

LA CONDUCTA SUICIDA: UNA APROXIMACIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICO-FORENSE

LIC. JORGE A. GONZÁLEZ PINTO*

REFERENCE: GONZÁLEZ PINTO, J.A., *Suicidal behavior: a forensic psychological approach*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1991, vol. 8, Nº 1, pp. 18-21.

ABSTRACT: The suicidal behavior is an heteroaggressive act. The suicidal patient wants to leave feelings of guilt and remorse in their relatives, and also self-destruction. The concepts of suicide, suicide attempt, pre-suicide syndrome and suicidal equivalent are explained.

The forensic psychologist must evaluate the "mental condition" in actuality and during the suicide attempt. In order to do it, the psychologist should examine judicial document in order to know the testimonial evidence about circumstances; psychological interview of the victim; information from relatives or friends and psychological tests.

KEYWORDS: Suicide, suicidal behavior, forensic psychology.

REFERENCIA: GONZÁLEZ PINTO, J.A., *La conducta suicida: una aproximación psicológica clínico-forense*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1991, vol. 8, Nº 1, pp. 18-21.

RESUMEN: La conducta suicida es un acto heteroagresivo. El suicida al autodestruirse, también piensa en crear culpa y remordimiento en los demás. Se explican los conceptos de suicidio, tentativa de suicidio, síndrome presuicidario y equivalentes suicidas.

El psicólogo forense debe evaluar el "estado mental" en la actualidad y en el momento de la tentativa suicida. Para ello debe: revisar el expediente judicial para conocer pruebas testimoniales acerca de las circunstancias; entrevista psicológica del imputado; información de familiar o acompañante; pruebas psicológicas.

PALABRAS CLAVES: Suicidio, conducta suicida, psicología forense.

En primer término definiremos en forma sencilla la conducta suicida como el asesinato de sí mismo, o el intento de este asesinato en el caso del intento de suicidio. Ahora bien, la conducta suicida no solo constituye un acto autoagresivo de autodestrucción y de rechazo a la vida, sino que también es un acto heteroagresivo, de agresividad hacia su entorno, en particular en lo que respecta a uno de sus miembros, en el que el suicida piensa crear culpa y remordimiento. Con este acto se manifiesta un rechazo definitivo a los otros, la decisión de no volver a convivir con ellos.

Es necesario mencionar que la conducta suicida no es considerada siempre una conducta patológica: tenemos por ejemplo los suicidios que se llevan a cabo por un ideal determinado, como los kamikazes, los huelguistas de hambre, los comandos suicidas, etc. Sin embargo en los casos anteriores, en mi opinión, que tras unos argumentos racionales de luchar por una determinada causa en la que se creó, puede esconderse una motivación psicopatológica.

En cuanto a la explicación de la conducta suicida, diremos que es un acto sumamente complejo y ambiguo, del que no puede dar explicación una teoría única, debiendo además contemplarse el

contexto social, familiar, cultural, religioso, político, de la época, etc. De este modo diremos que para el estudio y comprensión de la conducta suicida, es necesario un análisis interdisciplinario que contemple una serie de factores de índole histórico-bio-psico-socio-culturales.

Ahora bien, ciertas situaciones emocionales (como el abandono, el luto, la ruina, la enfermedad incurable, etc.) pueden llevar al acto suicida, pero hay que tomar en cuenta y esto es muy importante, que el acto suicida depende del umbral de reacción o del nivel de tolerancia del individuo ante las emociones y ante la frustración. O sea que, generalmente sólo cuando el equilibrio psíquico de una persona es precario, o cuando dicho de otra manera, existe una personalidad, premórbida, los diversos factores externos (como el luto, la ruina, el fracaso sentimental, etc.) pueden convertirse en causa de suicidio. Dado lo anterior se explica en gran parte, por qué dos personas reaccionan distintamente ante determinada situación. Por qué un sujeto ante un fracaso amoroso o ante una situación de ruina se suicida y otro no lo hace. Aquí se hace necesario recordar el nivel de tolerancia a la frustración: cuando de niño se le han satisfecho todas las necesidades y demandas materiales a un

