

Fenomenología del suicidio y sus aspectos epidemiológicos en Puerto Rico



Miguel González Manrique, MD

Profesor, Departamento de Psiquiatría, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

“No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio, y ese es el suicidio”.

Albert Camus

Sabemos que el suicidio es una **conducta intencional** exclusiva del ser humano por su capacidad intelectual para conceptualizar la naturaleza y las consecuencias de su acto e, incluso, para justificar y racionalizar el mismo.¹ Es decir, quien se suicida sabe lo que hace aun cuando no entienda bien por qué o esté inmerso en una turbulencia emotiva –homicidio/ suicidio– o simplemente se le “vaya la mano” durante un intento. También sabemos que, entre las condiciones mentales, la depresión suele ser el precipitante más frecuente del suicidio, al incidir sobre otras variables premórbidas y por agravar un sostenido estado sentimental en el que se combinan la desesperanza, el desamparo y la desesperación, que dan el empujón final.

Es considerado un **acto** maladaptativo y antisocial en el sentido colectivo de la continuidad evolutiva y la supervivencia de la especie. Aun en las circunstancias más altruistas, representa el lado oscuro, prohibido y vergonzoso de nuestra naturaleza –excepto en Japón– y amenaza el bien común. En la década de 1960, cuando los monjes budistas se inmolaban públicamente para llamar la atención contra la guerra en Vietnam, la reacción pública no fue contra la guerra, fue contra el suicidio. No es aceptable que alguien atente contra el valor supremo y razón para existir: la vida misma.

Por otra parte, es un acto que **provoca reacciones** emotivas mixtas y simultáneas de asombro, indignación, tristeza, pena, culpa y coraje, muy difíciles de sobrellevar. Por esto, la cultura lo establece como

tabú o prohibido. Con su prohibición, por un lado, se protege de que no se imite y de que no se propague “contagiosamente”, como ocurre en los niños y adolescentes y, por otro lado, se condena a sus transgresores y a su estirpe con la vergüenza y el estigma social. En algunos países, se castiga con la pena de cárcel a quienes lo intenten, mientras que otros legislan la modalidad asistida para los que lo soliciten. Para el cristianismo, es un pecado sin redención. De lo que es tabú no se habla, debe mantenerse en secreto; se le teme y punto. El suicida nos confronta con dos profundos conflictos existenciales. En el primero, con la muerte, en la que no queremos ni pensar, menos en la muerte propia y la horrorosa imagen de autoinfligirse. El segundo nos enfrenta a los sentimientos que provoca en nosotros, y hacia el suicida y con la sociedad. Con el tabú se logra suprimir ambos conflictos para nuestra tranquilidad.

Sí, el suicidio tiene una **prohibición** moral, ética y religiosa. Y también contractual: el contrato social implica un compromiso colaborativo colectivo y no es bien visto el desertor, el que nos abandona y escapa “egoístamente”, rompiendo el apreciado y necesario vínculo social. Lo que no se piensa es cuán **desvinculado** se sentía el suicida antes de partir. Esta es la situación de anomia descrita por E. Durkheim, cuando se disuelve la red de apoyo social favoreciendo la conducta suicida.² Si el suicida nunca habló de su intención, ni tampoco fue sospechada, se convierte en un sorpresivo y trágico evento familiar. Sus miembros están forzados a un vergonzoso luto y los obliga a una revisión de toda la relación familiar, quedando interrogantes para el resto de sus vidas y un nostálgico y a veces culposo recuerdo. Eventualmente no hablarán más del asunto, ubicándolo dentro de los tabúes familiares.

Otro elemento fenomenológico del suicidio son **las circunstancias y el estado anímico** antes de morir. El 20% deja una **nota escrita**.³ Su contenido es la descripción más cercana a su estado emocional antes del acto suicida. Aunque no siempre explica su motivación, sí comunica una situación personal a los sobrevivientes significativos. Esta fluctúa entre sentimientos extremos: los positivos, como amor, gratitud, agradecimiento y preocupación, y los negativos, que son los mayores, como vergüenza, coraje, venganza, hostilidad, culpa y ambivalencia entremezclados.

Frecuentemente señalan la importancia de una relación en que existió rechazo, maltrato, abandono, necesidades insatisfechas y dependencia que no pueden tolerar ni resolver. Su lenguaje y su lógica identifican un estado cognitivo circunscrito, limitado y concreto, que mezcla lo relevante con lo irrelevante. Desde luego, no hay futuro y no mencionan alternativas, excepto el acto suicida.

