

# Reflexiones sobre la atención al psicópata suicida

Alexandre Cailleau, Fabien Juan, Anne Sauvaget-Oiry, Jean-Marie Vanelle

EN **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE** 2007/4 Artículos selecciona , PÁGINAS 285 A 292  
EDITORIAL **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2007.0178

Artículo disponible en línea en la dirección

<https://stm.cairn.info/revista-l-information-psychiatrique-2007-4-page-285?lang=es>



Consultar el índice de este número, seguir la revista por correo electrónico, suscribirse...  
Escanear este código QR para acceder a la página de este número en Cairn.info.



**Difusión electrónica de Cairn.info para JLE.**

Se autoriza la reproducción de este artículo dentro de los límites de las condiciones de uso de Cairn.info o, en su caso, de las condiciones generales de la licencia suscrita por la institución. Detalles y condiciones en [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Salvo que la ley disponga lo contrario, el uso digital con fines educativos del presente contenido está sujeto a la autorización de la editorial o, en su caso, del organismo de gestión colectiva habilitada para ello. En Francia, por ejemplo, el organismo autorizado en este ámbito es el CFC.

## Reflexiones sobre la atención al psicópata suicida

Alexandre Cailleau<sup>1</sup>  
Fabien Juan<sup>2</sup>  
Anne Sauvaget-Oiry<sup>3</sup>  
Jean-Marie Vanelle<sup>4</sup>

1 En 2007, Interno en psiquiatría, SHUPPM (Servicio Hospitalario y Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica), Hospital Saint-Jacques, Nantes. En 2022 psiquiatra infantil, Centre hospitalier Georges Mazurelle, La Roche sur Yon < alexandre.cailleau@ch-mazurelle.fr >.

2 Jefe de clínica-asistente, SHUPPM (Servicio Hospitalario y Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica), Hospital Saint-Jacques, rue Saint-Jacques, 44000 Nantes.

3 Jefe de clínica-asistente, SHUPPM (Servicio Hospitalario y Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica), Hospital Saint-Jacques, rue Saint-Jacques, 44000 Nantes.

4 Profesor universitario, profesional de la salud hospitalario, jefe de servicio del SHUPPM (Servicio Hospitalario y Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica), SHUPPM, Hospital Saint-Jacques, rue Saint-Jacques, 44000 Nantes.

Traducido y revisado  
por Cadenza Academic Translations

Traductor: Jaime Velásquez,  
Editor: Víctor Zamorano Blanco,  
Editor sénior: María Florencia Fernández,  
Mark Mellor

En una época en la que el diagnóstico de psicopatía se plantea con frecuencia y en la que el vocablo tiene una connotación muy peyorativa, parece necesario dirigir el interés hacia el individuo a quien se le da este epíteto. En efecto, no deja de ser un sujeto, un sujeto potencialmente suicida.

El concepto de psicopatía plantea preguntas. Senon (2005) recuerda que «la historia de la psicopatía se confunde con la creación de la psiquiatría como disciplina clínica médica, así como con el nacimiento de la criminología». <sup>1</sup> Unas veces calificada de manía sin delirio, otras considerada como una prueba de la teoría de la degeneración, la psicopatía interroga los límites de la

**Resumen.** Relacionada con los estados límite de la personalidad y con la característica del paso al acto, la psicopatía está asociada a un aumento del riesgo suicida ante la combinación de numerosos factores de riesgo y la impulsividad inherente a esta organización de la personalidad. La atención del psicópata suicida implica una evaluación en el servicio de urgencias, una etapa capital para orientar al paciente con un riesgo permanente de paso al acto heteroagresivo o de intento de manipulación. La hospitalización en un entorno psiquiátrico requiere planificaciones particulares y la adaptación del personal asistencial a estos pacientes difíciles ante el riesgo considerable de adoptar actitudes negativas

**Palabras claves.** crisis suicida, psicópata, urgencia psiquiátrica

**Résumé.** Réflexion sur la prise en charge du psychopathe suicidaire. Apparentée aux états limites et se caractérisant par le passage à l'acte, la psychopathie est associée à un risque suicidaire accru devant l'accumulation de nombreux facteurs de risque et l'impulsivité inhérente à cette organisation de personnalité. La prise en charge du psychopathe suicidaire passe par une évaluation aux urgences, étape capitale pour orienter ce patient toujours à risque d'un passage à l'acte hétéroagressif ou d'une tentative de manipulation. L'hospitalisation en milieu psychiatrique nécessite des aménagements particuliers et une adaptation des soignants à ces patients difficiles devant le risque important d'adopter des contre-attitudes négatives.

