

TENTATIVA DE SUICIDIO Y ALCOHOLISMO

Dr. José Modesto Meza*

Entendemos por suicidalidad la integral de cuantas energías y funciones psíquicas actuales tienden al acto suicida (6). En los estudios más antiguos se interpreta casi exclusivamente, como actos suicidas, los suicidios, mientras que las tentativas son consideradas como "suicidios frustrados". Solo recientemente y debido sobre todo a las investigaciones de Stengel (10), se ha comenzado a distinguir de manera más estricta entre suicidio y tentativa de suicidio. Los datos presentados por diversos investigadores acerca de la proporción entre suicidios y tentativas de suicidio oscilan entre 1:3 y 1:10.

Existen publicaciones científicas muy detalladas acerca de la psicopatología del suicidio y de la tentativa de suicidio. De ellas se desprende que ningún médico considera actualmente al suicidio como una enfermedad sui-generis, sino como síntoma de una enfermedad o de un desarrollo psíquico anormal.

Las investigaciones psicológico-experimentales dedicadas a establecer el "perfil de la personalidad suicida" no han obtenido mucho éxito, lo cual era de esperar si tenemos en cuenta la génesis multifactorial de tales desarrollos.

En las investigaciones estadísticas de gran envergadura se ha intentado constantemente establecer correlaciones con respecto a determinadas clases de suicidio. Puede afirmarse en este sentido, que los hombres prefieren métodos mas brutales (ahorcamiento, armas de fuego, suicidio con arma blanca), mientras que las mujeres tienden hacia otras más

suaves, tales como la ingestión de tóxicos, asfixia con gas de alumbrado, etc.

La investigación del suicidio ha demostrado que existen determinados grupos especialmente amenazados; dichos grupos o corresponden a determinadas edades -juventud (pubertad), climaterio, edad avanzada-, o se trata de grupos patológicos -como depresiones, toxicofilia, alcoholismo, desarrollos anormales simples o neuróticos, personalidades psicopáticas, esquizofrenias, lesiones orgánicas cerebrales y epilepsias.- Además, determinadas circunstancias vitales y ambientales aumentan el riesgo de suicidio.

Ringel ha conseguido establecer un "síndrome pre-suicidal" y formularlo de manera especialmente clara y sucinta. Se trata de lo siguiente:

- 1o. Angostamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, aislamiento y estancamiento de las energías psíquicas.
- 2o. Inhibición de la agresividad: las agresiones que no se pueden descargar contra los demás, se vuelven contra uno mismo.
- 3o. Deseos de muerte y fantasías de autodestrucción.

Pólinger (6) describe tres estadios en la tendencia al suicidio. El primer estadio es considerado el suicidio como una posibilidad para resolver, mediante la destrucción de la propia vida, los problemas reales o aparentes. El impulso inicial puede partir de factores psicodinámicos como: inhibición de agresiones y aislamiento social; o de factores de sugestión tales como: inhibición de agresiones y aislamiento social; o de factores de sugestión tales como: suicidios en la familia y en el ambiente próximo o noticias de prensa, literatura y "films".

;)*) Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina UNAH.

El segundo estadio se caracteriza por ambivalencia, indecisión y pugna íntima entre las tendencias constructivas y destructivas. Esta ambivalencia se manifiesta también mediante avisos de suicidio, que han de comprenderse como auténticas llamadas de socorro, pero que con frecuencia y a causa de prejuicios no son atendidas. Las encuestas llevadas a cabo por Robins y cols, y Ringel en el medio ambiente de personas que cometieron suicidio han demostrado que un 69o/o y un 78o/o de las mismas, respectivamente, habían anunciado previamente y expresis verbis su intención. Constituye, pues, un importante propósito de la profilaxis del suicidio hacer desaparecer definitivamente el prejuicio relativo a que "las personas que desean suicidarse no lo avisan de antemano y que aquellas, en cambio, que hablan de suicidarse, no lo hacen". Tal prejuicio ha costado ya la vida a innumerables seres humanos.

