

EL SUICIDIO: APROXIMACIÓN DESDE EL RELATO

AUTORES:

Enrique Óscar Benito Rodríguez
José Manuel García Mena
Javier Cardoso Blanco
Carmen Canet Cortés
José Vázquez Abruña
Víctor Bahón Romero

*“Todo esto da asco.
No palabras. Un gesto. No escribiré más.”*

CESARE PAVESE, “El oficio de vivir”,
última anotación antes de suicidarse.

INTRODUCCIÓN

NUESTROS MOTIVOS

Trabajamos en agudos de psiquiatría del hospital Son Llätzer, Palma de Mallorca, y como en tantos otros lugares, muchos de nuestros pacientes se han suicidado. Eva, Juan, Belén, Vicenta, Fany, Laura. Son nombres que esconden historias cuyo desenlace no hemos podido evitar. Esta comunicación es un pequeño (demasiado pequeño) homenaje a todas aquellas personas que han pasado por nuestras manos y que han decidido partir.

Nos acercaremos al suicidio desde un punto de vista humano, relatando las vivencias que hemos tenido con nuestros pacientes. De ningún modo es una aproximación dogmática. Nos interesan más los recuerdos que nos dejaron, las dudas, e incluso el malestar que intentamos exorcizar con comunicaciones como esta.

Por ello, en el apartado “resultados”, transcribimos los relatos de lo que hemos vivido las enfermeras y enfermeros de la unidad de Son Llätzer.

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

No queremos dejar pasar la ocasión para refrescar los conceptos teóricos del suicidio. Para analizarlo, la OMS (1) propone tres conceptos:

ACTO SUICIDA: hecho por el cual alguien se causa una lesión a sí mismo, independientemente de su intención y del conocimientos de sus motivos.

INTENTO O TENTATIVA DE SUICIDIO: acto suicida cuyo resultado no implicó la muerte.

SUICIDIO: muerte como resultado de un acto suicida.

Según la OMS, la magnitud del suicidio es tal que se encuentra en el top 20 de las principales causas de muerte en casi todos los países. A nivel mundial, se estima que cada año se suicidan un millón de personas. Por lo general las tentativas de suicidio son diez veces mayores, es decir, por cada diez intentos hay un suicidio. Los actos suicidas son incalculables.

En España los medios de comunicación no dan estadísticas ni noticias sobre suicidios. El tema se oculta, para no dar ideas, ni animar a los suicidas potenciales que pueblan las ciudades. Sin embargo se estiman en más de 3.000 (3.457 en 2009) los suicidios que se consuman al año (2).

Los motivos del suicidio

Los motivos que llevan al suicidio son muy complejos. En estos tiempos de crisis no se puede decir que la gente se suicide por no tener dinero, sino por una acumulación de factores (2).

Para Bobes, el suicidio es la “expresión al límite de las dificultades por que atraviesa el sujeto y el agotamiento de sus recursos habituales”(3).

Y muchas veces no se trata de los problemas en sí, sino de su persistencia en el tiempo. Con todo, entre los factores que llevan al suicidio se encuentran: el alcoholismo, la pérdida de los padres, el encarcelamiento, el divorcio, la pérdida de empleo, la hospitalización psiquiátrica, las problemáticas familiares, y el aislamiento por vergüenza social.

Ideación autolítica (3)

Pensar en la muerte como solución a los problemas de la vida es muy frecuente. Forma parte del abanico de soluciones que contempla la especie humana. Y podría decirse que es “normal”.

Lo anormal es que los pensamientos suicidas sean recurrentes, constantes y obsesivos, momento en que se entra en la crisis suicida.

En la ideación suicida es muy común la depresión, que produce un cambio en la forma de pensar de la persona. Es lo que se denomina “tríada cognitiva depresiva”, y consiste en razonamientos negativos de la persona: respecto a sí misma, el entorno y el futuro.

La lógica suicida

El sujeto deprimido y con ideación autolítica parece presentar una forma de pensar diferente. Vive una situación de dolor psicológico constante. Y además de la tríada cognitiva depresiva presenta: rigidez de pensamiento, desesperanza, desamparo, sensación de impotencia, y pensamiento dicotómico.

Sin embargo a la vez que se piensa en la muerte como alivio y solución, fantasea con un rescate mágico, produciéndose un fenómeno de ambivalencia sobre vivir y acabar con todo. La persona se encuentra entonces atrapada en ese círculo vicioso.

El acto suicida (3, 4)

Si la tristeza y la depresión pueden desencadenar ideación suicida, para pasar al acto suicida parece que es necesario otro factor: la desesperación.

Dentro del acto suicida podemos distinguir claramente dos grupos: el de tentativas suicidas y el de suicidios.