sujeto, cuando "nada" se le ha negado, cuando "todo" se le ha concedido, o sea, cuando no ha sufrido golpes, sucede que ante cualquier problema se derrumba no sabiéndole hacer frente a la situación. Lo mismo ocurre cuando se le ha privado de afecto, de comprensión, de respeto, y de comunicación. El nivel de tolerancia a la frustración es muy bajo por no haber aprendido a enfrentarse a los problemas y a resolverlos de manera madura y adecuada. Por eso es importante desde niños enseñarles a enfrentarse a un mundo real, con sus limitaciones, con las alegrías y las tristezas que éste tiene, para que al llegar a la etapa adulta se enfrenten al mundo adecuadamente, con la capacidad necesaria para sobrevivir en él.

Continuando diremos que hay que distinguir entre el suicidio, el suicidio errado o fallido y la tentativa de suicidio "planeado". En el suicidio la intención es, ante todo, el deseo de una autodestrucción definitiva, de un aniquilamiento del yo. Lo mismo sucede con el suicidio errado y en ambos hay un mensaje que es necesario descodificar.

En la "tentativa de suicidio planeado" muchos buscan atraer la atención de su entorno hacia ellos y sus problemas. Es una "llamada de atención", de socorro,

* Psicólogo forense del Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial de Costa Rica, P.O. box 16, San José (1003), Costa Rica.

muchas veces de chantaje afectivo o de otro tipo. El sujeto está buscando ayuda, atención, comunicación, o creando en muchos casos remordimientos y culpabilidad en otras personas, ya sea para obtener ganancias y ventajas, o bien para mantener física y/o afectivamente ligado a ellos a una determinada persona. Cabe recordar la existencia del síndrome pre-suicidario, donde se da la representación mental del acto: la idea de suicidio y posteriormente el deseo de muerte. Esta idea suicida emerge de un estado emocional pesimista, depresivo y sin esperanza. La idea surge, desaparece, vuelve, se mantiene, hasta que se da el deseo de muerte y se ejecuta el acto. No debemos olvidar los llamados "equivalentes suicidas", que son formas simbólicas de suicidarse y muy comunes en nuestros días: el alcoholismo, el tabaquismo, las drogas, el rechazo al tratamiento, etc.

Finalmente analizaremos brevemente la conducta suicida en los diferentes períodos de la vida:

En la niñez: Antes de los diez años de edad es muy raro que se dé el suicidio. Las tentativas o amenazas de suicidio que suelen darse en la niñez son con la idea de "castigar" a los padres.

En la adolescencia: Esta es de por sí una etapa de crisis en la cual el joven tiende a aislarse, a retraerse, a enfrentar problemas de comunicación con otras generaciones, a afrontar cambios en su esquema corporal, etc. Cuando se acumulan las dificultades familiares y sociales, cuando existen decepciones amorosas, cuando hay problemas en la aceptación del esquema corporal, cuando se dificulta la integración a la sociedad, cuando hay desintegración familiar, ausencia de padre o de figura de identificación adecuada, puede llegar la idea de un acto suicida en esta etapa del desarrollo.

En el adulto: En la "madurez-joven" la falta de expectativas de trabajo, de estudio, la crisis económica, las dificultades que lo anterior genera para constituir un hogar y/o una vida estable, pueden ser causa de suicidio.

En la vejez: En esta etapa el suicidio o su idea puede darse por diversos factores: aislamiento, soledad, dificultades económicas, enfermedad física y mental y, principalmente por la sensación de no ser ya útiles, de constituir una carga y estorbo para con los demás.

Es por todo lo anterior y por lo alarmante del aumento del fenómeno del

suicidio, que se hace necesario establecer una serie de medidas y de programas tendientes a la detección y a la prevención de este complejo problema, atacándolo desde las primeras etapas del desarrollo del ser humano e involucrando a las distintas fuentes de socialización con que contamos. De los posibles programas y soluciones, me referiré en una próxima ocasión.