**Mots clés.** crise suicidaire, psychopathe, urgence psychiatrique

**Abstract.** Reflections on the treatment of suicidal psychopaths. Assimilated to borderline states and characterized by actsof violence, psychopathy is associated with an increased risk of suicide due to an accumulation of a number of risk factors and to the impulsiveness inherent to this type of personality organisation. Care for suicidal psychopaths starts with an assessment of urgency, a crucial stage aimed at orientating the patient who is constantly at risk of committing a violent act or of an attempt at manipulation. Psychiatric hospitalisation requires specific arrangements and special training of caregivers to deal with these difficult patients who represent a high risk of adopting negative counter attitudes

**Keywords.** suicidal crisis, psychopath, psychiatric emergency

psiquiatría, la psiquiatría misma, su papel, al personal asistencial, mediante la agresividad que presentan estos pacientes, y también la evolución de la sociedad.

La atención al psicópata con tendencias suicidas o que ha intentado suicidarse implica considerar la dimensión de un paso al acto autoagresivo que concierne al psiquiatra. Si bien algunos de entre el personal de la salud consideran que el lugar del psicópata no es el hospital sino la prisión, no pueden decir lo mismo del psicópata con tendencias suicidas; de ahí la necesidad de entender cómo entrar en contacto con estos pacientes, cómo ayudarlos de la mejor manera.

Las fallas narcisistas del psicópata, su propensión a las conductas adictivas y su funcionamiento, regido por el paso al acto, lo exponen a las conductas suicidas. El estudio de las recomendaciones de la

<sup>1</sup> Traducción propia; todas las citas textuales de este artículo lo son.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES – Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación en Salud) o la Haute autorité de santé (HAS – Alta Autoridad de Salud) sobre la crisis suicida permite evidenciar la evaluación de estos pacientes en el entorno sanitario, las modalidades de intervención y la prevención de la reincidencia. Tras un primer momento de evaluación en urgencias, la atención puede hacerse en el entorno hospitalario. Esto implica una reflexión del personal asistencial sobre sus actitudes y requiere una adaptación al funcionamiento del psicópata.

## La psicopatía: un espacio propicio para el suicidio

### *Epidemiología del suicidio en psicópatas*

Las publicaciones sobre la epidemiología de la psicopatía han desarrollado sobre todo datos sobre la personalidad antisocial. En un estudio de Moran (1999), las prevalencias en la población general se encontraban entre el 0,2 por ciento y el 3,7 por ciento. Entre los detenidos, se eleva a entre el 50 por ciento y el 80 por ciento, pero los criterios de personalidad antisocial se confunden a menudo con las características de un sujeto encarcelado (Côté, Hodgins y Toupin 2000). Se encuentra una comorbilidad significativa con los trastornos adictivos (Robins 1998).

La psicopatía también está asociada a un aumento del riesgo suicida, con una suicidalidad 3,7 veces superior a la de la población general (Beautrais *et al.* 1996). Un artículo de Verona, Sachs-Ericsson y Joiner (2004) informa sobre un 10,3 por ciento de diagnósticos de personalidad antisocial entre sujetos que hayan tenido un intento de suicidio (IS); la suicidalidad en relación con la población general es entonces de 2,93. Es mucho menos que la depresión mayor, presente en el 24,3 por ciento de los casos; no obstante, es el trastorno de la personalidad más representado.

Un estudio de Verona, Patrick y Joiner (2001) evaluó a algunos hombres detenidos, usando la escala de psicopatía de Hare (PCL-R) y los *DSM-III-R* (American Psychiatric Association 1989) y *DSM-IV* (American Psychiatric Association 1996). Los autores concluyen una relación significativa entre el puntaje en dicha escala y un antecedente de IS.

Así, la psicopatía constituye una personalidad con riesgo de suicidio, sobre todo en su dimensión antisocial. Los estudios son principalmente sobre los intentos de suicidio y la muestra es en su mayoría carcelaria. Esto se explica por la dificultad para hacer seguimiento a estos pacientes que rompen rápidamente con la atención.

### *Datos psicopatológicos generales*

Una característica de la psicopatía es asociar, en su descripción, una semiología social y una semiología

clínica. El peligro es que una de estas dimensiones oculte a la otra, y calificar así de psicópata a un delincuente antisocial, aunque de psicopático solo tenga la impulsividad o la intolerancia a la frustración. Sin embargo, hay que tener cuidado con esas conclusiones apresuradas.

En un trabajo sobre las nuevas formas de la psicopatía en adolescentes, Flavigny (1977) aporta una explicación psicodinámica. Como lo señala Senon (2005), distingue los síntomas esenciales, los síntomas secundarios y el telón de fondo. Los síntomas esenciales comprenden el paso al acto, la repetitividad de las conductas, la pasividad y la ociosidad, la dependencia de los otros, asociada a exigencias megalomaniacas y la búsqueda de satisfacciones inmediatas. Los síntomas secundarios reúnen la inestabilidad, la falta de interés, la necesidad de evasión, la inestabilidad relacional, las quejas somáticas. Finalmente, el telón de fondo está tejido con una angustia permanente oculta detrás de una presentación de sí mismo agresiva y provocadora, y frustraciones afectivas relacionadas con carencias familiares tempranas.