Las TENTATIVAS DE SUICIDIO no terminan en muerte. Suelen ser llamadas de atención, o actos impulsivos, por lo general poco planificados. Los métodos elegidos son de baja letalidad y hay una gran comunicación con familia y amigos a la hora de acometerlos. En cuanto al perfil, suelen ser mujeres y jóvenes. Y caso de existir enfermedad mental, ésta es de poca gravedad, exceptuando los trastornos límite de personalidad. Las tentativas de suicidio son muy comunes en la neurosis y las caracteriopatías.

Los SUICIDIOS consumados suponen la muerte de la persona. Suelen ser más planificados, con nula comunicación con el entorno de allegados. Y el método elegido suele tener una alta letalidad. Si existe enfermedad mental por lo general son patologías graves: esquizofrenia, trastorno bipolar. En cuanto al perfil, hay una mayor proporción de hombres y personas de edad avanzada.

Existe un tercer grupo, en realidad un subgrupo dentro de las tentativas de suicidio, con muy mal pronóstico que se asemeja más al grupo de suicidios consumados. Consiste en alrededor del 1% y se trata de intentos suicidas serios que por cualquier motivo no se han llegado a consumir. Sin embargo no se trata de llamadas de atención, sino de métodos planificados de alta letalidad sin comunicación con el entorno.

TENTATIVAS SUICIDAS	SUICIDIOS
No terminan en muerte	Suponen la muerte
Predominio mujeres y jóvenes	Más varones y personas mayores
Patologías de poca gravedad: neurosis...	Patologías graves: esquizofrenia, Tr. bipolar
Método de baja letalidad	Método de alta letalidad
Aviso al entorno de allegados	Ausencia de comunicación

Vallejo (4) valora así la seriedad del intento suicida:

¿Cuál es el potencial letal del intento? “Venoclisis, ahorcamiento o disparo, son más graves que la ingesta de aspirina.” Si creía que funcionaría. O si fue un acto impulsivo o planeado. ¿Había hecho testamento recientemente o tomado medidas financieras?

¿Deja el suicida posibilidad al rescate o ayuda?: ¿Avisa? ¿Pretendía morir o era una queja?

¿Hay historia familiar o personal de conducta suicida? Si existe, aumenta el riesgo.

También en aniversarios de suicidios consumados de algún familiar.

SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

La pregunta que cabría hacerse es: ¿todos los suicidas están aquejados de una enfermedad mental de base? ¿O por el contrario hay suicidas que no están enfermos?

Expongamos que en el DSM-IV el suicidio no se contempla como una enfermedad, pero la ideación autolítica es un criterio diagnóstico de la depresión mayor; y los actos suicidas son criterios diagnósticos del TLP (5).

DIAGNÓSTICOS Y TRASTORNOS QUE CURSAN CON MAYOR RIESGO DE IDEACIÓN AUTOLÍTICA Y TENTATIVA SUICIDA
Depresión mayor
Trastorno bipolar, fase depresiva
Trastorno bipolar, fase mixta
Trastorno esquizoafectivo
Trastorno límite de personalidad
Esquizofrenia
Alcoholismo

Para Vallejo (4) “la conducta suicida puede surgir en cualquier categoría diagnóstica, desde los trastornos de personalidad hasta la psicosis, pasando por los trastornos orgánico-cerebrales”.

En cualquier caso: ¿es el suicidio un trastorno mental? O: ¿está siempre asociado a un trastorno mental? Según Heyd y Bloch (6) el 93% de los suicidios cursa con una enfermedad mental. Para Bobes (3) “entre un 56% y un 97% de los sujetos [suicidas] presentan alguna psicopatología, en su mayor parte trastornos de tipo depresivo.” Lo que parece indicar que la inmensa mayoría de los suicidas tienen una enfermedad mental.

Bases biológicas (7)

“En términos generales existe consenso en considerar que los comportamientos suicidas y la letalidad de los intentos podrían implicar niveles más bajos de serotonina y, de forma menos clara, un aumento de los dopamina y la noradrenalina”.

La depresión

“Para muchos autores la depresión es el estado previo a cualquier acto suicida.” “El 80% de las depresiones cursa con ideas suicidas”. “Dentro de las depresiones el mayor riesgo de suicidio aparece en las formas depresivas de la *psicosis maniaco-depresiva*.” “Además los antidepresivos de efecto desinhibidor pueden exaltar estas ideas y agravar el riesgo” (3).

Así, vemos que en gran parte de los estudios sobre suicidio, la depresión es el diagnóstico más común.

Vallejo afirma que el 15% de los depresivos mueren por suicidio (4).

