

EL MANEJO DEL ALUMNO SUICIDA EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL Y PSICOTERAPIA

Mercedes Esmirna Ríos Bustos

RESUMEN

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza), desde su inicio en enero de 1976, que en ese entonces era la Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza (ENEP Zaragoza), ha brindado atención tanto psicoterapéutica como psiquiátrica a los alumnos de este plantel, y entre ellos los inscritos a la carrera de odontología, que de una manera informal así lo han solicitado.

Es en 1983, cuando se abre el Servicio de Salud Mental y Psicoterapia (SSM y P) para brindar la atención antes mencionada de manera formal, a los alumnos que lo soliciten.

Dentro de la morbilidad detectada en estos alumnos, el trastorno más frecuente de la esfera emocional es: el trastorno obsesivo-compulsivo, una variable de los trastornos por ansiedad y la depresión exógena prolongada, con la sombra latente cada vez mayor, de su complicación: el suicidio.

Este trabajo desarrolla las bases teórico-clínicas para el manejo de los alumnos con un riesgo suicida alto, y expone medidas importantes para su prevención, y con ello un mejor reforzamiento para evitar la deserción escolar.

Palabras Claves: *distímico, control, prevención.*

The suicidal student management in the psychotherapy and mental health service

ABSTRACT

The Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza), since January 1976, at that moment Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza (ENEP Zaragoza), has offered psychotherapeutic and psychiatric attention to the students of this educational institution.

In 1983, the Mental Health and Psychotherapy Service started to offer the services mentioned above, to help the students properly.

Among the incidence of the psychopathologies found in these students, the more frequent disorders were: the obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders and the dysthymic disorders, with the latent shadow every time more often, of its complication: the suicide.

This work develops the theoretical-clinical basis for the high risk suicidal management in college students, and display important measures for its prevention, and with this a better strengthen to avoid scholar desertion.

Key Words: *dysthymics, control, prevention.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL 13 DE OCTUBRE DEL 2009 Y ACEPTADO EL 04 DE OCTUBRE DEL 2010.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de las actividades académicas por parte de este plantel, en 1976, que para ese entonces se inauguró como Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza (ENEP Zaragoza), existió de una manera informal una atención tanto psicoterapéutica como psiquiátrica a estudiantes que así lo solicitaban, de las siete carreras que imparte este plantel:

Enfermería, Psicología, Odontología, Medicina, Biología, QFB, e Ingeniería química.

Más adelante, en 1983 se conforma el Servicio de Salud Mental y Psicoterapia (SSMyP), para ofrecer la atención antes mencionada de una manera más estructurada y formal a los alumnos que así lo soliciten.

Se encontró que las causas más frecuentes por las que los alumnos llegaban al servicio, estaban las alteraciones en la esfera

emocional, y entre ellas eran el trastorno obsesivo-compulsivo, uno de los tipos de los trastornos por ansiedad y los trastornos distímicos, con la sombra latente cada vez mayor de su complicación: el suicidio, los problemas psicopatológicos más frecuentes por lo que acudían al servicio. Las carreras de enfermería, psicología, odontología y medicina, en ése orden, tienen la frecuencia más alta en la asistencia a este servicio, aunado al riesgo latente del suicidio de una manera cada vez mayor.

Padecimiento(Trastorno)	No	%
Obsesivo-Compulsivo	54	17.9%
Adaptativo con estado de ánimo depresivo	47	15.6%
Adaptativo mixto	35	11.6%
Distímico	27	9.0%
Angustia con agorafobia	25	8.3%
Histriónico de la personalidad	16	5.3%
Obsesivo-Compulsivo de la personalidad	15	5.0%
De somatización	15	5.0%
Adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento	14	4.6%
Depresivo no especificado	11	3.7%
Otros	25	8.3%
Total	284	94.3%

Cuadro. Diagnósticos más frecuentes por entrevista psiquiátrica modificada, alumnos positivos en la prueba de Goldberg (EMP).^{1,2,3,4} Fuente: EPM aplicados en el Servicio de Salud Mental y Psicoterapia. FES Zaragoza. UNAM.

