ideación suicida, la misma que sí la sufrieron los otros dos enfermos que, por el contrario, no ejecutaron intentonas.

La opinión de que los enfermos del grupo afectivo tienen bastante más riesgo que los esquizofrénicos pero éstos se quitan la vida en proporción mucho mayor (9) no se confirma en nuestras observaciones, ya que unos y otros lo hacen en similares porcentajes. No obstante que sólo tenemos dos casos que no son suficientes para apreciaciones definitivas, señalamos que ellos tienen peculiari-

dades que se admiten como factores de riesgo y otros que no se encuentran en conjuntos mayores. Los antecedentes de familiares suicidas incrementan el riesgo, como sucede con las dos pacientes: en una (caso 15), con ascendiente italiano, hubo cuatro suicidas (madre y tres hermanos), un hermano con grave intento y varios familiares con diversas manifestaciones psiquiátricas serias; en la otra (caso 19), una hermana se quitó la vida siendo muy joven.

Que los tratamientos psiquiátricos previos (más en mujeres) aumentan la probabilidad de suicidio es una observación que no comprobamos: una de nuestras enfermas sólo tuvo una hospitalización nueve años antes (a los 42 años de edad) y no continuó ningún tratamiento porque desarrolló su vida con aparente normalidad hasta 10 o 12 meses antes del suicidio, tiempo durante el cual tampoco buscó atención psiquiátrica, no obstante que sufría desesperanza y se le observaba extraña; la otra sí tuvo tres internaciones previas a la última, de varios meses cada una, que perturbaron notoriamente su vida familiar y ocupacional durante 15 años, pero en los ocho años que precedieron al episodio final, la paciente pudo trabajar y tolerar muchas frustraciones sin ayuda psiquiátrica.

De acuerdo a estas observaciones que, por cierto, requieren confirmación, en las mujeres con PMD hay mayor riesgo de suicidio cuando el episodio se presenta después de varios años, durante los cuales han desplegado una vida aceptablemente normal sin apoyo médico.

De los diversos síntomas depresivos, MURPHY (25) se refieren a varios trabajos que dan importancia a la falta de esperanza, la misma que se correlaciona al suicidio con mayor frecuencia que el estado de ánimo deprimido. Si esto es cierto, afirma el autor, la desesperanza no acompaña invariablemente a la depresión pero si está presente es un promedio del suicidio.

La falta de esperanza se encuentra en ambas pacientes: una tenía la pesada carga hereditaria que no dejaba de preocuparla y sufría porque sabía que su único hijo de 22 años, que por manifestaciones esquizofrénicas estaba hospitalizado por segunda vez, tenía pésimo pronóstico (caso 15); la otra, sostén de su madre con depresiones recurrentes, no tenía esperanza para rehacer su vida conyugal, para tener descendencia y para progresar en el área profesional (caso 19). Ambas se preocupaban por el paciente psiquiátrico que tenían a su cargo: la odontóloga, que disponía de dinero, dejó instrucciones precisas para que a su muerte no le faltase nada a su hijo (caso 15) y la profesora, que vivía corta de medios, y que sabía que nadie atendería a su madre, prefirió matar a su progenitora antes de autoeliminarse (caso 19).

De acuerdo a otros informes (23), las historias de depresivos que se suicidan revelan que no hay frecuencia notoria de estresantes agudos en el pasado próximo ni reacciones de duelo recientes. En las dos pacientes no hubo duelo, mas sí dificultades graves frescas, como la enfermedad mental del hijo único (caso 15) y los difíciles problemas familiares y laborales (caso 19). Ambas enfermas habían sufrido pérdida de los vínculos sociales y prácticamente vivían

solas, condiciones que son importantes como factores de riesgo, pues en comparación a lo que sucede en la población general, se produce el doble de suicidios en depresivos que viven solos. Para el mismo autor también adquieren considerable valor los episodios depresivos previos que casi siempre ocurren poco antes del intento final que sucede dentro de otro estado depresivo. Las dos pacientes estuvieron deprimidas cuando se quitaron la vida, pero los episodios previos sucedieron 8 y 9 años antes. Esto significa que la persona con historia de enfermedad depresiva no se encuentra en riesgo de suicidio si no está deprimida y aunque la depresión actual parece no ser causa suficiente de suicidio, sí es necesaria (siempre asociada a la desesperanza) en este grupo de pacientes (25).