Alcoholismo

El alcoholismo es el segundo diagnóstico psiquiátrico asociado al suicidio. Se le atribuye el 17% de tasa de mortalidad suicida.

Esquizofrenia

El tercer diagnóstico asociado por importancia al suicidio es la esquizofrenia. Curiosamente la mayoría de esquizofrénicos no se suicidan cuando los síntomas son más floridos, sino cuando están controlados con medicación antipsicótica. No está claro el motivo, que puede ser multifactorial. Parece ser que después de la psicosis aparece una depresión pospsicótica que podría ser la responsable. Además todos los neurolepticos son poderosos antagonistas de la serotonina y podrían elevar bioquímicamente el riesgo de suicidio.

Trastorno límite de personalidad y suicidio

Existe el mito de que los trastornos límite de personalidad no se suicidan y que sus intentos autolíticos pertenecen al grupo poco grave de éstos, más asociado a caracterioapatías, mujeres, y jóvenes, con métodos de baja letalidad. En realidad la tasa de suicidio de pacientes con TLP se sitúa entre el 8% y el 10% (8).

Además el 80% de los TLP tiene ideas autolíticas (9) y uno de los criterios diagnósticos del trastorno son los actos suicidas.

Ingreso psiquiátrico

El 5% de los pacientes ingresados se suicidan. Normalmente al alta.

DISCUSIÓN ÉTICA (6,10)

La discusión ética en torno al suicidio enfrenta dos principios bien conocidos por la psiquiatría y la salud mental; nos referimos al principio de autonomía, y al de no maleficencia.

Desde la perspectiva de la no maleficencia el personal sanitario no puede infligir, ni permitir que se inflinja, daño a sus pacientes. ¿Pero qué ocurre si es el propio paciente quien quiere morir? ¿No habría que respetar su autonomía? He ahí la cuestión.

Pongamos un ejemplo. Un hombre de 72 años con cáncer muy avanzado a quien le quedan pocas semanas de vida. Todavía tiene fuerzas y la mente clara, pero sabe que dentro de poco no podrá valerse por sí mismo y que morirá en la cama con fuertes dolores a los que sólo podrá combatir con una fuerte sedación. Si este hombre considerase que eso no es un final digno y que le gustaría acabar con su vida, pocos sanitarios se opondrían. Parece una decisión meditada, razonada.

Desde que el mundo es mundo, el hombre se ha enfrentado a decidir sobre su propia vida y muerte. Es reconfortante saber que existe una última salida a una vida miserable o

indigna. El suicidio forma parte del ser humano. Incluso hay culturas en las que por los motivos adecuados está bien visto, como la antigua Roma, el mundo árabe, o en Japón.

Si el suicidio es una decisión razonada y tomada libremente se puede basar en el principio ético de autonomía. ¿Pero qué ocurre si el juicio de realidad está alterado, es decir, si existe una enfermedad mental? Ya hemos comentado que en el 93% de los suicidios existe una patología, en la mayoría la depresión (con su lógica particular y la tríada cognitiva de la depresión), pero también el alcoholismo y la esquizofrenia.

¿Y si una persona con estos diagnósticos está decidida a suicidarse se la debe ingresar para siempre? ¿Por “su bien”? ¿Para que “no se haga daño”?

Queda esbozada la cuestión.

INTERVENCIÓN ENFERMERA

Patrones de Gordon

Los principales patrones alterados en la ideación autolítica son (11):

-Patrón del sueño y descanso: las ideas suicidas se relacionan con tristeza, ansiedad, inquietud, depresión. Esto influye en el sueño. Las personas con ideas suicidas duermen unas 2 horas diarias de media, y el sueño nunca es reparador.

-Patrón cognitivo y perceptual: aparece un deterioro cognitivo. La visión del mundo se estrecha hasta el punto de que se llega a distorsionar la realidad. La memoria se reduce. Lo negativo aumenta y lo positivo se pasa por alto.

-Patrón de autopercepción y autoconcepto: la persona hace una mala evaluación de sí misma. Sentimientos de inutilidad, culpa. Distorsión de la imagen corporal que se niega o rechaza.

Diagnóstico de enfermería

Diagnóstico RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA para un Trastorno Mental Grave de larga evolución en una unidad de corta estancia (12):

NOC:

-Control de automutilación.

-Autocontrol del impulso suicida.

-Afrontamiento de problemas.

NIC:

-Manejo de la conducta: autolesión (retirar objetos peligrosos, vigilancia, animar al paciente a hablar cuando surja el impulso de autolesionarse).

-Prevención del suicidio (Determinar el grado de riesgo de suicidio, vigilancia, cuidar del

entorno en especial objetos peligrosos).

-Establecer límites (evitar discutir o negociar).