Flavigny precisa que la historia de estos pacientes está marcada por múltiples experiencias de abandono, una «discontinuidad que rompe las relaciones afectivas tempranas», el menor que pasa de una madre biológica a una madre adoptiva para a menudo terminar en una institución. Las imágenes parentales no son claras en la medida en que el padre está ausente o es inexistente, en el plano simbólico, y la madre oscila entre relaciones de fusión y ruptura con respecto a su hijo. En la historia del psicópata se intercalan traumas tempranos, duelos parentales en la familia cercana, abandonos, agresiones o incluso violencia física y sexual. En consecuencia, las conductas de riesgo, en la adolescencia o inicios de la edad adulta, cobran completo sentido: alcoholizaciones, toxicomanía, accidentes en vía pública que no son más que la reproducción de esos acontecimientos de vida y guían de nuevo la historia del paciente.

Para Reid Meloy (2000), la psicopatía constituye «un proceso intrapsíquico que posee a la vez una estructura y una función». Explica que la organización psicopática es un subtipo extremo y peligroso del trastorno de la personalidad narcisista, la cual, a su vez, presenta una función y una estructura de nivel de desarrollo más elevado dentro de la organización límite de la personalidad.

La organización límite se caracteriza por la carencia de una identidad integrada, el predominio de mecanismos de defensa primitivos y la conservación de una prueba de realidad adecuada. Reid Meloy explica que, si bien el paciente con organización límite de la personalidad puede diferenciar entre el sí mismo y lo ajeno, sus representaciones internas no están estabilizadas. Entre los mecanismos de defensa primitivos se encuentran la escisión, la idealización primitiva, la identificación proyectiva, la proyección, la introyección, la negación y la omnipotencia. El individuo psicópata

mantiene la capacidad de distinguir los estímulos interoceptivos de los estímulos exteroceptivos; a propósito, la conservación de esta prueba de realidad establece la diferencia entre las organizaciones límite y psicótica de la personalidad.

### La noción de paso al acto

Reflexionar sobre las conductas suicidas del psicópata supone preguntarse por la noción de paso al acto preponderante en esta organización de la personalidad. Para retomar la observación de Trillat (1955), el paso al acto psicopático tiene sus propias características: «la impulsividad, la no premeditación y la torpeza durante la realización, la ausencia de remordimiento consecutivo, el hecho de enmarcarse la reacción dentro de los trastornos del carácter y de la conducta».

Estos pasos al acto no pueden explicarse sin hacer referencia a la falla del yo de estos pacientes. El paso al acto delictivo tiene menos el valor de una relación con la realidad que de una afirmación megalomaniaca de sí mismo, que tendría como objetivo compensar un narcisismo deficiente.

Para avanzar en la comprensión de estos pasos al acto, es necesario introducir la noción de pulsión y de agresividad. En los pacientes psicópatas se observa una pobreza de la vida fantasmática, pero una riqueza de la vida instintiva. La «agresividad libre» es resultado de la defusión de las pulsiones; Freud explica que, cuando hay unión entre las pulsiones, la agresividad se pone al servicio de Eros; cuando hay desunión, prevalece la agresividad. La agresividad libre se caracteriza por la tendencia incoercible a la descarga. Los pacientes psicópatas no pueden contener la menor tensión, «la menor frustración desencadena una descarga de ira con actitudes agresivas contra objetos, personas o contra sí mismo» (Balier 1988).

El paso al acto sucede cuando las defensas primarias —negación, escisión, identificación proyectiva, omnipotencia, idealización— son desbordadas por la pulsión agresiva desintrincada. El estado violento impulsivo se apoyaría en un yo frágil, un yo inacabado, fácilmente desbordado por la pulsión agresiva, desintrincado, pero capaz de mantener los límites interior-exterior bastante claros mediante el recurso al objeto externo, el cual debe permanecer en posesión suya, ya sea a través del asesinato o de lo que haga sus veces.

La psicopatología del paso al acto heteroagresivo se aplica al paso al acto suicida cuando el psicópata no puede expresar su acto sobre el otro en un contexto de frustración o angustia o cuando presenta un estado depresivo.