III. SUICIDIO EN EL ALCOHOLISMO

De los 21 suicidas, la tercera parte tiene el diagnóstico principal de dependencia del alcohol, lo que confirma el importante papel que tiene el alcoholismo en el suicidio, al punto que entre el 17 y el 31% de todos los suicidios son cometidos por alcohólicos (8, 35), proporciones que son impresionantes si se recuerda que el problema del alcoholismo en el país tiene posición destacada en el consumo *per cápita* de bebidas de grado alcohólico alto (20) y que apreciable porcentaje de los consumidores caen en la categoría de verdaderos alcohólicos (6).

Nuestros enfermos se quitaron la vida después de muchos años de comportamiento tan destructivo que aniquiló su vida personal, familiar y social. De los siete suicidas, sólo dos no realizaron intentos previos, pero éstos y los demás que atentaron contra su vida muchas veces exhibieron abundante ideación suicida que expresaban de diferentes modos. Si los intentos, los gestos y la ideación son manifestaciones del deseo de vivir, los alcohólicos no sólo no rechazan la ayuda sino que la piden (10), aunque otros piensan que no existe un solo alcohólico que desee auxilio (18).

En cualquier caso, lo importante es que el alcohol contribuye notoriamente en la conducta suicida y que los alcohólicos que piensan matarse, o que lo intentan, tienen alto potencial suicida, pues recurren a medios más cruentos o repiten la técnica hasta que por una falla de la misma tienen éxito (21).

Características del grupo

El 1.22 de 573 pacientes con diagnóstico principal de dependencia del alcohol (7 casos) se quitó la vida: uno en la Clínica (caso 2) y seis después del alta. Eran varones con 51.7 años de edad promedio (varía de 32 a 68 años) que, con excepción de uno (caso 2), tenían estudios superiores completos o interrumpidos y que sufrieron la enfermedad durante 30.1 años como término medio (fluctúa de 12 a 50 años). Todos se habían casado a temprana edad con mujeres bastante mayores, pero ninguno formó un hogar feliz, ni siquiera armó-

nico: tres de ellos se separaron o divorciaron y establecieron nuevas uniones infortunadas y los cuatro restantes vivían con las cónyuges en situación de desdicha. Dos ejercieron la medicina —uno con bastante éxito—, otro era constructor, tres fueron empleados y uno industrial, pero todos desarrollaron sus actividades en forma irregular e irresponsable y exhibieron conducta autodestructiva que arruinó a la familia y a los amigos íntimos. Con excepción de un paciente que exclusivamente usaba alcohol (caso 1) y de otro que abusaba de alcohol y de coca (caso 14), los restantes combinaban el alcohol con psicofármacos, sobre todo el tipo barbitúrico.

Los siete enfermos tuvieron tratamientos psiquiátricos previos, pero en la época del suicidio, cinco estaban asistidos, aunque circunstancialmente, por psiquiatras, pues no se controlaban con regularidad aduciendo que la ingesta no era patológica y prometiendo abstinencia por acción voluntaria. Ellos acumularon no menos de 53 hospitalizaciones con un promedio de 8.8, cifras que superan largamente a las que se encuentran en esquizofrénicos y afectivos juntos. El promedio de la última permanencia hospitalaria fue de 42.4 días, con extremos de 3 a 120 días; el paciente que se suicidó en la Clínica (caso 2) lo hizo al tercer día de la décimoprimer internación. El promedio de tiempo de alta para los seis alcohólicos que se suicidaron fuera del hospital (casos 1, 3, 4, 12, 14, 16) fue de 10.1 meses, con extremos de 2 a 24 meses, tiempo que supera en un tercio al que emplean los esquizofrénicos varones para tomar su determinación. Nuestros promedios de edad y tiempo de la última hospitalización concuerdan con los de NORVIC (27), pero difieren en el tiempo de alta que para este autor es de 2.75 a 5.25 años.

