
RESEÑA DEL LIBRO: “SUICIDIOLOGÍA CLÍNICA”

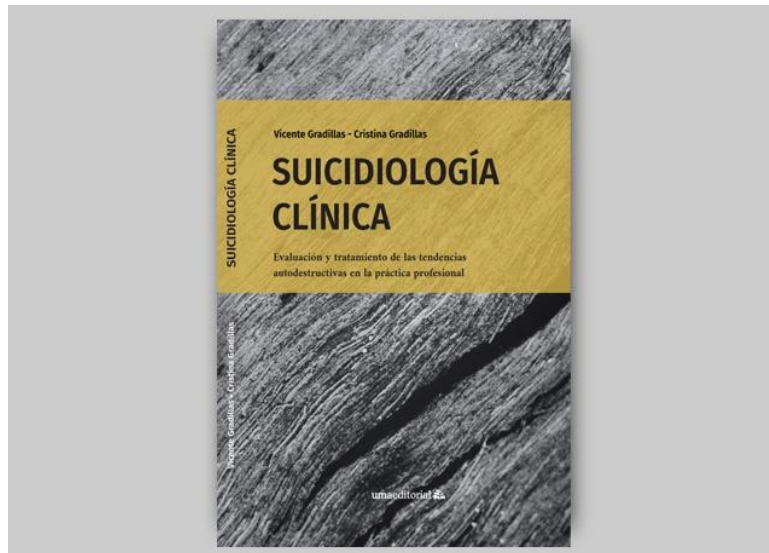
BOOK REVIEW: “CLINICAL SUICIDOLOGY”

Autores: Vicente Gradillas y Cristina Gradillas

Reseñador: Jesús Miranda Páez

Director Dpto. Psicobiología y Metodología

Universidad de Málaga, España



Gradillas, V. y Gradillas, C. (2018). Sucidiología Clínica. Evaluación y Tratamiento de las Tendencias Autodestructivas en la Práctica Profesional. Primera Edición: Febrero, 2018. umaeditorial. Málaga (España) ISBN: 978-84-9747-843-4

Tener la oportunidad de hacer una reseña de una obra como la que aquí se presenta es un verdadero placer y un honor. La calidad de este texto queda garantizada por la altura de sus autores. La experiencia clínica y docente de Vicente Gradillas queda sin duda reflejada desde el primer capítulo de este libro.

Pero, por si no fuese ya suficiente, se suma a esta obra la excelente aportación de la autora Cristina Gradillas, con aspectos muy actuales que conciernen específicamente a las conductas autolíticas.

Elegancia narrativa, bajo la visión de una extraordinaria experiencia, y un conocimiento en profundidad sobre el suicidio, se suman para darle un indudable valor a esta obra que se muestra de gran utilidad para los profesionales.

Como dice la conocida máxima gestáltica: el todo es más que la suma de las partes. Ese “todo coherente con repercusiones en la práctica” que representa en este libro es mucho más que una simple suma de aportaciones de dos autores.

Como se deduce de su título, *Suicidiología Clínica*, el libro se centra básicamente en el conocimiento, análisis, comprensión y ayuda terapéutica de la persona concreta con voluntad o acciones autolíticas que va a encontrar el clínico en su quehacer profesional.

A continuación, resalto los pilares claves que integran los diferentes capítulos de la obra.

I. El clínico ha de considerar a la persona con voluntad suicida como alguien que está experimentando o presiente que va a padecer un tormento extremo (como ocurre con el enfermo de cáncer).

Ha de entender el suicidio como huida del malestar, no como tendencia a la muerte. Esta no es el fin sino el medio que elimina el insoportable sufrimiento. Las acciones autodestructivas, fruto de la libertad humana, en ausencia de padecimientos insoportables existen, aunque apenas se observan en la clínica.

II. Ambivalencia. Durante un periodo más o menos largo antes del acto autodestructivo, coexisten a veces en proporciones similares las fuerzas tendentes a la autodestrucción y las que se oponen a ello. El sujeto generalmente quiere y no quiere autodestruirse.

En estas disyuntivas, pequeños elementos pueden ser desequilibrantes; así, refieren los autores que un paciente suyo se fue al campo con la soga preparada para ahorcarse y mientras la colocaba en el árbol una perrita apareció con “un alegre saludo”, este hecho le hizo desistir de su intento autolítico.

Sabemos bien los que hemos estudiado sobre la negociación en intentos autolíticos, que es muy importante poder hacer volver al paciente a esa duda o estado de ambivalencia, si ya ha pasado al estado de decisión en firme de ejecutar el suicidio. Consiguiendo así que al menos aplace en ese momento su decisión.

III. Formulación de las preguntas. Las cuestiones a la persona con ideas autodestructivas durante la evaluación han de plantearse con naturalidad, sin tintes acusatorios ni misterio especial. Conviene empezar las preguntas con un tanteo sobre el valor que el paciente concede a la vida, a las satisfacciones que obtiene de ella, si siente desconsuelo, desaliento y cómo se imagina el futuro para él. Y luego emplear expresiones generales que hagan las preguntas más suaves, como en este ejemplo: “*A veces cuando alguien se siente profundamente triste, le viene la idea de no querer vivir, de dormirse y no despertar ¿han aparecido estos pensamientos en su mente?*”.

IV. Evaluación. Los autores refieren frases escuchadas en su consulta respecto al deseo autolítico que nos llaman la atención:

“Cuando me entero de que alguien se suicida, me digo: esa persona ha tenido valor para hacer lo que quiero”.