Las notas suelen ser breves y concisas, en formato de carta, escritas en el primer papel a mano, lo que apunta a la premura de quien llegó a una decisión y tiene que ejecutarla pronto so pena de arrepentimiento (momentaneidad del acto).

Por sus mensajes, podemos asumir que muchos suicidas pasan por un periodo de ambivalencia, indecisión, duda y miedo al entrar en un **proceso decisional** de tal magnitud. Cuando sobrepasa y pierde la perspectiva de una solución pro vida, en particular el hecho de aferrarse a otro ser humano, su riesgo aumenta considerablemente. Si a esto se une el alivio momentáneo obtenido al librarse de la angustiada tensión decisional, entonces la decisión se torna irreversible. Frecuentemente pide perdón, reconociendo que su muerte causará dolor a otros.

Al suicida también le duele, pero ese dolor no alcanza el sufrimiento que vive. Sufrimiento aumentado por la psicopatología que padece frecuentemente (depresión, psicosis). Para entenderlo, podemos compararlo con un dolor crónico intratable que va en aumento hasta hacerse desesperante e intolerable. Es frecuente leer: “Ya no aguanto o no puedo más”. El dolor psíquico o emocional también tiene un límite de tolerancia, in-

cluso cuando ese dolor es el resultado de un delirio o creencia falsos, como suele ocurrir en el delirio de culpabilidad –cuando se está convencido de ser el causante del sufrimiento de otros queridos– o en el delirio de pobreza, para lo cual no visualiza que exista remedio. Los delirios son parte de un **estado psicótico**, condición mental de altísimo riesgo. Cada vez se siente más solo y abrumado, repitiendo una y otra vez los mismos sentimientos y conflictos, impotente para modificarlos o resolverlos. Huir, escapar y, así, detener y terminar con el sufrimiento pues no ve otra salida. Reconocer todo esto es importante para dirigir la intervención de ayuda y ofrecerle a esta persona, con mucho convencimiento, soluciones concretas y sacarla de ese círculo vicioso.

Menos frecuentemente la nota suicida se convierte en “pliego acusatorio” contra los que, a su entender, fueron los causantes de su sufrimiento. Esa nota podría tener repercusiones devastadoras para los sobrevivientes en su equilibrio social, familiar y laboral. En ella, proyecta la magnitud del coraje que padecía y que finalmente dirige contra sí mismo, mecanismo descrito por Freud.⁴

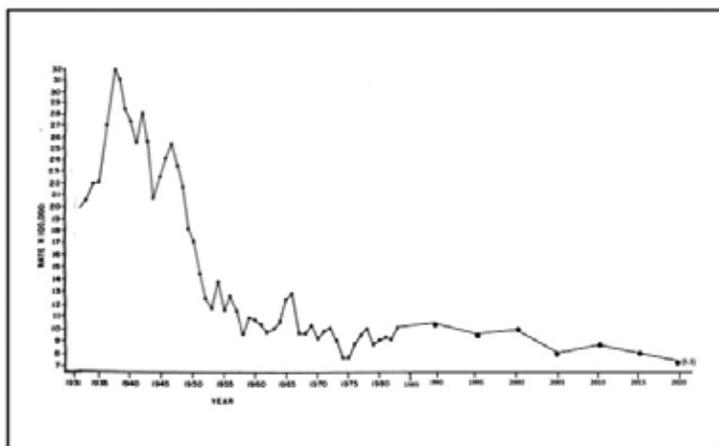
El suicida también da órdenes como si ineludiblemente se fuesen a cumplir. “Páguenle un gallo a Esculapio”, fueron las últimas palabras de Sócrates luego de tomar la cicuta, sorprendiendo a sus estudiantes, quienes esperaban palabras de profundidad filosófica. Pero ese saldo o ajuste de cuentas es más común de lo pensado. En las notas, las despedidas suelen ser brevísimas y escuetas: un “Atentamente” seguido por la firma, cuando uno esperaría emotividad hacia sus seres queridos; pero esta los acercará demasiado a los vivos de quienes se despide y entonces se le haría más difícil soltarse, lo que de por sí no debe ser muy fácil.