Con exclusión de dos pacientes (casos 1,14), los otros cinco protagonizaron no menos de 27 intentos; pero todos exhibieron, además de abundante ideación, numerosas amenazas que producían preocupación y crisis en las familias, aunque muchas veces no se tomaban en serio debido a la repetición.

Prácticamente ningún alcohólico dio signos de advertencia, no obstante que dos pacientes, que se suicidaron con alcohol y psicofármacos (casos 1,2), dejaron notas comunicando la decisión, notas que probablemente por no ser genuinas (37) impiden precisar si el deseo de morir de ellos tenía alta intención, pues no hacían más que repetir por escrito lo que tantas veces habían expresado verbalmente, existía alta probabilidad de intervención y recurrían a métodos que varias veces emplearon previamente. De los cinco enfermos que no anunciaron su muerte por escrito, uno se autoeliminó en su consultorio consumiendo alcohol y psicofármacos (caso 4), como lo había hecho en intentos no letales, y cuatro se suicidaron recurriendo a medios cruentos, distintos a los que utilizaron en otros intentos y amenazas: puñaladas en el corazón (casos 3), arma de fuego (caso 12), precipitación (caso 16) y envenenamiento (caso 14).

COMENTARIO

Si bien no puede afirmarse que hubo signos de advertencia en sentido estricto antes del acto terminal, ellos estuvieron presentes por mucho tiempo —lo que indicaría alto potencial suicida (18)—, pues es posible observar en las historias que todos los pacientes exponían constantemente sus deseos de morir porque se consideraban fracasados, inútiles, desolados, abrumados por problemas, escasos de comunicación familiar, carentes de apoyo, incomprendidos y sin calor afectivo. Existen, pues, numerosos factores externos que parecen estar ligados al suicidio de alcohólicos y que han sido estudiados sistemáticamente en días, semanas y meses previos a la autoeliminación (23, 24). En esos estudios se halló que un tercio de 31 alcohólicos vistos en 1967 y la mitad de los 48 casos que conformaron el grupo de 1979 se suicidaron dentro de las 6 semanas, o menos, que siguieron a la pérdida de una relación afectiva próxima que se había establecido durante el último año y que los 2/3 de los suicidas no presentaban síndrome depresivo, más sí una perturbación afectiva por sucesos reales que habían ocurrido por ruptura de la relación: separación conyugal, divorcio, fallecimiento de un familiar cercano, extrañamiento del seno familiar.

En nuestros pacientes —quizá por el escaso número— no se encuentra la pérdida de una relación erótica o interpersonal importante en las seis semanas previas al suicidio. Sí hay diversos factores sociales perturbadores (12), como dificultades económicas, problemas laborales, contrariedades de salud, crisis familiares. Pero como todos ellos son de naturaleza similar y ocurren en la vida de los alcohólicos que no se suicidan y estuvieron presentes en la de los suicidas debe suponerse que el acto final se precipita por otros factores que al presente son desconocidos. No obstante estas dudas, se piensa que la identificación de los períodos con incremento de perturbaciones sociales pone de relieve el riesgo de suicidio en los alcohólicos (25). De otro lado, como la variedad de efectos sociales comunicados por STENGEL y COOK son poco importantes en los intentos de suicidio y en los suicidios de pacientes mentales si es que ellos son transitorios (40), puede pensarse que el papel de esos elementos externos, que tienen el sello de permanentes, es descollante en el suicidio de alcohólicos.