Este trabajo está enfocado a desarrollar las bases teórico-clínicas del manejo de los alumnos con alto riesgo suicida. Y en su parte final, en las medidas más importante para su prevención.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SUICIDIO

El término suicidio se entiende como toda muerte que resulta mediante o inmediatamente después de un acto realizado por la víctima misma.

En algunas sociedades guerreras de la antigüedad, cuyos dioses eran los de la violencia y cuyo ideal era el valor, a menudo se contemplaba al suicidio como una bendición, como es el caso de los normandos y druidas que exaltaban a este acto como un principio religioso.⁵

En Grecia, Homero registra el suicidio sin comentarios, como algo natural y generalmente heroico; y hasta donde llegan los testimonios, los griegos solamente se quitaban la vida por las mejores razones imaginables: dolor, elevados principios patrióticos o para evitar la deshonra.

Para los estoicos, el ideal era más vago y más digno: el de vivir de acuerdo con la naturaleza. Cuando la vida parecía no estar de acuerdo con ello la muerte aparecía como una elección racional.

Para los romanos, era contemplado como una forma cuidadosamente considerada y escogida, que correspondiera a la forma en que habían vivido. Vivir noblemente significaba también morir noblemente y en el momento preciso, y esta gran racionalidad tuvo tal alcance que la multitud para entretenerse no se satisfacía con nada menos que la muerte.^{6,7}

Esto envuelve como veremos una paradoja: mientras que en el politeísmo, intelectualmente absurdo de la Época Antigua constituye un obstáculo efectivo para la comprensión científica, produce también en forma contraria: tolerancia, respeto por la libertad individual y un espacio vital civilizado.

El monoteísmo en contrapartida trata al mundo como un todo sistemático, unció e inteligible, sin embargo sus consecuencias son: el dogmatismo, el fanatismo y la persecución.

En un inicio, los primeros cristianos mostraron la misma indiferencia hacia la muerte, el suicidio era un tema tan neutral que Tertuliano, uno de los más fervorosos Padres de la Iglesia consideraba la propia muerte de Cristo como una especie de suicidio, llegando a sentir que cuanto más abundante era la vida, mayor tentación al pecado. La muerte por lo tanto era una liberación que se esperaba o se buscaba con impaciencia siendo incontables los mártires en esa época.

En el Siglo XI este acto es considerado pecado mortal contra Dios que nos ha dado la vida, utilizándose el Sexto Mandamiento “no matarás” como única autoridad bíblica para frenar este fanatismo al suicidio y al martirio. Y así, lo que comenzó como una medida preventiva, terminó siendo un cambio de carácter universal.^{8,9}

Un acto, que durante el primer florecimiento de la civilización occidental había sido tolerado, luego admirado y más tarde incluso buscado como supremo signo de fanatismo, se convirtió finalmente en objeto de profunda repulsión moral cristiana.

Para cambiar eso, hizo falta la contrarrevolución científica, en donde pasa el suicidio al mundo de la ciencia por considerarla parte de las enfermedades mentales y no en el ámbito de lo moral.¹⁰

ASPECTOS ESTADÍSTICOS

Los estudios científicos sobre este fenómeno han aumentado, a partir de la década de los veinte del siglo pasado.

Esto ha permitido saber que el porcentaje de suicidios afectivos crece con la edad y alcanza su nivel máximo entre los 55 y los 65 años. Los suicidios de los ancianos constituyen 25% del total, aunque ellos sólo componen 10% de la población. La tasa de suicidios en los mayores de 75 años supera más de tres veces la de los jóvenes.

En comparación, los jóvenes son los que hacen más intentos, estando la máxima actividad entre los 25 y los 44 años. Aunque

la tasa entre los jóvenes está aumentando cada vez más, sobre todo en los varones con edades comprendidas entre los 15 y 24 años. Hoy en día, la mayor parte de los suicidios se producen entre los 15 y 44 años.

Esta más extendido en ciudades que en el campo.

Son más frecuentes en primavera-verano. Pero el hecho no es peculiar del calor, el frío violento obra de la misma manera.