-Aumentar el afrontamiento (facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad).

-Aislamiento (si precisa).

-Sujeción física (si precisa).

Intervención y tratamiento

Por último, según Vallejo (4) la intervención y tratamiento consistirían en:

<<-No dejar sólo al paciente hasta haberlo evaluado.

-Empezar con preguntas generales sobre el estado afectivo (tristeza) y expectativas de futuro (pesimismo intenso).

-Recogida de información sobre la conducta suicida (métodos, planes).

-Evitar actitudes de reprimenda.

-Incrementar el apoyo emocional: actitud del profesional: dar a entender que cuenta con apoyo emocional.

-Rescatar expectativas: enfocando áreas favorables del enfermo para aumentar así su autoestima y, por otra, ayudándole a elaborar una estrategia realista para afrontar su situación crítica.

-Tratamiento farmacológico: el que trate la enfermedad de base: por ejemplo de depresión o psicosis...>>

OBJETIVOS

Al realizar esta comunicación en forma de relatos, nos hemos planteado los siguientes objetivos:

-Aproximarnos al concepto del suicidio desde un punto de vista personal, cualitativo y humano.

-Analizar las repercusiones del suicidio de los pacientes en las enfermeras de salud mental.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS)

Para aproximarnos cualitativa y humanamente al suicidio, las enfermeras de salud mental de Son Llätzer hemos escrito nuestras experiencias y recuerdos sobre pacientes que se suicidaron. Cada uno ha elegido él o los casos que vivió más de cerca. Los hemos redactado y transcrito íntegramente en el apartado "resultados". A continuación los hemos grabado en vídeo y hemos hecho una selección que mostraremos en la ponencia.

Por último, hemos reflexionado sobre lo que el suicidio de nuestros pacientes ha supuesto para nosotros, a nivel vivencial, moral y humano. Estas reflexiones están contenidas en el apartado "resultados".

Todo ellos está hecho de forma anónima.

RESULTADOS

PRIMER RELATO:

Tras diez años de recibir tratamiento para quedarme embarazada llegó el día que me dijeron que estaba esperando un hijo. Fue el día más feliz de mi vida. Cuando ya habíamos perdido la esperanza de poder formar una familia una nueva puerta se abría para poder conseguir nuestro deseo. Fue un embarazo difícil y con muchas complicaciones pero por fin pudimos ver la cara de nuestro bebe. Era precioso, parecía imposible que esa personita pudiera salir de mí y mientras contemplaba ese milagro de la vida me lo arrebataron de las manos. Empecé a escuchar gritos de por todas partes diciendo NO RESPIRA! NO RESPIRA! Hasta que dos horas después de una incertidumbre absoluta apareció un hombre vestido de verde que nos dijo: LO SIENTO PERO NO HEMOS PODIDO HACER NADA. Al oír aquellas palabras me desplomé en suelo y desde que me desperté hasta el día de hoy no ha habido ni un instante en el que no pensara que tendría que haber sido yo y no él el que se muriera. Por muchos psicólogos y psiquiatras que me hayan tratado nunca podré recuperar a mi hijo y no habrá nadie que me pueda quitar estas ideas que tengo frecuentemente de reunirme con él. Me siento una cobarde por no ser capaz de quitarme la vida como se la quitaron a él.

SEGUNDO RELATO:

Sonó el teléfono y la voz de mi padre tembló al otro lado de la línea. Ven al hospital, dijo, han operado a tu madre. La enésima operación de cáncer, una enfermedad que siempre quería volver. Una operación que sucedía a la anterior que uno creía, o deseaba creer con todas sus fuerzas, era la última.

Pero no lo era.

¿Cómo ha ido?, pregunté. Mal. Voy, dije, y colgué el teléfono. Estaba cansado. En mi cabeza reinaba la confusión. Tantos años de lucha para qué, para nada.

Estábamos en invierno y cuando me puse la chaqueta lo pensé. En realidad lo había pensado muchas veces. Me refiero a morir. Como le estaba ocurriendo a mi madre.

Salí a la calle. No tenía carnet de conducir, ni coche, de modo que caminé hacia el

hospital, que no andaba muy lejos. Por el camino la idea de suicidarme se hizo inmensa en mi cabeza, creció hasta ocuparlo todo. Entonces me imaginé muerto y por un instante sentí un gran alivio. Todo mi dolor había desaparecido. Es la solución, me dije. Y sin pensarlo dos veces cerré los ojos y me dispuse a cruzar en rojo una carretera atestada de tráfico. El fin estaba claro, morir. Así que lo dejé todo en manos del destino. Sólo caminé, o si se prefiere, no me detuve. Los coches silbaban por delante y por detrás de mí. Escuché cómo me pitaban, y un frenazo e insultos lejanos. Nadaba en una absoluta sensación de irrealidad. Es curioso, mientras cruzaba no sentía miedo, pero cuando llegué al otro extremo me invadió un miedo atroz.