Hay consenso sobre la importancia que tienen los intentos previos para prevenir el suicidio y se sabe que no pueden desdeñarse las amenazas afirmando que quien las emite no se quitará la vida. Pero en el caso de los alcohólicos es difícil usar estos elementos de juicio como criterios de prevención, ya que las amenazas son incesantes y los intentos se repiten con tanta frecuencia (en nuestro grupo, cada uno de cinco pacientes intentó el suicidio 5.4 veces) que el éxito letal se produciría, en el sentido de MENNINGER, por una falla en la técnica (21). Quizá estos escollos que se presentan en pacientes con alta potencialidad suicida, hizo que BLEULER (2) opinara lo siguiente:

“Ante las amenazas de suicidio (de los alcohólicos) hay en general dos respuestas razonables: ignorarlas, haciendo lo contrario de lo que con ello se proponía, o llevarlo a la sala de agitados de un manicomio. Si se obra de otro modo, la amenaza se convierte en la peor de las cadenas de los esclavos y las demás personas en instrumentos sin voluntad de estos sujetos”.

RESPONSABILIDAD DEL MEDICO POR EL SUICIDIO

Aunque el presente estudio no tiene propósitos médico-legales es importante comentar brevemente la posibilidad de impedir el suicidio, ya que uno de los problemas más difíciles que afronta el psiquiatra es la evaluación del potencial suicida de un paciente. Los psiquiatras y los hospitales tienen la obligación de prevenir el suicidio, pero el problema está en determinar la probabilidad de su ocurrencia en cualquier caso. El médico debe proteger al paciente contra el daño previsible, pero sólo puede hacerlo —y no siempre en forma total— si de antemano controla los factores que indican la posibilidad de un intento.

En el campo de la salud, sobre todo en cirugía, medicina interna y psiquiatría, ocurren situaciones en las que el médico puede ser sancionado por negligencia de acuerdo a principios legales. En cada una de esas áreas hay un espectro específico de problemas médicos, de tal manera que desde la perspectiva de los hechos la naturaleza de la negligencia puede ser muy distinta, por ejemplo, en cirugía ortopédica que en psiquiatría. En términos generales puede decirse que mientras en el área quirúrgica los problemas de responsabilidad médica se refieren principalmente a procedimientos excesivos o al uso de medicamentos, en el área psiquiátrica tienen que ver sobre todo en cómo se obtiene la información de los pacientes y en la manera de usarla para establecer el tratamiento que permita el control del comportamiento.

Diversas características del paciente orientan al psiquiatra para que piense que existe potencial suicida: historia de intentos anteriores; muerte o pérdida reciente de un ser querido; historia familiar de abuso de drogas, alcohol o suicidio; presencia de seria enfermedad física y dificultades económicas o desempleo. Y el médico y el personal deben tomar más precauciones si esas características se combinan con rasgos positivos que se detectan durante el examen mental: depresión, ideación suicida (sobre todo pensamientos suicidas obsesivos), insomnio pertinaz y órdenes alucinatorias. Pero aunque se reconozcan todas estas características y se tomen las medidas pertinentes el paciente puede suicidarse. Ante esta eventualidad es necesario que el médico actúe convenientemente para evitar sanciones por negligencia.

En el caso de un enfermo que se suicida mientras es tratado ambulatoriamente (consulta externa o domicilio), excepcionalmente el psiquiatra es responsable de la muerte porque en los pocos minutos que lo atiende tiene muy limitado control sobre el paciente y su medio ambiente, situación que es muy distinta a la del hospital, donde puede practicarse mejor vigilancia. De todos modos, el

psiquiatra cumple su deber y es eximido de responsabilidad si ante la suficiente evidencia de alta probabilidad de autoagresión interviene administrando el tratamiento apropiado y recomendando la hospitalización.