### Las conductas adictivas: ¿un equivalente suicida?

Los datos epidemiológicos muestran una fuerte prevalencia de la personalidad antisocial sobre todo en los sujetos adictos a sustancias ilícitas: estaría presente

entre el 25 y el 38 por ciento de los heroínómanos y tendría «una presencia importante» entre los sujetos cocainómanos, junto con las personalidades límite y narcisistas (Franques, Auriacombe y Tignol 2000). Este trastorno de la personalidad generalmente está asociado a una adicción más severa y a una menor respuesta al tratamiento (Woody *et al.* 1985). Morel (2005) intenta identificar los vínculos entre conductas adictivas y trastorno psicopático. Como se ha visto, los trastornos de la identificación y del narcisismo ocupan un lugar importante en la problemática psicopática. Chartier (1997) precisa que «los cimientos narcisistas fueron tempranamente socavados»; además, como lo desarrolló Berget (1984), las carencias identificatorias son relevantes. Por lo tanto, el consumo de sustancias psicoactivas se inscribe en una estrategia de protección y tranquilidad, constituye incluso una prótesis identitaria que legitima la inestabilidad y la marginalidad.

No se pueden abordar estas conductas sin introducir la noción de riesgo: son conductas de riesgo. Si «las primeras etapas del consumo son, en general, un “coqueteo” vigilante con el peligro [...] la urgencia de la necesidad y la abstinencia, a medida que evoluciona la adicción, prevalece enseguida sobre la ritualización controlada de la toxicomanía: la búsqueda de la atenuación de la abstinencia sigue a la del placer, y el juego con el riesgo da paso a la asunción de un riesgo real, que anula todas las precauciones y deja al heroínómano bajo la amenaza permanente de la sobredosis, del gesto suicida, y actualmente del contagio de VIH» (Ades, Lejoyeux y Tassain 1994). En el plano psicopatológico, Charles-Nicolas y Valleur (1981) llaman «conductas ordálicas» a estas conductas de riesgo. La ordalía moderna supondría «la repetición de una prueba que constaría de un riesgo mortal, en la que el sujeto se implica para probar con la supervivencia su valor intrínseco y ser así reconocido por las potencias trascendentes del destino...» (Charles-Nicolas y Valleur 1982). La repetición del consumo de drogas tendría por función ser un intento de dominio del goce del subidón, pero también de un juego con riesgo de muerte. Del mismo modo, los frecuentes suicidios de toxicómanos pueden inscribirse en la dinámica del modelo ordálico, cuando jugarse de manera repetida la vida por la experiencia del subidón, que «ayuda a vivir», se reemplaza por la experiencia más directa del juego suicida con la muerte. Para Charles-Nicolas (1981), estas conductas de riesgo tienen una función defensiva contra la psicosis y corresponden a tentativas de estructuración. En este sentido, lo ordálico que roza la muerte «extrae de esta experiencia del riesgo la autorización para vivir...». Fuera del campo de la psicosis, el «proyecto ordálico» permitiría «apoyar en la muerte fuerzas vitales inicialmente indecisas» (1981).

Así, la fragilidad de estos pacientes, el recurso a la acción más que a la mentalización, así como las conductas adictivas, hacen de la psicopatía un espacio propicio para el suicidio.

## Suicidio y psicopatía: atención por parte de la psiquiatría pública

### *Análisis de las recomendaciones de la ANAES sobre la crisis suicida*

Las recomendaciones de la ANAES (2000) insisten en la identificación de la crisis suicida. Esta se define como una crisis psíquica cuyo mayor riesgo es el suicidio. Es una trayectoria que va desde el sentimiento negativo de estar en una situación de fracaso hasta la imposibilidad de escapar de este *impasse*, con la elaboración de ideas suicidas cada vez más agobiantes e invasoras, hasta el eventual paso al acto. Pero obviamente este modelo no siempre puede aplicarse al psicópata. En efecto, este está marcado por la impulsividad y la violencia de sus pasos al acto sin que por ello esté en un proceso suicida evolutivo. Sin embargo, este concepto constituye un marco de reflexión interesante para nuestro propósito.

Para la ANAES, los no profesionales podrán reconocer la crisis suicida por las ideas e intenciones suicidas expresadas, la crisis psíquica y el contexto de vulnerabilidad psíquica (depresión, impulsividad, afecciones psiquiátricas ya existentes). La actitud recomendada es entonces establecer un vínculo y una relación de confianza, adoptando una actitud bondadosa, de escucha, diálogo y alianza que favorezca el recurso a las redes de ayuda y a la atención. No obstante, la psicopatía rompe con su entorno y la impulsividad pertenece al cuadro clínico. Por lo tanto, dichas recomendaciones sobre el entorno familiar son poco aplicables con estos pacientes.