A continuación nos abocaremos al papel que juega la Psicología Clínico-Forense en los casos de tentativa de suicidio. El Código Penal costarricense se refiere a la tentativa de suicidio en su artículo 114 que literalmente dice: "*Al que intente suicidarse se le impondrá una medida de seguridad consistente en un adecuado tratamiento psiquiátrico*". En dicho artículo no se especifica dónde recibirá el correspondiente tratamiento, entendiéndose pues que podría darse a nivel externo, en un centro hospitalario o en un penal. Dado lo anterior es que las distintas autoridades judiciales competentes solicitan la evaluación del "estado mental", tanto en la actualidad como en el momento en que ocurrieron los hechos, del que atenta contra su propia vida. Aquí cabe mencionar algunas dificultades que se presentan al evaluar las personas enviadas por tentativa de suicidio, ya que éstas tienden, en muchos casos a:

1. Simular la existencia de una alteración mental significativa en el momento de los hechos, creyendo que dicha conducta justifica el acto ante la familia y la sociedad y por otra parte les evita el ser reclusos en un centro penitenciario.

2. Disimular la existencia de una enfermedad mental, por el temor que genera la amenaza de internamiento en un hospital psiquiátrico y;

3. Negar la tentativa de suicidio, sustituyendo el acto por la ocurrencia de un desafortunado accidente, con lo que se busca evitar tanto el oprobio social, como la reducción y/o el internamiento en un centro penal u hospitalario de tipo psiquiátrico.

Tomando en cuenta lo anterior y que en estos casos la pericia psicológica no solo constituye un medio de prueba que auxilia al juez para establecer el estado mental de un sujeto al momento de realizar un determinado acto, sino que también debe contribuir a orientar a la autoridad judicial respecto a las medidas psicoterapéuticas a seguir, se hace necesaria en dicha pericia, la utilización de

una metodología rigurosa y científica, con el objeto de obtener conclusiones claras y precisas en relación con el sujeto en estudio. En primer término debe revisarse el expediente judicial, en lo relativo, a las pruebas testimoniales, periciales e indiciarias que puedan dar una luz acerca de las circunstancias que rodearon al hecho. Así mismo es de vital importancia, en caso de su existencia, solicitar el expediente médico-hospitalario, a efectos de estudiar los antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos del paciente. Como segundo paso estaría la entrevista psicológica clínico-forense al imputado y de ser posible para obtener una mayor información, a algún familiar o acompañante. En términos generales la entrevista debe comprender:

a. Saludo y pequeña charla introductoria que tiene como objetivo la reducción de actitudes negativas que pueden causar interferencias en la comunicación, tales como la ansiedad, el temor, la desconfianza y el recelo y que conduce al establecimiento de un "clima psicológico" adecuado.

b. Datos personales y/o generales: (nombre, cédula, fecha de nacimiento, edad, sexo, procedencia, residencia, estado civil, escolaridad, ocupación, para fines de, asunto, a solicitud de, fecha de evaluación).

c. Narración de los hechos y motivación psicológica del acto.

d. Cuadro familiar (residencia, composición, relaciones interpersonales, situación económica, vecindario y ambiente social).

e. Antecedentes psicopatológicos y/o penales familiares.

f. Antecedentes psicopatológicos y/o penales personales (incluye salud general, hospitalizaciones, operaciones, traumatismos craneo encefálicos, tratamientos, etc.).

g. Desarrollo psicomotor (comprende embarazo, parto, locomoción, adquisición del lenguaje, control de esfínteres, etc.).

h. Desarrollo psicosocial (incluye apetito, sueño, aspectos psicosexuales, estudios formales, cursos específicos, trabajos eventuales, trabajos formales, problemas académicos y laborales, principales habilidades y defectos, etc.).

i. Actividades e intereses actuales (intereses y aficiones más destacadas, actividades cívicas y comunitarias, proyectos, método y sistema de vida).