Es mucho más común en los varones aunque las mujeres intentan suicidios, más frecuentemente que los hombres.

Así como se ha visto ser más frecuente entre solteros que en gente casada.

Este fenómeno se ha convertido en una especie de pandemia cada vez más alarmante, con una frecuencia cada vez mayor en niños y adolescentes.

Para el año 2020 se espera que la primera causa de morbilidad sea la depresión, con el consiguiente aumento del riesgo suicida.^{11,12}

ASPECTOS PSICODINÁMICOS

Freud en su artículo Duelo y Melancolía describe al duelo como un estado de ánimo doloroso con una cesación del interés por el mundo externo como reacción a la pérdida real del objeto erótico. Y a la melancolía como una reacción con un contenido más amplio ya que constituye una excelente ocasión para hacer surgir la ambivalencia de las relaciones amorosas.¹³

Posteriormente Menninger, con un enfoque ya claramente objetal analiza como son principalmente propensas al suicidio aquellas personas que encubren amplias y escasamente dominadas cantidades de hostilidad inconsciente. Viendo lo dicho por Freud, que muchos suicidios son asesinatos encubiertos, en donde el hombre se mata y mata simbólicamente al que acusa de haber envenenado su vida, implicando en esto un gran sentimiento de ira.

Además, complementariamente el suicidio busca y cree encontrar en el acto suicida la unificación con el objeto, debido a que constituye el único medio para reunir y fusionar la libido y la agresividad que el enfermo no pudo fundir en su relación objetal.

ASPECTOS CLÍNICOS

La predicción clínica del riesgo suicida requiere de una combinación de intuición y experiencia que permita identificar durante la entrevista psiquiátrica variables clave de alto riesgo, como pueden ser:

- Reparto de bienes (pueden ser objetos estimados) a los seres más queridos.
- Intentos suicidas previos.
- Antecedentes familiares suicidas.

- Historias de “acting outs” (término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de las actividades de un sujeto, en contraste relativo con los sistemas de motivación, habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto- o hetero agresiva) como forma principal de expresión de la ansiedad.
- Ausencias de apoyo familiar o social.
- Pérdidas significativas.
- Hostilidad.
- Culpa Intensa.
- Anhedonia.
- Padecimientos afectivos bipolares con refractilidad de tratamientos previos.

Una constelación frecuente es la presencia de la conducta automutilante crónica en pacientes con personalidad predominantemente infantil, vemos que estos intentos están destinados a establecer o reestablecer un control sobre el entorno al evocar sentimientos de culpa en los demás, por ejemplo: la ruptura con la pareja sexual o cuando los padres se oponen frecuentemente a los deseos del paciente.

Un tipo de conducta mucho más grave es el llamado Narcisismo Maligno por Kernberg.^{15,16} Aquí la estructura de la personalidad predominantemente narcisista funciona con una organización psicodinámicamente límite, con una infiltración de agresión en el sí mismo grandioso patológico que caracteriza a la personalidad narcisista. Estos pacientes experimentan una autoestima y confirmación de su grandiosidad aumentadas cuando pueden expresar la agresividad hacia sí mismo o los demás. (Algunos pacientes con anorexia nervosa, padecimiento desafortunadamente cada vez más común entre las adolescentes, pertenecen a este subtipo).

Por lo que a la contratransferencia se refiere, el terapeuta que parece reaccionar sólo con dolor y preocupación ante el paciente suicida está negando su propia autodestructividad o identificación proyectiva. Debe ser capaz de empatizar con la excitación de la agresión autodirigida que muestre el paciente, con su anhelo de paz, su placer de vengarse contra los demás, con su deseo de escapar de la culpa, para poder permitirle explorar estos problemas abiertamente en el tratamiento.

En caso de ya encontrarnos con un caso de alto riesgo suicida, el manejo prioritario es el de mantener al paciente en una vigilancia estrecha, utilizando concomitantemente un método físico, químico o mecánico. Atenerse únicamente a los métodos psicológicos sería exactamente tan absurdo e irrazonable como el omitirlos por completo.