En las recomendaciones sobre la evaluación en el ámbito de la salud, la ANAES introduce el concepto de factores de riesgo. Los factores primarios corresponden a los trastornos psiquiátricos, los antecedentes personales y familiares de suicidio, la comunicación de una intención suicida o una impulsividad, factores que podrán ser influenciados por el tratamiento; tienen un valor de alerta importante en lo individual. Los factores secundarios reúnen las pérdidas parentales tempranas, el aislamiento social, el desempleo, las dificultades financieras y profesionales, los acontecimientos de vida negativos; son poco modificables por la atención y tienen un bajo valor predictivo en ausencia de factores primarios. Los factores terciarios no pueden ser modificados y solo tienen valor predictivo en presencia de factores primarios o secundarios: son el género masculino y la edad (adultos mayores y jóvenes). Además, la impulsividad facilita el paso al acto, especialmente asociada a la ansiedad o la depresión. Claramente, el psicópata combina factores de riesgo primarios (trastorno de personalidad, impulsividad), secundarios con la disolución familiar, el aislamiento y los acontecimientos de vida negativos, y finalmente factores de riesgo terciarios, puesto que el psicópata es generalmente un hombre. En efecto, se enfrenta a la vez a acontecimientos de

vida predisponentes, como las pérdidas precoces y los eventuales maltratos en la infancia, y acontecimientos de vida precipitantes, con conflictos de carácter diverso.

De manera general, el reconocimiento de la crisis implicará un contexto suicida, una vulnerabilidad psíquica y una impulsividad. La dificultad reside en el hecho de que, en el psicópata, impulsividad y vulnerabilidad son elementos fijos y en que el contexto suicida no siempre estará presente teniendo en cuenta la propensión al paso al acto.

La evaluación de la urgencia y la peligrosidad es una etapa fundamental en la evaluación de la crisis suicida. Se basa en la consideración del grado de sufrimiento e intencionalidad, de los elementos de impulsividad, de un eventual acontecimiento precipitante, de la presencia de medios letales a disposición y de la calidad del apoyo del entorno cercano. De nuevo, el psicópata pronto se encontrará en una urgencia grave, teniendo en cuenta el acceso a medios letales y su frecuente aislamiento, por lo que se requerirá una hospitalización.

La ANAES recomienda adaptar las modalidades de intervención al contexto del sujeto: la familia y el entorno cercano no están muy presentes alrededor de estos sujetos; en cambio, la prisión puede ser un lugar de intervención. Los trabajadores sociales pueden llegar a ser una ayuda y orientar al paciente hacia una estructura adaptada. Si el psicópata es atendido por un psiquiatra, este será evidentemente un recurso. Pero el recurso principal parecen ser los servicios de urgencias. Allí el paciente es evaluado y se toma la decisión de hospitalización en caso de ser una urgencia grave. La ANAES (1998) recomienda que en las urgencias se usen escalas, especialmente las escalas de Beck y en particular la escala de intencionalidad suicida que permite evaluar el riesgo de reincidencia de la IS a corto plazo. Algunos aspectos se ven poco en relación con la problemática del psicópata, en especial lo que tiene que ver con la premeditación de la acción y su preparación. Puesto que la acción del psicópata es impulsiva, no entra en esa dinámica. Dicho esto, hacer que el sujeto verbalice sobre el propósito de su acto y su eventual remordimiento puede aportar elementos interesantes si se les busca durante una entrevista estructurada sin usar necesariamente la escala de manera rígida.

Así, el psicópata parece estar particularmente en riesgo suicida, y si hay desacuerdo sobre su lugar en la psiquiatría, no debería haberlo sobre si tiene tendencias suicidas o ha intentado suicidarse. De hecho, es impulsivo por definición, se expresa mediante la acción más que mediante las palabras, en su vida se intercalan rupturas y fracasos con un entorno familiar la mayoría de las veces disuelto y, por lo tanto, que no ofrece apoyo; dispone a menudo de medios letales (diferentes psicotrópicos, eventualmente un arma de fuego), tantos elementos que favorecen un paso al acto suicida, por lo que se requiere una hospitalización con modalidades específicas.

Tras la atención de la crisis suicida (prevención secundaria), se pasa al problema de la prevención de la reincidencia; se trata de la prevención terciaria. Las cifras muestran un riesgo mayor de reincidencia en el año siguiente al paso al acto: entre el 10 y el 20 por ciento de las cohortes estudiadas, una tasa de suicidio del 1 por ciento, en un año, y un aumento en el riesgo de muerte por cualquier causa (ANAES 2000). Estos datos generales se aplican también al psicópata, ya que se sabe que en la psicopatología de los pacientes que reiteran las IS se encuentran menos situaciones de crisis psicosociales, pero más trastornos psíquicos crónicos, incluidos los trastornos de la personalidad y las conductas adictivas. Esta conferencia de consenso añade que este riesgo de reincidencia aumenta para los pacientes que presentan factores de riesgo primarios (2000), y este es el caso de los pacientes psicópatas. La observancia del tratamiento propuesta por los equipos sería baja, ya que entre el 10 y el 50 por ciento de las personas siguen la orientación propuesta; esta observancia aumentaría en caso de realizar un recordatorio sistemático por teléfono o correo o si se propone un tratamiento a domicilio (2000). La ANAES recomienda, para los pacientes que presentan factores de riesgo primarios o una combinación de varios factores de riesgo, «un tratamiento especializado, ya sea que se trate de una hospitalización o de un tratamiento ambulatorio. Esta orientación tendrá por objetivo, después del período de crisis, iniciar, modificar o continuar, o incluso retomar, el tratamiento de la patología subyacente. Para un primer contacto indicado en psiquiatría, es primordial el papel del profesional de la salud o del equipo que interviene en el momento de la crisis suicida y consiste en favorecer la alianza terapéutica en el largo plazo, informar al sujeto y su entorno sobre la decisión de la orientación y preparar el relevo con los intervinientes futuros para evitar una ruptura de la continuidad de la atención» (2000).