Fue un acto impulsivo, irracional, desesperado, un acto que creía iba a solucionar todos mis problemas, ignorante que en realidad podría haber causado muchos más, ¿qué sería de mi padre y de mi hermano? ¿Qué sería de mi madre recién operada? ¿Cómo afectaría a su lucha la muerte de su hijo mayor?

Fue un acto inconsciente, lo sé, pero gracias a él sé que no volveré a intentarlo nunca más.

Me dejó temblando al otro lado de la carretera, mirando la corriente de coches que acababa de atravesar a ciegas y milagrosamente ileso. Entonces me di media vuelta, por así decirlo hacia el futuro, abandonando la muerte, y me fui a ver a mi madre.

TERCER RELATO:

Aquella tarde había mucho trabajo, la unidad estaba llena y el inicio del turno era muy confuso: montones de visitas, ingresos y altas que se mezclaban con las demandas de los pacientes. El teléfono de la unidad sonaba constantemente y una de esas llamadas era de Juan Antonio que con voz entrecortada y temblorosa nos decía:

-He estado con Eli tomando un café, está muy rara, se ha despedido y se ha dejado la cartilla del banco, me ha dicho que ya no la necesitaría, algo malo va a pasar, Eli no está bien...".

A partir de esta llamada el rumbo del turno cambió, nos centramos en intentar contactar con Eli, buscamos su teléfono en Hospital de Día y por fin Carmen, nuestra compañera, consiguió hablar con ella.

-¿Que tal?, ¿que te ha dicho?, ¿cómo está? -le pregunté a Carmen con cierta ansiedad.

-Nada, dice que está muy bien, que está estudiando y que está contenta. Me ha dado recuerdos para todos y me ha preguntado por tí. La he notado más coherente y centrada que nunca -respondió Carmen con cara de asombro.

Al tercer día de esto, la noticia se comentaba continuamente por la unidad. Habían encontrado en el mar el cuerpo sin vida de Eli, con piedras en la ropa interior y en los bolsillos.

CUARTO RELATO

Nos sentamos en los bancos dispuestos al pie de la pista de baloncesto, que al encontrarse mojada, no podemos utilizar hoy. Cada paciente intenta aprovechar estos minutos fuera de la unidad de la mejor manera posible: unos fuman, otros hablan, otros se tumban en el césped, y cómo no, siempre está el que se pone a dar vueltas a ritmo de marcha militar.

Pero José, está al margen del grupo, pasando inadvertido. Para mí siempre ha sido así, ya es el tercer o cuarto ingreso, y es uno de esos pacientes que no suelen llamar la atención. Hoy hemos fumado juntos y se ha establecido una conversación que, esta vez, no me ha dejado indiferente:

-José, ¿qué tal? ¿Cómo te encuentras?

-Bien –responde parcamente.

-¿A que se deben esos edemas que tienes en los tobillos?

-Me operaron de los tobillos hace casi 2 años, me había tirado de un 7º piso –responde casi sin expresión.

-¿De un 7º piso? ¿Y “sólo” dos fracturas en los tobillos? ¿Que suerte, no? – Le pregunto asombrado.

-Más bien mala suerte ...

-Hombre, desde que te operaron hasta hoy, habrás tenido periodos en los que has estado bien, animado, trabajando, ... ¿no es así? –digo intentando buscar un ápice de optimismo.

-¿Trabajar?, ¡Qué va, hombre! Si yo no sirvo para nada, estuve en una carpintería, y era el niño de los recados...

Un mes después del alta de este ingreso, José se defenestró. En esta ocasión encontró “su suerte”.

QUINTO RELATO

Lo primero fue la noticia de su muerte. Vino un amigo celador y dijo: Vicenta se ha suicidado.

Entonces intenté reconstruirlo todo, pero a mi mente sólo acudían recuerdos como fognazos, miserables piezas del puzzle. Yo le había dado el alta, le había abierto la puerta, la había visto marchar. Como cualquier otra alta, ¿no? Nada hubo de especial, por eso no podía recordarla.

Pocas horas después los bomberos rescataban su coche hecho trizas del fondo del acantilado de Cabo blanco, que es el lugar donde van a suicidarse los suicidas.

Me apreté las tuercas, intenté recordar. En la puerta ella dijo que le había gustado mucho la relajación de planta, pero que todavía no le había dado una copia en CD.

En otra ocasión, contesté.

Claro, en otra ocasión, dijo ella.