Como complemento de la entrevista está la "observación conductual", que comprende la medición de una serie de funciones mentales y de actitudes que se manifiestan en el sujeto, a través de la entrevista y en el período de la realización de las pruebas psicológicas.

Posteriormente tenemos las pruebas psicológicas integradas en una "batería" con el objeto de explorar:

a. Área intelectual (información general, comprensión verbal, razonamiento lógico, verbal y numérico, deducción, inducción, abstracción, relaciones espaciales, etc.).

b. Área perceptiva, motora y maduracional (diagnóstico de deterioro intelectual y de lesión cerebral orgánica).

c. Área de la personalidad (detección de una gran variedad de conductas, rasgos o características, presentes o ausentes, referentes a la personalidad, a su estructura y a sus ajustes).

d. Área de aptitudes, habilidades e intereses (sociales, vocacionales y ocupacionales).

Finalmente se redacta el dictamen pericial, el cual para llegar a sus conclusiones finales, debe contemplar toda la información obtenida a través de las distintas fuentes psicológicas, integrándola dinámicamente, con el objetivo de emitir un psicodiagnóstico con fines periciales y de facilitar, de ser posible, los factores motivacionales que llevaron al acto, para la comprensión psicológica del mismo. Dichas conclusiones se deben emitir en términos de:

—rasgos o conductas adaptativas

—rasgos o conductas inadaptativas

—y los déficit conductuales que presenta el sujeto, que le inhiben o no (total o parcialmente) la capacidad para comprender el carácter de sus actos.

A continuación nos referiremos a los diversos grupos motivacionales existentes en los casos de tentativa de suicidio y a su relación con los artículos 42 y 43 del Código Penal, relativos a inimputabilidad y a imputabilidad disminuida respectivamente.

Según Pasmanik "para que obre la *imputabilidad* o la *capacidad*, es indispensable que la acción sea comprendida por el sujeto y para ello naturalmente, debe estar en posesión efectiva de sus capacidades intelectuales y volitivas. Sólo en esta forma le será imputable el delito, quedando configurados los elementos de su responsabilidad y culpabilidad frente a la sociedad".

Por otra parte el maestro Jiménez De Azúa se refiere a la *inimputabilidad* de la siguiente manera: "Son causas de inimputabilidad la falta de desarrollo y salud de la mente, así como los trastornos pasajeros de las facultades mentales que privan o perturban en el sujeto la facultad de conocer el deber; esto es, aquellas causas en las que, si bien el hecho es típico y antijurídico, no se encuentra el agente en condiciones de que se le pueda atribuir el acto que perpetró".

Así pues, tenemos que tanto en los casos de tentativa de suicidio como en cualquier otra causa penal, para que un sujeto sea imputable debe poseer en el momento de la comisión del hecho, conservadas las capacidades volitivas, cognitivas y judicativas (querer y entender) para reconocer el carácter ilícito de sus actos. De encontrarse disminuidas o abolidas dichas capacidades, nos encontraríamos ante la imputabilidad disminuida y la inimputabilidad respectivamente.

En la práctica psicológica clínico-forense nos podemos encontrar ante cinco tipos de situaciones atinentes a la tentativa de suicidio, a saber:

a. *Situación de accidente real*, o sea que no hubo intencionalidad de atentar contra su propia vida y por lo tanto no cabe dentro de lo comprendido en el artículo 114 del Código Penal.