Para determinar la responsabilidad del psiquiatra por el suicidio de un paciente hospitalizado los jueces deben tener criterios acerca de los procedimientos corrientes para diagnosticar y tratar adecuadamente, los que incluyen la información conveniente sobre el examen mental y el riesgo suicida. Interesa a los jueces precisar si el suicidio fue previsible, es decir, si en el momento de la evaluación y de la indicación terapéutica el psiquiatra sabía o podría saber que el paciente podía suicidarse. Lo que desean conocer los jueces es si el criterio clínico tuvo fundamentos apropiados, no obstante que el acto fatal desbarata su confirmación. Si después de una entrevista prolongada el paciente se suicida, no hay responsabilidad del médico si en la historia consta que aunque hubo amenazas de suicidio varios años antes, no existían manifestaciones recientes y no se detectaron indicios durante el examen.

Algunas veces los jueces involucran a los médicos en problemas de responsabilidad por negligencia porque no obstante que consideraron los riesgos, omitieron su registro en la historia clínica, documento fundamental al que deplorablemente muchos profesionales no le asignan la trascendencia que tiene. Otras veces los magistrados no muy enterados descartan la responsabilidad del psiquiatra y sólo lo adjudican al hospital porque no se siguieron estrictamente las indicaciones del médico respecto a la observación del paciente que es suicida potencial.

En los casos de suicidio interesa a los jueces precisar si el médico o el hospital pudieron prever el riesgo. Indudablemente un médico tiene responsabilidad si pensó que un paciente podría suicidarse y no tomó las medidas adecuadas, sobre todo si en la historia se anotaron las tendencias suicidas y no se dieron las órdenes para tomar las precauciones necesarias. Pero cuando un enfermo ingenioso mantiene el firme propósito de terminar con su vida no será fácil impedirlo; y después del acto siempre podrá discutirse acerca de las medidas preventivas dispuestas. Sobre estos asuntos los jueces no tienen reglas fijas ni piden imposibles, pero sí les interesa apreciar los hechos en cada caso para determinar retrospectivamente si hubo negligencia.

Como parte del tratamiento, el médico puede disponer que el paciente con potencial suicida deje la medicación, que permanezca sin vigilancia y/o que salga con permiso de prueba, solo o acompañado. Estas disposiciones deben anotarse en la historia clínica y deben ser reconocidas por el paciente, y/o sus familiares, pues los jueces preguntan si uno y otros estuvieron totalmente informados sobre el tratamiento propuesto. El médico tiene el deber de ser sincero y exponer los peligros del tratamiento que recomendó o arriesgarse a tener responsabilidad si surge algún daño del inconveniente ocultado. Este riesgo puede evitarse si el médico hace evoluciones adecuadas y si —cuando la condición clínica lo per-

mite— se protege con un documento de exoneración de responsabilidad firmado por el paciente y el familiar responsable.

En lo que atañe a la necesidad de vigilancia específica, evidentemente el acontecer intrapsíquico es de mayor relieve crítico que el comportamiento observable y, por tanto, no es posible precisar un tipo de vigilancia determinado para cada forma clínica que tiene cada paciente. Por cierto que si hay evidencias de un intento reciente o hubo amenazas últimas es necesario aumentar la vigilancia; pero si en estos casos la custodia resulta moderada por disposición de la institución o por descuido del médico y no por la condición del paciente, ella y el médico son susceptibles de acciones legales. Un enfermo con alto riesgo suicida no debe ser admitido a un hospital con tasas inadecuadas de personal/paciente, aunque para los jueces no existen criterios uniformes sobre la cantidad de vigilancia necesaria cuando se determina qué paciente tiene riesgo suicida. El hecho de aceptar o rechazar como adecuado un ambiente menos restrictivo con propósitos terapéuticos pero con mayor riesgo de suicidio es un dilema que los jueces no han resuelto como principio sino de acuerdo a inclinaciones personales que casi siempre están matizadas de prejuicios. Quizá un criterio apropiado sería considerar negligencia si es que se demuestra que el hospital violó sus propios reglamentos al no disponer del personal ofertado para adquirir en el Ministerio de Salud la licencia de funcionamiento o de renovación y si se comprueba que el médico no cumplió con sus deberes.