Me di dos besos, dijo muchas gracias, y desapareció de mi vista.

En el periódico del día siguiente aparecía una foto del coche siniestrado y la figura de una persona aplastada contra las rocas. Costaba mucho reconocerla.

La imagen de ella en la planta era más nítida: pelo blanco, ojo de cristal, setenta años y cierto victimismo, combinado con una pizca de desinhibición y sarcasmo. Eso sí, le encantaba venir a relajación. Tal vez era su forma de evadirse, de vaciar la mente de los problemas. No sé por qué cuando alguien muere uno recuerda esos pequeños detalles y no las señales que tal vez gritaban que quería ser rescatada y acabar con todo al mismo tiempo.

Cuando vino el celador y nos lo contó no lo podía creer. Nada parecía indicar que haría algo así. Lo que pienso una y otra vez es: qué puedo hacer para que no vuelva a pasar, qué puedo hacer...

SEXTO RELATO

Semana tras semana en Hospital de Día se hablaba sobre la desaparición de Victoria. Era una paciente que venía mensualmente a visitar al Psiquiatra y que hacía dos meses en los que no sabíamos nada. Nuestra preocupación nos llevó a preguntar acerca de ellos a sus amigos y familiares que contestaban de manera ambigua sobre cómo se encontraba. Todos los profesionales del equipo presentíamos que algo podía pasar. Una mañana leyendo el periódico, Susana, la enfermera, leyó un suceso en el que explicaba que una joven se había precipitado de un tercer piso tras ser apuñalada. El cuerpo de Susana se estremeció, ya que se trataba de Victoria. Al preocuparnos por el estado de su familia tras esta impactante noticia nos dijeron que fue ella misma quien se apuñaló por todo el cuerpo antes de precipitarse por el balcón y que por desgracia, su hermano de 13 años presencié todo lo sucedido, pues se encontraba en el mismo domicilio. En la papelera de su casa se encontró la medicación de varias semanas.

SÉPTIMO RELATO:

Pedro estuvo ingresado muchos años en el hospital Psiquiátrico, y desde la apertura del nuevo hospital de referencia no eran raros ingresos de más de un mes de duración. Sin embargo hacía tiempo que no acudía al hospital. Solo realizó una visita a urgencias en la que todos coincidieron que había cambiado. Era más consciente que nunca de su enfermedad y de su situación.

No era una descompensación de su esquizofrenia, simplemente estaba triste. Acudía a todas las citas, se tomaba la medicación, un paciente aparentemente en franca mejoría. Pero seguía triste.

Un día, yendo en coche hacia el trabajo, me detuve en un semáforo, donde encontré a Antonio, otro paciente muy amigo de Pedro. Al verme, se abalanzó sobre el coche y apoyándose en el capó gritó:

-“¡La mafia ha matado a Pedro, lo han tirado por la ventana... ahora vienen a por mi...!”

No le di importancia. Pensé que era Antonio delirando otra vez con su temática habitual y que en cualquier momento volvería a ingresar.

Al día siguiente nuestra compañera Susana estaba de turno. Susana siempre nos contaba historias del Hospital Psiquiátrico, donde trabajó muchos años.

Cuando nos fuimos a merendar, ella se quedó respondiendo al teléfono. Al entrar en el office notamos que su semblante había cambiado. Nosotros sonreíamos, pero al verla se hizo el silencio. Le preguntamos qué había sucedido. Ella empezó a llorar desconsoladamente. Le costaba articular palabra y finalmente entre sollozos espetó:

-“Ha llamado la hermana de Pedro, se ha suicidado...”

No había sido la mafia, no lo habían tirado, él mismo había acabado con su vida.

OCTAVO RELATO:

Su mirada siempre señalaba hacia el vacío, nunca sabía donde estaba su mente, parecía no tener ni fuerzas para poder explicarlo, pero menos aún, ganas.

Ya no tocaba la guitarra ni escuchaba música; sencillamente, no encontraba ningún motivo para hacerlo a pesar de haberlo buscado por todas partes, ahora tan solo parecía agotado.

Ni tan siquiera los abrazos de sus hijos conseguían reconfortarle, cosa que aún le entristecía más. ¿Como podía encontrarse en esa situación?

Su sonrisa había desaparecido, poco a poco dejó de dibujarse en su cara.

Lo veía llorar, pero no de forma intensa, ni amarga, ni mucho menos escandalosa, simplemente rodaban lágrimas por sus mejillas, se escapaban, era la única manera de su cuerpo de gritar y romper su silencio. No las acompañaba ningún gesto, ni se molestaba en secárselas.