En estos casos así se consigna en el dictamen pericial y se hace referencia a las características de personalidad previas y actuales y si éstas ubican o no al evaluado dentro de los parámetros de la normalidad establecidos.

b. *Tentativa de suicidio "por un ideal determinado"*, que como ya se expuso anteriormente, puede esconder una motivación psicopatológica, siendo ésta la que hay que intentar descubrir para determinar el grado de capacidad durante los hechos y actual, que posee el evaluado para comprender el carácter de su acto.

c. *Tentativa de suicidio "planeado"* cuya intencionalidad no es la de autodestrucción, sino que obedece a una forma de "llamar la atención", o de "chantaje afectivo" o de obtener "ganancias secundarias". Primordialmente la personalidad de estos sujetos se configura por marcados rasgos histriónicos e inmaduros, siendo lo recomendable en estos casos y por tratarse de trastornos de personalidad, brindar tratamiento psicoterapéutico a nivel externo, con el fin de que apren-

dan a manejar las situaciones existenciales de manera madura y ajustada al medio en que se desenvuelven.

d. *Tentativa de suicidio "cultural"*, que se explica por la inculcación de valores ético-morales de origen cultural en la formación del ciudadano, por lo que puede llegar a considerar la conducta suicida como un deber moral y un acto de honor. Como ejemplo podemos citar el Harakiri en la cultura japonesa, donde se recurre a la autoeliminación para proteger el honor familiar y personal.

Cabe entonces analizar a estas personas dentro de su contexto cultural y contemplar lo que señala el reconocido tratadista Raúl Zaffaroni en su concepto de "conciencia disidente", según el cual el sujeto cree estar obrando en el justo sentido y de acuerdo con sus valores y enseñanzas transmitidas culturalmente.

e. *Tentativa de suicidio asociada a una reacción de desajuste a una situación específica*. Este grupo abarca aquellos casos en que el sujeto intenta autoeliminarse, impulsado por un estímulo externo provocador y desencadenante, como puede ser la ruina, el abandono, el luto, la enfermedad incurable, etc. Como se mencionó anteriormente estos individuos tienen un equilibrio psíquico precario y un determinado estímulo nocivo capaz de provocar la conducta suicida. Desde el punto de vista psicológico-forense nos encontraríamos frente a una reacción de desajuste ante una situación específica (duelo, ruina, etc.) equivalente a lo que anteriormente se conocía como trastorno mental transitorio y que implica, al alterarle la capacidad judicativa al sujeto y limitar el control de sus impulsos, una capacidad disminuida o, dependiendo del caso, abolida en el momento de los hechos.

Se contemplan también aquellos casos en que la tentativa de suicidio es provocada por un agente nocivo externo como las bebidas alcohólicas u otro tipo de drogas, así como cuando se presenta estado de crisis epiléptica. En estos casos es de suma importancia analizar el estado actual del evaluado para recomendar ya sea un internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico si persiste en forma marcada la influencia del estímulo provocador, o un tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico a nivel externo, si dicha influencia ha disminuido considerablemente y no representa un peligro palpable y real de que se ejecute nuevamente el acto.

f. Tentativa de suicidio asociada a enfermedad mental: Esta categoría comprende aquellos estados psicológicos que implican "enajenación mental" y que por lo general son permanentes, irreversibles y/o progresivos. Entre otros podríamos mencionar el retardo mental leve y moderado; los estados psicóticos crónicos, los cuadros depresivos crónicos severos y los síndromes cerebrales orgánicos psicóticos. Los padecimientos anteriores indican franca disminución o abolición de las funciones mentales superiores, por lo que las capacidades volitivas, cognitivas y judicativas se encuentran francamente disminuidas o abolidas en forma permanente.