En el tercer estadio, si el sujeto ha adoptado ya la decisión de quitarse la vida, hay que prestar sobre todo atención a indicios indirectos. Habla en favor de una acentuación de la tendencia al suicidio, el hecho de que personas que con anterioridad se mostraban agitadamente angustiosas y deprimidas, tengan de pronto aspecto tranquilo y manifiesten una actitud aparentemente serena. Tal serenidad es sospechosa y equivale con frecuencia a una "calma antes de la tormenta", una vez que la pugna íntima ha cesado y ha sido adoptada la decisión.

En los actos de cortocircuito, como durante los estados de embriaguez, en los que surgen bruscamente impulsos de autodestrucción, dichos estadios de la evolución suicidal pueden transcurrir, o mejor precipitarse, a ritmo acelerado. Por este motivo, las medidas profilácticas deben dirigirse a contrarrestar en primer término, las tendencias a la impulsividad, lo cual se realiza por ej: mediante un tratamiento con neurolépticos proseguido durante mucho tiempo. Está indicada una constante sedación medicamentosa cuando la anamnesis repetidas tentativas de suicidio.

Otra importante finalidad de la profilaxis del suicidio es la de procurar a los que se han salvado de poner fin a su vida un reconocimiento y tratamiento psiquiátrico, ya que la tentativa de suicidio ha de considerarse como un síntoma de una evolución

patológica que tenderá a la repetición si no se trata la enfermedad sobre la que se basa.

Si se presta atención a las tentativas de suicidio repetidas, resulta digno de destacarse el hecho, de que se dan principalmente en los grupos de alcohólicos, toxicómanos y personalidades psicopáticas.

De un total de 440 pacientes ingresados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Basilea (6), tras haber intentado quitarse la vida, 38 tenían como diagnóstico principal Alcoholismo (9o/o) y 51 diagnóstico secundario de Alcoholismo, lo cual constituye un total de 89 pacientes, es decir un 20o/o.

CASO CLÍNICO

J.R.D., masculino, de 29 años, originario de Rancagua, (Chile), casado, preparador de caballos del Club Hípico de Santiago. Padre de 63 años, peluquero. Madre de 65 años, ama de casa.

Educado por su madre ya que el padre abandonó el hogar cuando él tenía 5 años. Escolaridad sexto año básico. Es el cuarto de siete hermanos. Un hermano gemelo se ahorcó hace dos años y antes de hacerlo, había ingerido alcohol.

El paciente convive con su esposa de 29 años y una hija de 7 años.- Alquilan casa de construcción sólida.

Primera ingesta alcohólica a los doce años, edad en la que empezó a trabajar. Comenzó a tomar moderadamente a los dieciocho años y ya a los diecinueve era un bebedor excesivo. Por ese mismo tiempo comenzó a tener "incapacidad de detenerse". A los veintitrés años presentó "incapacidad de abstenerse" y a los veinticuatro años tuvo crisis de ingestión patológica. Los primeros síntomas de privación aparecieron a los diecinueve años.

Ha tenido tratamientos antialcohólicos anteriores, uno en el Hospital Psiquiátrico de Santiago en 1971, reflejos aversivos con apomorfina y antabuse y el otro en la Clínica privada en noviembre de 1974, con TAE (tratamiento aversivo eléctrico). Sus días promedios de abstinencia son de 20 días. El motivo de sus recidivas es "sed de alcohol".

La ingestión durante el último año ha sido con una frecuencia de ingestión menor de cuatro veces al mes, embriaguez cada quince días en la que toma más de un litro de vino. Tiene amnesia por embriaguez siempre. Sus síntomas de privación han sido leves, medianos y graves.

El paciente ha tenido múltiples traumatismos encefalocraneales. En 1963, lo pateó un caballo en el maxilar inferior, perdió el conocimiento por dos horas. En 1972, se cayó de un caballo y perdió el conocimiento por cinco horas. En 1973, recibe patada de un caballo y pierde el conocimiento por media hora.