Favorecer la alianza terapéutica parece algo difícil con los pacientes psicópatas: si bien se recomienda promover visitas a domicilio con un enfermero referente para los psicóticos, esto puede resultar peligroso con el psicópata. Una única referencia de enfermería será, en efecto, investida de manera masiva por parte del paciente con el riesgo de defraudarlo y convertirse en un mal objeto. Las líneas directrices para evitar una reincidencia parecen ser la propuesta de encuentros con un psiquiatra y de apoyo de un centro medicopsicológico, el cual puede ser el lugar de un tratamiento con neurolépticos de acción prolongada administrados por diferentes enfermeros. La ayuda social también desempeña un papel relevante para disminuir la frecuencia de los acontecimientos que precipitan el paso al acto. Pero es de esperar que se pierdan citas y no se sigan los tratamientos, aunque el tiempo es probablemente un aliado significativo para ayudar a estos pacientes.

### *La atención en un entorno hospitalario*

La psicopatía está asociada a cierto número de comorbilidades. La más generalizada tiene que ver con trastornos adictivos (alcoholismo, toxicomanía, abuso de psicotrópicos) (Robins 1998), pero no se puede olvidar la depresión (Sanderson *et al.* 1992), los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia (Bland, Newman y Orn 1987). La psicopatía también puede complicarse con episodios psicóticos breves. La depresión es de particular interés puesto que constituye un factor de riesgo de paso al acto suicida, sin importar la personalidad subyacente.

El psicópata puede ingresar a urgencias por motivos bastante diferentes: intento de suicidio, síndrome depresivo, trastornos de conducta en la vía pública, automutilaciones, toxicomanía, síndrome delirante...

Un primer momento de la evaluación se realizará en las urgencias. Consiste en identificar el riesgo autoagresivo, el riesgo heteroagresivo y los intentos de manipulación. Frente al paciente psicópata suicida, eventualmente heteroagresivo, será necesaria una sedación con tratamientos neurolépticos inyectables, y podrá estar asociada a una contención de ser necesario. Se decidirá una hospitalización obligada: a petición de un tercero, si se estima que necesita una atención de urgencia y no es posible obtener su consentimiento, en hospitalización de oficio, en el caso de que sus trastornos afecten el orden público. Por lo general esta será corta, unos días que permitan pasar la fase de la crisis suicida y evitar el surgimiento del funcionamiento del psicópata que es difícilmente compatible con una hospitalización. Las unidades cerradas parecen las más adaptadas para este tipo de pacientes, teniendo en cuenta el contexto de contención que estas ofrecen.

Lamothe (2005) explica que, para muchos psiquiatras, el psicópata pertenece a la prisión y sobrepasa su campo de acción. En efecto, las personalidades psicopáticas no son reconocidas como enfermedad mental por ningún país. Este profesional de la salud presenta al psicópata como un sujeto que sufre de una economía psíquica generalmente poco lograda y costosa para el yo y para los interlocutores del psicópata. Con estos pacientes, recomienda la neutralidad afectiva con el fin de no despertar los mecanismos sadomasoquistas abandonados y promueve las gratificaciones narcisistas adaptadas que reconstruyen la identidad y la estima de sí.

El psicópata suicida, eventualmente deprimido, puede mostrarse manipulador, expresar su angustia mediante automutilaciones o quejas hipocondríacas. Frente a esta depresión, recurre a sus propios mecanismos de defensa, como son la megalomanía, la mitomanía y la intolerancia a la frustración. Puede también mostrarse seductor con algunos, descalificador con otros, presa de angustias abandonadas. Ante este paciente desconcertante, el profesional de la salud se encuentra en una