Su butaca era su mejor compañera, la única que parecía comprenderlo y en quien se recostaba día tras día, en quien se acurrucaba e incluso le mecía, cual niño pequeño.

Allí lo vi una mañana, era un día de verano en los que el sol brilla como si quisiese despertar a todo el mundo. Era muy temprano, pero el calor ya apretaba y solo podías tener ganas de estar bajo el agua. Él estaba tomando un helado, era de limón. Sonreía al mirarlo como no hacía desde mucho tiempo atrás. Yo me entusiasmé al verlo, le pregunté que como se encontraba y su respuesta fue “mejor”, acompañándola de una sonrisa. Era sincero.

“Creo que veo las cosas mas claras” añadió.

A partir de ese momento yo le compraba cada día helados de limón, aunque ya no producían en él el mismo efecto.

Poco después terminó todo, su butaca estaba vacía, los helados acumulados en el congelador. Ahora sí que sonaba su música.

Parece ser que con ese helado y aquella soleada mañana decidió cual iba a ser su destino. Lo que no sabía es que cambiaría tanto el nuestro.

NOVENO RELATO:

Llevaba una vida normal. Era joven, estaba casado, y tenía dos niños preciosos. Desde fuera se podría haber pensado en una situación envidiable. Pero los trágicos acontecimientos finales demostraron que no era así. Podría haber aprovechado su vida para ver crecer a sus hijos, para hacer feliz a su mujer y disfrutar de las pequeñas cosas de la vida cotidiana que la suerte le ofrecía. Pero de repente, de la noche a la mañana su vida cambió. Como cambian las cosas sin una razón ni un porqué para los demás. Nunca había estado enfermo, era jovial y optimista, rodeado de sus amigos, con un buen ambiente en el trabajo ¿qué le pudo llevar a semejante final?

Sus familiares más allegados sólo podían llorar haciéndose esa pregunta ¿Por qué? ¿Qué le pasaba? ¿Como no nos dimos cuenta de nada? ¿Por qué no nos pidió ayuda? ¿Por qué ningún cambio en su conducta nos advirtió de su sufrimiento?

Era consciente de su enfermedad, que empezaba a manifestarse y tras hablar con los médicos, se daba cuenta del sufrimiento que iba a ser para él y para su familia. De esta manera prefirió morir con su sufrimiento y con la esperanza de que su familia le recordaría feliz, fuerte y lleno de salud sabiendo que el sufrimiento que les esperaba a él y a su familia (sobre todo a los niños) ensombrecería toda su vida.

Acabó con su vida tirándose a las vías del tren.

Unos días después de su entierro recibió una carta dirigida a él del hospital de su ciudad.

DÉCIMO RELATO:

Desde que era niño Ismael vivió más preocupado por su familia que por él mismo. Dejó pronto los estudios, pero tampoco era algo que le importara, repetía constantemente que lo suyo no era estudiar.

Tuvo una juventud difícil: dos hermanos toxicómanos, una madre alcohólica y un padre que murió relativamente joven tras una larga enfermedad, dejándole, de repente, como el cabeza de familia sin tan siquiera tiempo para asumirlo.

Era una persona de carácter fuerte y con una gran voluntad, por eso nadie se sorprendió de que se echara a la espalda toda la carga familiar y se dedicara a trabajar duro para sacar su familia adelante.

Pero un día desapareció, y tras dos días sin saber nada de él, todo el pueblo se echó a la calle para buscarlo. Algunas horas después lo encontraron ahorcado en la ladera de un monte cercano al pueblo.

Lo tenía todo perfectamente planificado: una noche de diversión con sus amigos, y

después, al amanecer, pasar por casa para dejar allí todo lo que no le haría falta en el lugar al que iba: cartera, teléfono móvil, llaves... y cumplió su propósito.

¿Cómo una persona con ese carácter y esa voluntad para lograrlo todo pudo llegar a ese extremo? ¿Consiguió ese conflictivo entorno familiar acabar con las fuerzas de alguien tan fuerte? Muchos aún se lo están preguntando.

CONCLUSIONES

La persona que verbaliza sus ideas suicidas (3):

-“Provoca en los demás una fuerte ansiedad que puede expresarse con rechazo, ira o inseguridad”.

Además, la muerte suicida:

-“Es una carga terrible para los allegados, que suele llevarles a duelos muy largos y complicados, incluso a depresiones”.

Las enfermeras de salud mental que elaboramos esta comunicación hemos llegado a las siguientes conclusiones:

-La ideación suicida es muy común (muchas de nosotras lo podemos haber pensado en algún momento de nuestra vida).

-El acto suicida produce un inmenso vacío e impacto sobre la familia y el personal sanitario.

-En concreto, en la familia suelen aparecer: hostilidad, negación, culpa y depresión, duelo excesivo.