Al examen psicopatológico: se encuentra paciente con personalidad normal, inteligencia normal, área sexual sin problemas, núcleo familiar conflictivo, trabajo estable, presenta deterioro leve, no tiene invalidez social.- Se diagnostica además gastritis.

El paciente fue referido del servicio de urgencias con los diagnósticos de Intento de autoeliminación y antecedentes psiquiátricos.

El paciente ha tenido cinco intentos de suicidio, todos en estado de intoxicación alcohólica. El primero fue a los 19 años, cuando era soltero. En todas las oportunidades ha tratado de ahorcarse usando para ello, lazos de ropa, cordel de plancha y lazo de perro.

El paciente ha tenido crisis convulsivas desde hace cinco años, tanto cuando toma, como cuando deja de hacerlo. Las crisis son con pérdida del conocimiento, desviación conjugada de la mirada y convulsiones clínicas, sin relajación de esfínteres. No tiene sueño postictal.

El 31-XII-76 el paciente ingirió alcohol y presentó amnesia total. No sabe como llegó a la casa. En un descuido de los familiares se colgó de un gallinero. La esposa le hizo respiración artificial y lo llevó al Hospital. Consultó en el 4-1-77, fecha desde la cual, se mantiene en estricto control. Su tratamiento consiste en Disulfirano 500mg después del desayuno, Clordiazepóxido 1 tid y Multivitaminas una diaria.

Un informe de electroencefalograma del 12-1-77 dice:

Trazado de vigilia y reposo inscribe actividad alfa, interferida por elementos theta, en sus frecuencias de 6 a 7 c.p.s., irregular en morfología y voltaje.

La hiperventilación acentúa estas características. Conclusión: EEG que puede relacionarse con una comicialidad generalizada.

Al 15-VI-77 el paciente tiene cinco meses de abstinencia, no ha tenido conductas compulsivas y no ha presentado crisis convulsivas. Tiene conciencia de enfermedad alcohólica.

DISCUSIÓN

La asociación entre alcoholismo y suicidio está bien establecida. Goodwin (3), por ejemplo, se refiere a dos tipos de estudios, sobre dicha relación. En una serie de estudios se exploró la historia de ingestión etílica, entre las víctimas de suicidio encontrándose una proporción de alcohólicos y bebedores excesivos, considerablemente mayor que en la población general. Otra serie siguió durante lapsos variables a grupos de alcohólicos, comprobando también que los alcohólicos cometen suicidio con mayor frecuencia, que el resto de la población. Este mismo autor señala que la asociación alcohol-suicidio es máxima en los hombres y en los años medios de la vida.

En relación al caso clínico, para Marconi (5), en el alcoholismo existen factores etiológicos, que se dividen en factores predisponentes y desencadenantes. Entre los factores predisponentes, se encuentran el tipo constitucional y la herencia. Entre los factores desencadenantes, menciona los traumatismos encefalocraneales, la epilepsia y el más importante y frecuente: la ingestión excesiva de alcohol.

En cuanto a traumatismos encefalocraneales, en algunos casos se ha descrito la aparición súbita de dependencia física después de un traumatismo craneano, con pérdida de conciencia prolongada, aún en adolescentes que inician recién la ingestión de alcohol.

Nuestro caso clínico, es de singular importancia, porque toma múltiples facetas, que incluyen

Alcoholismo, convulsiones, Traumatismo Encéfalo-Craneano y Tentativa de Suicidio.

¿Qué fue lo primero?.- Es evidente, tomando como base la biografía del paciente, que lo primero fue la ingesta excesiva y prolongada de alcohol, que ligado a los traumatismos encéfalo-craneanos ocurridos durante los estados de intoxicación alcohólica y durante su trabajo, provocaron lesiones orgánicas cerebrales difusas, las cuáles al ingerir alcohol (que baja el umbral convulsivante) excitaban focos específicos de la corteza, provocando descargas paroxísticas que ocasionaban ataques convulsivos, con amnesia postictal disociativa tan intensa, que lo llevaba a buscar la autoeliminación por ahorcamiento.