posición delicada y se pregunta cómo puede ayudar a quien, al tiempo que demuestra un real sufrimiento, manifiesta una agresividad insoportable. En términos generales, hay que instaurar una relación de confianza. Esto implica una atención somática que demuestre la importancia que se le otorga al paciente, mediante el acompañamiento y la revalorización con tareas accesibles para no impedirle su realización. El contrato del tratamiento es interesante en la medida en que fija un marco y mantiene una coherencia para la atención, ya que los límites sirven como referentes para el paciente. Pero el psiquiatra debe tener cuidado de no establecer un contrato muy limitante, el cual seguramente será percibido como una provocación o favorecerá el rechazo, lo que reactivaría en el paciente experiencias infantiles muy tempranas de tiranía por parte de la ley materna arcaica (Lamothe 2005). Finalmente, recurrir a un único referente es algo que se debe proscribir, pues esta práctica tenderá a animar una sobreinvestidura del otro potencialmente deletérea. Éric Marcel (2005) resume la problemática psicopática en el hospital: «Conocemos bien a estos pacientes [los psicópatas], los vemos a menudo: son regularmente hospitalizados, perturban los servicios, son inestables, ponen permanentemente a prueba la estructura, solo se sienten bien cuando esta es lo suficientemente sólida para responderles. De ahí la importancia del trabajo, de la coherencia, del equipo y de la institución frente a estos sujetos. Con el tiempo, son accesibles a un discurso de atención, y presentan finalmente muy poca violencia en el servicio. La admisión es con frecuencia difícil, pero por lo general logramos contenerlos».

En caso de agresividad, y en especial de amenaza autoagresiva, se puede recurrir al aislamiento, acompañado de sedación, y eventualmente a la contención. No debe tener un valor punitivo, sino protector. Además, para implementar estas medidas, es primordial asegurarse de la diversidad del personal asistencial.

Siempre se deben vigilar las agitaciones, estimuladas por la frustración, y las descompensaciones, estimuladas por los tóxicos. Por lo tanto, la atención se basa en la verbalización y el reencuadre, aunque insistiendo en el respeto y la confianza.

Con estos pacientes es fundamental el trabajo en equipo, analizar los pasos al acto, tomar distancia juntos para evitar las actitudes negativas y no terapéuticas.

La farmacoterapia resulta útil, particularmente los neurolépticos en caso de agitación o descompensación delirante, y los antidepresivos en caso de depresión comprobada.

### *El personal asistencial ante el psicópata*

Frente al paciente psicópata, al profesional de la salud a menudo le cuesta trabajo posicionarse; «estaría mejor en prisión, infunde temor en los otros pacientes y en nosotros mismos» es algo que se puede oír en las unidades de atención. El profesional de la salud que

intenta mantener unos límites es el blanco de la agresividad del psicópata y debe gestionarla. Una tentación es devolver esa agresividad al paciente, quien pierde entonces el estatus de individuo sufriente. En consecuencia, ni siquiera es imaginable que pueda pasar al acto contra él mismo y, si lo hace, le será difícil obtener un mínimo de empatía a cambio.

En esta perspectiva, ¿cómo ayudar a estos pacientes precisamente cuando es difícil situarse en una posición asistencial?

Canetti (2005) plantea el problema explicando que es difícil sentirse interesado en un individuo que parece sentir placer manipulando a su interlocutor; esta preocupación de no ser manipulado oculta entonces el sufrimiento del paciente. Ahora bien, este sufrimiento que el paciente niega es proyectado al exterior con el fin de mantener la integridad de su identidad. El psicópata, si no es capaz de preocuparse del sufrimiento del otro, tampoco es capaz de ocuparse del suyo. La tendencia al engaño se inscribe en una voluntad de supervivencia psíquica. Dar sentido a las actitudes del psicópata permitiría evitar reacciones no terapéuticas.

La autoagresividad sorprende en este tipo de pacientes, y la sorpresa o el pavor probablemente paralicen al personal asistencial o generen una actitud negativa o incluso sádica. Esto es lo que señala Balier (1988), para quien las posibilidades de cambio del sujeto, si bien lo son en función de su pasado y su organización psíquica, son también dependientes de las investiduras contratransferenciales del equipo tratante. Por lo tanto, la responsabilidad y el trabajo de este equipo consisten en acompañar a estos pacientes, con mayor razón, en los momentos suicidas de su evolución.

Este es todo el problema que se plantea en cuanto al tratamiento del paciente psicópata; para retomar a Reid Meloy (2000), «la respuesta de la mayoría de los profesionales de la salud al paciente psicopático es poner en duda la posibilidad de cambio psicoterapéutico, lo que bien puede ser una reacción de contratransferencia a la devaluación psicopática o una decisión realista basada en un juicio clínico sano». El autor considera la psicopatía como un proceso desviado del desarrollo, que se manifiesta a través de un trastorno funcional de la personalidad. Para él, es necesario considerarla como un trastorno situado en un continuo hipotético que se extiende de lo leve a lo grave para evitar la reacción de contratransferencia. De lo contrario, para el profesional de la salud el riesgo es ser víctima de «su propio impulso de desidentificación y deshumanización» (2000). Así, el paciente psicópata puede encerrarnos en su problemática del paso al acto y generar actitudes negativas no terapéuticas por ser violentas y no reflexionadas y, cuando pasa al acto contra él mismo, este riesgo persiste.