-Siempre hay que tener en cuenta el riesgo de suicidio en nuestros pacientes, especialmente en aquellos diagnosticados de depresión y esquizofrenia.

-A pesar de los (falsos) mitos, las personas con trastorno de personalidad y las caracteriopatías también se suicidan.

Entre las sensaciones y pensamientos que tienen los enfermeros y enfermeras de salud mental se encuentran:

-“La sensación de vacío, por saber que no volveremos a verlos nunca”.

-“La idea de que algunos de los suicidios son inevitables”.

-“Unos impactan más que otros, sobre todo la muerte de gente joven”.

-“La sensación de que el trabajo no ha quedado bien hecho”.

-“La ambivalencia: por un lado preguntarse si se ha hecho todo lo que se podía, y cierta sensación de fracaso. Por otro, en casos donde se observaba gran sufrimiento, cierto alivio por la muerte, hasta que punto de pensar: no se pudo hacer más, ya descansó”.

-“La idea de que el sufrimiento espiritual es menos claro. Y así, en el paciente terminal es más claro el alivio, pero en salud mental el sufrimiento se lleva por dentro”.

-“Malestar, pena, rabia, frustración”.

-“Fracaso, aunque no es culpa nuestra”.

-“Ternura, a los pacientes se les coge cariño: algunos estaban tan mal que ahora están mejor”.

-“Cuando te enteras, shock, sensación de estar noqueado, asombro, sorpresa, a veces te llega muy hondo si antes de morir preguntan por ti...”

-“Que cada uno es consecuente de lo que hace, suicidarse es un derecho, una decisión propia, que cada uno decida, no siempre es patológico. Hay que impedirlo si existe una enfermedad mental”.

-“Cuando te enteras, sea previsible o no, impactante. Lo más grande es perder la vida. Es estar viviendo en el extremo de la vida”.

-“A veces supone valor. En según que casos, cobardía, si no ha sabido afrontar problemas leves. No siempre siento lástima, sobre todo casos leves, eso no quita que el acto en sí sea valiente. Da mucha pena si es una patología grave. Si bien nunca sabes lo que pasa por la cabeza de cada uno. Y en realidad no lo puedes juzgar”.

-“Es la última decisión”.

-“Da la sensación de que todos los suicidas tienen un problema mental. Al menos en planta. No conozco a ningún suicida que se quite la vida por ideales, como Sócrates, o Yukio Mishima. Parece que en el mundo cotidiano, quien se quita la vida es quien está al borde de un sufrimiento asombroso”.

-“Conocí a un suicida que no intentó quitarse la vida, pero que en realidad no tenía problemas graves. Estaba deprimido y lo veía todo negro. Cuando recuperó el juicio de realidad, él mismo se asombro de sus ideas suicidas.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.OMS. Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. Trastornos mentales y cerebrales. Departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>

- 2.El mundo. El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España. 1 de abril, 2011. Disponible en: [http://www.mundo.com/ultimas-noticias/el-suicidio-es-la-primera-
causa-de-muerte-no-natural-en-espana-13720](http://www.mundo.com/ultimas-noticias/el-suicidio-es-la-primera-causa-de-muerte-no-natural-en-espana-13720)
- 3.Díaz J, López B, López JL, Bobes J. Conductas suicidas. En: Bobes-García J (coord) Salud mental: enfermería psiquiátrica. Madrid: Editorial síntesis; 1994.
- 4.Bulbena A. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo-Ruiloba. 4ª ed. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson-Salvat; 1998.
- 5.DSM-IV. Guía de uso. Barcelona: Masson; 1997.
- 6.Heyd D, Bloch S. La ética del suicidio. En: Bloch S, Chodoff P, Green SA (ed). La ética en psiquiatría. Madrid: Editorial Triacastela; 2001.
- 7.Aguilar E, Esteban C. Trastorno límite de personalidad y suicidio. En: Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J. Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Madrid: Editorial Panamericana; 2005.
- 8.APA. Guía práctica de tratamiento para el trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2002.
- 9.Rubio V. Comportamientos suicidas y trastornos de personalidad. En: Bobes J (eds) y cols. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica; 2004.
- 10.Szasz T. Libertad fatal: ética y política del suicidio. Barcelona: Paidós Ibérica; 2002.
- 11.Pérez-González S. Plan de cuidados para la persona con riesgo suicida. En: Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid: Editorial Panamericana; 2007.
- 12.Ortiz de Zárate A, Alonso I, Ubis A, Ruiz de Azúa MA. Trastorno mental grave de larga evolución. Guías de cuidados de enfermería de salud mental. Volumen 2. Barcelona: Elsevier Masson; 2010.