En conclusión, la pericia psicológica clínico-forense en los casos de tentativa de suicidio tiene como finalidad, no solo servir como medio de prueba que auxilie al juez en lo atinente al "estado mental" del infractor al momento de los hechos sino que también la de orientar en cuanto a las medidas terapéuticas a adoptar. Respecto a esto último, es imprescindible recalcar que el tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico a prescribir, debe llevarse a cabo, ya sea en una institución hospitalaria o a nivel de consulta externa, pero nunca en un centro penitenciario, por constituir este tipo de reclusión un factor incompatible, negativo e interferente con el tratamiento y su finalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. BANDURA, Albert y otro, "Modificación de Conducta: análisis de la agresión y la delincuencia", Editorial Trillas, México, 1975.
2. GONZÁLEZ PINTO, Jorge, "La Psicología Forense (Judicial Legal): sus orígenes, configuración, funciones, métodos y finalidad", Universidad Complutense de Madrid, España, 1981.
3. JIMÉNEZ DE AZÚA, Luis, "Tratado de Derecho Penal", Editorial Losada, Buenos Aires, 1964. Tomo I.
4. MIRA Y LÓPEZ, E., "Manual de Psicología Jurídica", Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1932.
5. PADILLA CASTRO, G. y otros, "Código Penal", Editorial Imprenta Nacional, Costa Rica, 1970.

REVISIÓN DE TEMAS

LAS CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD EN LA EVOLUCIÓN DEL DERECHO PENAL COSTARRICENSE*

LIC. JUAN DIEGO CASTRO FERNÁNDEZ**

<p>REFERENCE: CASTRO FERNÁNDEZ, J.D., <i>The causes of inimputability in the development of Costa Rican Criminal Law</i>, Medicina Legal de Costa Rica, 1991, vol. 8, Nº 1, pp. 21-28.</p> <p>ABSTRACT: The causes of inimputability through Costa Rican Criminal Codes of 1841, 1924, 1941 and 1972 are revised.</p> <p>In the first three legislations the age was an exempt of responsibility. In 1972 Law, age was excluded for inimputability purpose. For outlaws under 17 years old the Tutelary Court of Minors was created.</p> <p>The first three Criminal Codes considered exempt of responsibility to inculc deafmute. All of four Code acknowledged the mental derangement as a cause of inimputability in the 1972 Code tells it as a lack of capacity for understanding and for performing due to mental disease.</p> <p>KEYWORDS: Inimputability, criminal responsibility, Costa Rican criminal law.</p>	<p>REFERENCIA: CASTRO FERNÁNDEZ, J.D., <i>Las causas de inimputabilidad en la evolución del Derecho Penal costarricense</i>, Medicina Legal de Costa Rica, 1991, vol. 8, Nº 1, pp. 21-28.</p> <p>RESUMEN: Se revisan las causas de inimputabilidad a través de los códigos penales de Costa Rica de 1841, 1924, 1941 y 1972. En las tres primeras legislaciones la edad fue una de las eximentes de imputabilidad.</p> <p>En el Código de 1972 se excluyó como tal al encargarse a la legislación tutelar de menores de los infractores con edad por debajo de 17 años. Los tres primeros códigos consideraban inimputable al sordomudo iletrado. Los cuatro códigos coinciden en reconocer como causa de inimputabilidad a la alienación mental. En la legislación de 1972 se expresa esta causal como la falta de la capacidad para comprender y para actuar debida a enfermedad mental.</p> <p>PALABRAS CLAVES: Inimputabilidad, Derecho Penal costarricense.</p>
---	---

I. INTRODUCCIÓN.

La prensa publicó recientemente una noticia según la cual, "un presidiario de la Isla San Lucas sufre de una grave enfermedad mental. Su condición especial le impide valerse por sí mismo y el régimen penitenciario tampoco le ayuda

demasiado. Es un 'carne de presidio', como se dice. Sus compañeros al contrario de ayudarlo, han optado por aprovecharse de su situación. Constantemente es víctima de asaltos, amenazas y extorsiones y, con tal de evitar ataques peores y poder sobrevivir, tiene que repartir en-

tre sus 'amigos' la mitad de los mayores recursos que le envían desde su casa" (1).

Al leerla nos preguntamos: ¿Tiene el Estado derecho a castigar a los enfermos mentales que cometan delitos? ¿Tiene el Estado derecho a castigar a los retarda-

* Ponencia presentada por el abogado Lic. Juan Diego Castro Fernández en las V Jornadas de Medicina Legal, Puntarenas, agosto, 1990.
 ** Apartado 5062, San José (1000).