Independientemente de la motivación o causalidad para suicidarse, que pueden ser varias y simultáneas, el proceso suele ser el de una **lenta muerte social** que precede a la física, donde la acumulación de pérdidas se ha sumado hasta sentir las irrecuperables. Podemos identificar sus manifestaciones y los cambios en su comportamiento, al igual que su estado anímico de tristeza, si prestamos la debida atención a los detalles de su vida cotidiana y a sus mensajes subliminales de despedida o desprendimiento –es cuando tomamos conciencia del

riesgo suicida— y entonces lo “agarramos de la mano y no lo soltamos”. Hasta un “Espérame, que salgo para allá” telefónico hace la diferencia. No opondrá resistencia y lo agradecerá.

Esa iniciativa de ayuda preventiva nos corresponde a todos como individuos. ¡No esperemos un intento — alerta y alarma del suicida— ni otras señales pidiendo ayuda para que actuemos! ¡Hay que actuar!

La **tendencia epidemiológica del suicidio en Puerto Rico** (ver gráfica) presenta un perfil afortunado y optimista para todas las edades estudiadas.⁵⁻⁷



Tasas de mortalidad por suicidio en Puerto Rico: 1931-2020.

Luego de presentar su tasa más alta (32 x 100,000 habitantes) a principios de la década de 1930, descendió en los siguientes 30 años hasta lograr mantenerse estable con una tasa promedio de 9.2 durante los próximos 40 años, para nuevamente descender en los últimos 20 años hasta llegar a la tasa más baja en 2019, de 5.5, con una tasa promedio de todos los años de 8.1. Al momento de este escrito, no se reportan las tasas para el 2020, pero las muertes totales de ese año se registran en 167, más bajas que en 2019. Esto ocurre luego de los huracanes Irma y María, de los terremotos, de la quiebra y de la pandemia, condiciones semejantes a las de los años 1930 —excepto por la tuberculosis endémica de entonces— y que torna difícil su explicación, la cual dejo para la reflexión del lector, siendo un campo abierto a la investigación comparativa.

Consistentemente a lo largo de los años estudiados, el riesgo de suicidio aumenta proporcionalmente con el incremento en **edad**, siendo la población envejeciente la de mayor crecimiento, la más vulnerable y la de mayor riesgo. Los jóvenes menores de 24 años presentan la mayor variación en sus tasas a través del tiempo —aunque no por aumento—, por lo que, junto a los envejecientes, son los de mayor riesgo relativo. Aunque la mujer tiene más intentos, el **hombre** lo logra 9 veces más y comienza a diferenciarse de la mujer a partir de los 16 años. Actualmente, ambos sexos utilizan el ahorcamiento como **método** preferido o el más disponible y lo hacen en el hogar o cerca de él. El segundo método son las armas de fuego, de preferencia por su disponibilidad. En el periodo 1980-1985, todos los policías que se suicidaron lo hicieron con arma de fuego. El envenenamiento, que en la década de 1930 fue el método más utilizado, hoy pasa al tercer lugar.

Al observar la evolución histórica en las muertes por suicidio en Puerto Rico, y por los datos presentados, apreciamos que estamos en un momento alentador. Esto debemos aprovecharlo para aumentar la **prevención** y no repetir el pasado, tal vez ampliando el concepto de conductas suicidas al de conductas auto-destructivas, como aquellas que en alguna forma conduzcan a debilitar todo vínculo humano de aprecio, de cuidado y de respeto a la vida; y reforzando las que promuevan una estructura social de armonía y bienestar, con el mayor énfasis y recursos en la **educación**. Con esta visión, hacemos del fenómeno uno social, de responsabilidad colectiva, y eliminamos el estigma que lo invisibiliza y que estorba el trabajo preventivo. **C**

Referencias

1. Ramsden E. The Suicidal Animal: Science and the Nature of Self Destruction. The Past and Present Society, Oxford, 1987.
2. Durkheim E. Suicide: A Study in Sociology, 1897.
3. Revisión por el autor, todas las notas suicidas entre 1980-85 en el Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico.
4. Freud S. La Aflicción y la Melancolía, Obras Completas. Vol.1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.
5. González Manrique M, Rodríguez Llauger A, Epidemiological trends of suicide in Puerto Rico: 1931-1985. PRHSJ; 1988 (12); Vol 7, No.3.
6. Cruz Feliciano M. Tendencias Epidemiológicas de Muertes por Suicidio: 1986-97. Tesis de Maestría, Escuela de Salud Pública, RCM, Universidad de Puerto Rico, Sept. 2000.
7. Estadísticas Vitales de Puerto Rico, Departamento de Salud, Puerto Rico.