“Pensaba en el cementerio y me daba alegría”.

“Tuve envidia de una prima mía con derrame cerebral, que fui a ver el domingo al hospital”.

“Me llevé una gran desilusión cuando me dieron la prueba de la biopsia y era normal”.

“Quisiera ser viejo para morirme”, (dijo un paciente de trece años).

“Cuando veo un cadáver en la televisión me gustaría ser yo el muerto”. *“¡ Ojalá me dejara Felipe (el novio a quien quiere mucho) y así poder suicidarme !”.*

V. Alcoholismo. La alta frecuencia de suicidios en el alcoholismo se atribuye a distintos factores (somáticos, psicológicos y sociales) que pueden contribuir, en mayor o menor medida.

Alteraciones somáticas (náuseas, vómitos, malestares gástricos, temblor, dificultades de la marcha, apariencia física), anomalías y características psíquicas (depresión, desinhibición, impulsividad, culpa, valentía ante la falta atrevimiento para realizar el acto autodestructivo, temor al haber podido cometer durante la embriaguez actos deplorables, incluso delictivos).

Reducida ayuda y apoyo social: familia (las frecuentes discusiones, el incumplimiento de las obligaciones domésticas), trabajo (el alcohólico pierde reiteradamente su empleo o lo realiza por debajo de sus conocimientos y experiencia), amistades y vecindario que tampoco siguen actuando igual respecto a él.

VI. El suicidio de un estudiante. La muerte voluntaria de un alumno constituye uno de los acontecimientos más trágicos que puede ocurrir en un centro de enseñanza. Aparte de los compañeros, afecta, sin duda alguna, a los maestros y al personal administrativo o auxiliar. El apropiado manejo de este hecho disminuye el impacto del trauma psicológico en la institución entera.

Se exponen en esta obra algunas sugerencias: aunque todo el personal docente está bajo el consiguiente golpe emocional, se ha de prestar dedicación personal a los amigos más cercanos y a aquellos que han realizado intentos autolíticos. También ha de ofrecerse apoyo al docente cuya participación en la evaluación académica del suicida (suspense, necesidad de repetir el curso) pueda haber sido un elemento precipitante.

Actos fúnebres: se deben organizar los mismos actos (un funeral religioso o una reunión en un aula) que aquellos que habitualmente tienen lugar cuando ocurre un fallecimiento por otra causa, ya sea por enfermedad o accidente.

VII. En tiempos pasados, el conocimiento acerca del suicidio se obtenía tras la búsqueda laboriosa en los libros y revistas especiales y ocasionalmente en los medios de comunicación; hoy día gracias a Internet se accede fácilmente a datos inmediatos y abundantes sobre las acciones autodestructivas.

El medio informático es un instrumento de doble filo: unas páginas Web ayudan a neutralizar las tendencias autoagresivas y otras facilitan la materialización de tales tendencias. El sujeto interesado descubre en la red informática cuantiosos datos sobre el fenómeno suicida cuyo rigor científico varía considerablemente. Esta obra pretende facilitar al lector contenidos sobre el suicidio proveniente de la propia experiencia y del estudio de los autores más reconocidos, ayudándole así a interpretar más correctamente los datos obtenidos en Internet.

VII. Pese a padecer las mujeres más pensamientos autodestructivos, trastornos depresivos y ser superior el número de autoagresiones no fatales, principales factores de riesgo suicida, las tasas de suicidio en ellas son notablemente más bajas que en el varón, hasta tres o cuatro veces menores, según la mayoría de las estadísticas que revisan.

Esta aparente contradicción se ha denominado “paradoja de género del comportamiento suicida”. Se estudian los factores protectores de la condición femenina, los factores suicidógenos de la condición masculina; así como, grupos femeninos especiales con tasas de suicidios más altas entre las mujeres (cirugía estética) y el suicidio en procesos propios de la mujer (menstruación, menopausia, aborto, embarazo y puerperio).

VIII. El clínico ante la muerte autoprovocada de un paciente suyo, en general, queda profundamente afectado, siendo la mayoría de las veces el suceso psicológicamente más traumático que puede ocurrirle en su vida profesional.

Aparte de la tristeza, el terapeuta generalmente experimenta remordimientos (le asedian pensamientos de no haber reparado o no valorado en su momento ciertas señales premonitorias) y otras emociones (irritabilidad y ansiedad o vergüenza). Pese al dolor que siente, el terapeuta ha de acostumbrarse a revisar todos los datos disponibles en la historia clínica para conocer mejor el comportamiento suicida. Por otra parte, este doloroso análisis le va a ayudar a afrontar uno de los momentos más delicados de la profesión.

El libro reseñado se dirige a los profesionales sanitarios, en general (psiquiatras, médicos generales, enfermeros) por supuesto a aquellos también relacionados con la Salud Mental (psicólogos, trabajadores sociales). También a una amplia gama de ciertas ocupaciones cercanas a este tipo de conductas (policías, agentes penitenciarios, personal de emergencias) y a toda persona interesada en el tema de la autodestrucción del hombre.

La obra, está escrita con claridad y precisión sin abandonar sus bases clínicas y científicas, pero de un modo que sea accesible a todos los lectores.

Se explican brevemente algunos términos pertenecientes a la Salud Mental para lectores ajenos a estas disciplinas, algunas de estas aclaraciones se colocan a pie de página, resultando más cómodo para el lector.