El médico que desea otorgar el mejor tratamiento para un paciente con riesgo suicida sin recurrir a restricciones indebidas o exageradas hará una interconsulta o una junta médica; pero en todo caso debe registrar en los lugares correspondientes de la historia clínica una nota al respecto, nota que precisará que los beneficios del procedimiento terapéutico emprendido son superiores a los inevitables riesgos y a las precauciones tomadas para evitarlos. Esta nota consignada en la evolución debe estar reforzada por las indicaciones pertinentes para que sean cumplidas por el personal que rota en el servicio. Cuando estos asuntos quedan escritos en la historia clínica y el paciente se quita la vida, el equívoco desafortunado del médico puede conceptuarse como un juicio errado mas no como negligencia.

También interesa a un tribunal saber si el psiquiatra actuó adecuadamente para prevenir las lesiones mortales autoinferidas por un paciente con alto riesgo de suicidio. En este caso se plantea igualmente la distinción entre la realidad médica y el juicio clínico. Cuando no hay pruebas de negligencia, el defecto en el criterio clínico del psiquiatra no significa que sus acciones fueron erróneas. Por ejemplo, el psiquiatra y el personal a sus órdenes no son negligentes cuando un paciente se suicida por haberse dispuesto la supresión de vigilancia y controles estrictos, siempre que se demuestre razonablemente que se elaboró una historia comprensiva y que se practicó el examen mental apropiado. En este caso hay error de juicio en la evaluación pero no acción irresponsable ni comportamiento negligente.

La presencia de un acto intercurrente es una variable que podría dar lugar a que el psiquiatra sea considerado culpable del suicidio de un paciente. Por ejemplo, si luego del seguimiento y de la evaluación final el enfermo sale de alta, funciona aceptablemente durante un tiempo y se suicida por causas que no parecen estar relacionadas con la enfermedad que dio lugar a la hospitalización, es difícil que resulte responsable el psiquiatra que admitió, trató y dio de alta al paciente porque es casi imposible determinar el factor causal del suicidio, pues en el tiempo transcurrido entre el alta y la autoeliminación ocurrieron muchas causas intercurrentes.

Algunos profesionales que temen asumir responsabilidades recomiendan excluir la palabra suicidio en los documentos escritos y prefieren no admitir que el paciente tiene en mente quitarse la vida. Esta posición es incorrecta, ya que resulta temerario recurrir a procedimientos encubiertos que distorsionan la verdad en una relación médico-paciente que debiera ser límpida. Lo mejor es registrar en la historia clínica con toda claridad y precisión las razones por las cuales se establece un modelo terapéutico al mismo tiempo que se anotan las precauciones que se toman.

Es deber del médico informar al personal sobre el riesgo de suicidio existentes y verificar si se cumplen las disposiciones. Por este motivo son muy útiles las reuniones con el personal al momento de la admisión o las reuniones clínicas durante el período de hospitalización. En estas sesiones todos aprenden pequeños detalles que permiten evoluciones más exactas y la participación en la vigilancia, todo lo cual incide en la seguridad del paciente y del personal.

Las deliberaciones y decisiones que se dan en las reuniones clínicas deben registrarse en la parte de evolución de la historia. El trabajo cotidiano con pacientes revela que un parámetro para predecir el suicidio es el tipo de relación que mantiene el paciente. Cuando éste se vincula creativa o significativamente con la familia, el personal o el médico, probablemente tiene menos riesgos de suicidio; los enfermos que se quitan la vida generalmente temen o sienten que ha finalizado toda relación significativa antes del acto suicida. HENDIN (12) afirma que los pacientes pueden concebir la muerte como venganza por abandono, asesinato retroflejo, reunión, autocastigo, pero muchos de ellos sienten que ya están muertos emocionalmente. Si estos asuntos tienen realmente valor de predicción, es sobre todo en las reuniones clínicas donde puede aquilatarse estos ingredientes vitales para prevenir un suicidio.