PREVENCIÓN

La presencia de la depresión y del suicidio es cada vez más alarmante por su frecuencia, así como por su incapacitación tanto en la productividad como en la vida social y personal de quienes la padecen. En el año 2020 se espera que sea precisamente

la depresión el primer trastorno de morbilidad.^{17,18}

Ante esto la población estudiantil no es la excepción, y con ello el incremento a la par del riesgo suicida.

Una medida importante es la difusión de este padecimiento como un trastorno de la afectividad que se trata médica y psicológicamente, y que es curable. Así mismo, la promoción de los espacios donde manejen profesionalmente este padecimiento.

También la sensibilización y la facilidad tanto a la población en general como a la estudiantil para usar espacios que promuevan la autoestima, la creatividad y la integración familiar, como lo son los destinados a diversas actividades artísticas o deportivas, son lugares importantes que fortalecen la salud mental de quienes los utilizan.

No es casual que Santiago Genovés,¹⁹ reconocido investigador sobre la violencia, en una entrevista televisiva transmitida en mayo del 2001 por Canal 22 diga:

“Es muy importante la integración de la educación artística en la formación de los niños y jóvenes...Educación, educación y más educación y predicar con el ejemplo...”

Esto puede ayudar a contrarrestar la violencia mundial en todas sus expresiones.

Actualmente, los programas curriculares de las carreras de las diferentes licenciaturas se encuentran sobresaturados de actividades, tanto teóricas como prácticas. No hay que olvidar que también es importante propiciar que los alumnos dispongan de tiempo libre, para realizar alguna actividad, ya sea de tipo artístico o deportivo.

La difusión de los talleres artísticos y las actividades deportivas existentes en este plantel, así como dejar sólo las tareas necesarias, es una medida importante para permitir en nuestros alumnos un desarrollo integral que favorezca su salud mental y con ello un mejor aprovechamiento académico y personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, España, Ed. Masson, 2002.

2. Goldberg D.P., Cooper B., Eastwood M., Shepherd M.A., A standardized psychiatric interview for use in community survey, Inglaterra, Br. J., Prev. Soc. Med., 1970; 24:18-23.

3. Campillo y col., Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg en una versión mexicana, México, Acta psiquiátrica de América Latina, 1981.

4. Carabeo J., La entrevista psiquiátrica estandarizada (EPE) y el Sistema Social y Comunitaria. Asociación Psiquiátrica Modificada., México, 1986.

5. Bakalar J., Baldessarini Ross y otros autores. The New Harvard Guide to Psychiatry. Págs. 309-337, Estados Unidos, Ed. Armand M. Nicholi, Jr. M.D.. 1988.

6. Kaplan Harold, Sadock Benjamin J. Sinopsis de Psiquiatría. Págs. 983-987, España, Ed. Médica Panamericana. 2000. Págs., 983-987.

7. Freedman Alfred M., Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J.. Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Estados Unidos, Ed. Salvat Editores., págs. 1950-1962, 1982.

8. Cf Menninger K.. El hombre contra sí mismo. España, Ed. Península. 1972.

9. Cf Girard R.. La violencia y lo sagrado., España, Ed. Anagrama. 1995.

10. Cf Laplanche J., Pontalis Jean-Bertrand. Diccionario de Psicoanálisis, España, Ed. Labor. 1983.

11. INEGI 2005. Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad General, México.

12. Cf Durkheim E.. El suicidio., México, Ed. UNAM. Nuestros Clásicos. No. 39. 1974.

13. Freud, S.. Duelo y Melancolía. Obras Completas. Cap. XCIII, España, Ed. Biblioteca Nueva, Págs. 2091-2100, 1981.

15. Kernberg, O.. Trastornos graves de la personalidad, México, Ed. Manual Moderno. Págs. 229-248, 1987.

16. Cf Kernberg O. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico., Argentina, Ed. Paidós. 1985.

17. Cf Benjamin W.. Para una crítica de la violencia., España, Ed. Taurus. 1998.

18. Cf Tecla A. La antropología de la violencia., México, Ed. Taller Abierto. 1995.

19. Cf Genovés S. El mundo de la violencia., México, Ed. F.C.E. 1998.