Una hipótesis (8) es que siendo el ahorcamiento, uno de los métodos mas brutales y drásticos, los individuos que se deciden por él, lo hacen impulsivamente intoxicados por el alcohol, o bien, otros pudieran beber antes de llevar a cabo el acto, con el fin de "darse valor".

En algunos casos, se ha encontrado cirrosis hepática terminal en alcohólicos, etiológicamente relacionados al intento de suicidio(7). Es muy frecuente la asociación de la intoxicación alcohólica con estados depresivos, los cuales a su vez contribuyen al desarrollo del hábito de la ingestión excesiva de alcohol. En nuestro caso, se vé la relación de embriaguez patológica con lesiones cerebrales orgánicas difusas, por traumatismos encéfalo-craneanos a repetición. En un estudio realizado en la Posta de Urgencia del Hospital Barros Luco Trudeau, alrededor del 70o/o de los traumatismos encéfalo-craneanos tenían alcoholemia positiva(1).

Se considera como positiva toda alcoholemia mayor de 0.5 mg por 100ml. Trucco(8) en sus 648 casos de Suicidio en el Gran Santiago, entre 1971 y 1972, 210 casos tenían alcoholemia positiva (22.4o/o). En los hombres de 25 a 44 años, casi la mitad de los casos tenía alcoholemia positiva. En el caso de los hombres, 64o/o de los casos con alcoholemia positiva fallecieron por ahorcamiento y a la inversa, 44o/o de las muertes por ahorcamiento tenían alcoholemia positiva.

Tanto la Tentativa de Suicidio, como el Alcoholismo, constituyen manifestaciones de conducta del individuo, que son determinadas por múltiples factores y circunstancias. Durkheim señala la

desorganización social, como uno de los factores que anteceden al acto suicida. Es obvio, que el Alcoholismo, tiene en muchos casos el mismo antecedente de desorganización social.

Un fenómeno tan delimitado dentro del campo de la Psiquiatría, como es la Tentativa de Suicidio, que se presta a estudios epidemiológicos muy interesantes, ha sido relativamente ignorado hasta la fecha. Al estudiar el Alcoholismo, debieran estudiarse las formas de auto-agresión que pueden exagerarse al extremo del Suicidio.

Hemos de señalar por último, que existe una Asociación Internacional de Profilaxis del Suicidio, una de cuyas principales misiones, consiste en combatir todos aquellos tabúes y opiniones erróneas que han costado y cuestan la vida a tantas personas y de lo cual pudo afirmar incluso un pesimista como Sigmund Freud: "No es que valga mucho, pero es todo cuanto poseemos".

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ARAVENA, R.- Comunicación Personal.
- 2.- BECK, A.T., WEISSMAN A., KOVACS M.; Alcoholismo, Hopelessness and Suicidal Behavior, Journal of Studies on Alcohol, Vol. 37, No. 1, 1976.
- 3.- GOODWIN, D. W.; Alcohol in suicide and homicide; Quart J. Study Ale. 34:145, 1973.
- 4.- KESSEL, N. & GROSSMAN, G.; Suicide in alcoholics; Brit Med J. 2:1671, 1971.
- 5.- MARCONI T., J.; Alcoholismo. Apuntes de Psiquiatría Básica, 1977.
- 6.- POLDINGER, W.; La Tendencia al Suicidio, Ediciones Morata, Madrid, 1969.
- 7.- RISHING, W.; Alcoholism and Suicide Rates by States Set and Occupation, Quart J. Study Ale 36:399, 1967.
- 8.- TRUCCO, B.M.; Suicidios en el Gran Santiago I. Aspectos médico legales; Rev. Med. Chile 104:246, 1976.
- 9.- TRUCCO, B.M.; Suicidios en el Gran Santiago II. Variación estacional; Rev. Med. Chile, 105:47, 1977.
10. STENGEL, E.; Recent Research into suicide and attempted suicide. J. Forens Med J. 252, 1954.