RESUME

Etude rétrospective de 5,188 patients jeunes (40.1 ans) et chroniques (16.3 ans de maladie), internés au cours de 20 ans avec diagnostic d'accord à la I.C.D.-9. L'on analyse les particularités démographiques et psychiatriques de l'ensemble et de chaque groupe pathologique; on trouve des ressemblances et disparités avec des études similaires faites à l'étranger. Pour terminer on insiste sur quelques situations dans lesquelles le médecin peut encourir une responsabilité par négligence.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine Analyse von 5188 Fällen von relativ jungen (40.1 Jahre alt im Durchschnitt und chronischen Patienten (16.3 Jahre mit der Krankheit lebend), die einmal in 20 Jahren hospitalisiert waren, wird dargestellt. Demographische und psychiatrische Charakteristika von den verschiedenen pathologischen Gruppen werden diskutiert.

REFERENCIAS

1. BARRACLOUGH, B.M. (1973): "Differences between national suicide rates", *Br. J. Psychiatry*, 122: 95-96.— 2. BLEULER, E. (1924): *Tratado de Psiquiatria*, 4ª ed. (Trad. José Villaverde), Calpe, Madrid, p. 244.— 3. BLEULER, E. (1961): *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, 5ª Ed., International Univ. Press, New York, p. 488.— 4. BRATFOS, O. (1971): "Attempted suicide", *Act. Psych. Scand.*, 47: 38.— 5. BUMKE, O. (1946): *Nuevo Tratado de Enfermedades Mentales*, F. Seix, Ed., Barcelona.— 6. CARAVEDO, B. y ALMEIDA, M. (1957): "El alcoholismo: problema de salud pública", *Revista Psiquiátrica Peruana*, 1, 39.— 7. CROSS, CH. & HIRSCHFELD, R. (1987): "Epidemiology of disorders in adulthood: Suicide", In *Psychiatry* 1, 20, R. Michels, (Ed.), Basic Books, New York.— 8. DREW, L.R. (1968): "Alcoholism as a self-limiting disease", *Quart. J. Stud. Alc.*, 29: 956-967.— 9. EVENSON, R.C., WOOD, J.B. & NUTTALL, E.A. (1982): "Suicide rates among public mental health patients", *Act. Psych. Scand.*, 66: 254-264.— 10. FREEMAN, D.F. et al. (1974): "Assessing intention to die in self-injury behavior". In *Psychological Assessment of suicidal Risk*, Ch. Neuriner, (Ed.), Charles Thomas, Illinois.— 11. GUZE, S.B. & ROBINS, E. (1970): "Suicide and primary affective disorders", *Br. J. Psychiatry*, 177: 437-438.— 12. HENDIN, H. (1967): "Suicide". In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, A.M. Freedman and H.I. Kaplan (Eds.), Williams & Wilkins Co., Baltimore.— 13. HIPPLE, J. & CIMBOLIC, P. (1979): *The counselor and suicidal crisis. Diagnosis and intervention*, Charles Thomas, Illinois.— 14. HURLOCH, E.B. (1959): *Developmental Psychology*, Mc Graw Hill, New York.— 15. KOLB, L.C. (1976): *Psiquiatria Clínica Moderna*, La Prensa Médica Mexicana, México.— 16. LEHMANN, H.E. (1967): "Schizophrenia. IV: Clinical Features". In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, A.M. Freedman & H.I. Kaplan (Eds.), Williams & Wilkins Co., Baltimore.— 17.

- LEHMANN, H.E. (1975): "Schizophrenia-Clinical Features". In *Comprehensive Textbook of Psychiatry II*, A.M. Freedman & H.I. Kaplan (Eds.), Williams & Wilkins Co., Baltimore.— 18. LITMAN, R. (1970): "Evaluation and management of the suicidal patient". In *Depression in medical practice*, A.J. Euelow, (Ed.), Merck Sharp Dohme.— 19. LITMAN, R. (1973): "Models for predicting suicidal lethality". In *Psychiatry I*, R. de la Fuente & M. Weisman, (Eds.), American Elsevier Publishing Co., New York.— 20. MARIATEGUI, J. (1970): "Estudios de epidemiología psiquiátrica en el Perú". En *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*, J. Mariátegui y G. Adis Castro, (Eds.), Monografía de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Buenos Aires.— 21. MENNINGER, K.A. (1952): *El hombre contra sí mismo*, Losada, Buenos Aires.— 22. MORISON, J.R. (1982): "Suicide in a psychiatric population", *J. Clin. Psychiatry*, 43: 348-352.— 23. MURPHY, G.E. & ROBINS, E. (1967): "Social factors in suicide", *JAMA*, 199: 303.— 24. MURPHY, G.E. *et al.* (1979): "Suicide and alcoholism", *Arch. Gen. Psychiatry*, 36: 65-69.— 25. MURPHY, G.E. (1987): "Suicide and Attempted Suicide". In *Psychiatry I*, 71, M.D. Michels, (Eds.), Basic Books, New York.— 26. NICHOLI, A. (1980): *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*, Belknap Press, London.— 27. NORVIC, J. & NIELSEN, B. (1956): "A follow-up study of 221 alcohol addicts in Denmark", *Quart. J. of St. on Alcohol*, 17: 633-642.— 28. PECK, M.L. (1977): "A young person dies. Preventing the Youthful Suicide". In *Preventing the Youthful Suicide*, A. Griffin & D. Switzer, (Co-chair), Symposium presented by Suicide Prevention of Dallas Southern Methodist University, Dallas.— 29. PLANANSKY, K. & JOHNSTON, R. (1973): "Clinical setting and motivation in suicidal attempts of schizophrenics", *Acta Psychiatry. Scand.* 49: 680-690.— 30. POKORNY, A.D. (1974): "Suicide rates in various psychiatric disorders", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 139: 499-506.— 31. POKORNY, A.D. (1983): "Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study", *Arch. Gen. Psychiatry*, 40: 249-253.— 32. RETTERSTOL, N. (1973): "What do we know about the future fate of suicide attempters?". In *Psychiatry I*, R. de la Fuente & M. Weisman, (Eds.), American Elsevier Publishing Co. New York.— 33. ROY, A. (1982): "Suicide in chronic schizophrenia", *Brit. J. Psychiat.*, 141: 171-177.— 34. ROY, A. (1982): "Risk factors for suicide in psychiatric patients", *Arch. Gen. Psychiat.*, 39: 1089-1095.— 35. RUSHING, W.A. (1969): "Suicide and the interaction of alcoholism (liver cirrhosis) with the social situation", *Quart. J. Stud. Alc.*, 30: 93-103.— 36. SCHNEIDER, P.B. (1954): *La tentative de Suicide. Etude Statistique, Clinique, Psychologique et Catamnestique*, Neuchatel, Paris.— 37. SHNEIDMAN, E.S. & FARBEROW, N.L. (1957): *Clues to Suicide*, McGraw-Hill Book Co., New York.— 38.— SOLOMON, P. & PATCH, V. (1972): *Manual de Psiquiatría, El Manual Moderno*, México.— 39. SOLOMON, M.I. & HELLO, CH. P. (1980): "Suicide and age in Alberta, Canada 1951 to 1977. A cohort Analysis", *Arch. Gen. Psychiatry*, 37: 511-513.— 40. WEISS, J. & SCOTT, K. (1975): "Suicide attempters ten years later", *Comp. Psychiatry*, 15: 165-171.— 41. WEISSMAN, M.M. (1974): "The epidemiology of suicide attempters, 1960 to 1971", *Arch. Gen. Psychiatry*, 30: 737-746.— 42. WILKINSON, D.G. (1982): "The suicide rate in schizophrenia", *Br. J. Psychiatry*, 140: 138-141.— 43. WINOKUR, G. & TSUANG, M. (1975): "The Iowa 500: Suicide in mania depression and schizophrenia", *Am. J. Psychiat.*, 132: 650-651.