La noción de contratransferencia aparece como fundamental en la atención de pacientes psicópatas y constituye una guía para el psiquiatra y su equipo en la conducta que deben seguir, y su análisis les permite orientar las decisiones. En caso de crisis suicida, las

características intrínsecas del psicópata, como la manipulación o el engaño, ya no estarán en primer plano, ocultas por la crisis suicida. En la valoración de estos pacientes en urgencias, es fundamental descartar el intento de manipulación del médico y la institución, evaluar el riesgo heteroagresivo, los eventuales beneficios secundarios del paciente y las potenciales dificultades de gestión del paciente en un servicio hospitalario; elementos todos ellos que convertirían la hospitalización en inútil y nociva para el servicio. Los puntos fuertes de la atención del psicópata con tendencias suicidas o que ha intentado suicidarse se basan en una hospitalización corta, eventualmente impuesta, en un ámbito de contención tal como una unidad cerrada.

## Conclusión

La atención del psicópata plantea entonces problemas complejos, que implican tanto conocimientos psicodinámicos sobre dicha organización de la personalidad, como una reflexión del personal asistencial sobre sus percepciones y propias experiencias, con el fin de no funcionar en espejo según un esquema acción-reacción deletéreo. Este es el interés de un trabajo en equipo; los pacientes pueden ser atendidos en centros hospitalarios con el fin de mantener un entorno de contención que responda a su problemática.

Las conductas suicidas de estos pacientes remiten al personal asistencial a su propia ambivalencia entre la agresividad que experimentan y el deseo de ayudar, como lo hacen habitualmente frente a quien expresa el deseo de morir. Es una dificultad relevante en la atención de los psicópatas a la que la conferencia de consenso sobre la crisis suicida, aunque constituye una base de trabajo interesante, no responde por completo. En efecto, la ANAES se queda en consideraciones más generales, quizás porque no hay una respuesta única o porque los psicópatas, a menudo reducidos a su impulsividad, no tienen pleno derecho en la psiquiatría.

Ayudar a estos pacientes implica la adaptación a su modo de funcionamiento, aunque manteniendo un marco y unos límites que de todas maneras son terapéuticos. El hecho de recordar que el psicópata con tendencias suicidas o que ha intentado suicidarse sufre permite que se le vuelva a dar su dimensión humana, oculta a veces por la agresividad.

## Referencias

- Ades, Jean, Michael Lejoyeux y Valérie Tassin. 1994. «Sémiologie des conduites de risque». En *Encyclopédie Médico Chirurgicale, Psychiatrie* 37-114-A-70.
- American Psychiatric Association. 1989. *DSM-III-R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. 1996. *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). 2000. *La crise suicidaire: Reconnaître et prendre en charge*. La Plaine-Saint-Denis: ANAES.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). 1998. *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*. Paris: ANAES.
- Balier, Claude. 1988. *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: PUF.
- Beautrais, Annette L., Peter R. Joyce, Roger T. Mulder, David M. Fergusson, Brian J. Deavoll y Susan K. Nightingale. 1996. «Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study». *The American Journal of Psychiatry* 153, n.º 8: 1009-1014.
- Bergeret, Jean. 1984. «La personnalité du toxicomane». En *Précis des toxicomanies*, editado por Jean Bergeret y Jean Leblanc, 63-75. Paris: Masson.
- Bland, Roger C., Stephen C. Newman y Helene Orn. 1987. «Schizophrenia: Lifetime Co-Morbidity in a Community Sample». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75, n.º 4: 383-391.
- Canetti, Cyrille. 2005. «Quelles prises en charge possibles: Au sein, auprès et hors de la famille? Prise en charge en milieu pénitentiaire des mineurs présentant des conduites psychopathiques». Contribución en Audition publique. Prise en charge de la psychopathie, 15 y 16 de diciembre de 2005, 94-98. La Plaine-Saint-Denis: Haute Autorité de santé. Consultado el 16 de marzo de 2022 en [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/psychopathie%20\\_05-\\_textes%20experts.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/psychopathie%20_05-_textes%20experts.pdf)
- Charles-Nicolas, Aimé. 1981. «Addiction: Passion et ordalie». En *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, editado por Jean Bergéret y Michel Fain, 63-74. Paris: Dunod.
- Charles-Nicolas, Aimé y Marc Valleur. 1982. «Les conduites ordaliques». En *La vie du toxicomane: Séminaire de l'Hôpital Marmottan, 1980*, editado por C. Olievenstein, 85-102. Paris: PUF.
- Chartier, Jean-Pierre. 1997. «L'«assertitude» du toxicomane et du psychopathe». En *Les adolescents difficiles: Psychanalyse et éducation spécialisée*, 2ª ed, 180-193. Paris: Dunod.
- Côté, Gilles, Sheilagh Hodgins y Jean Toupin. 2000. «Psychopathie: Prévalence et spécificité clinique». En *La psychopathie: Théorie et recherche*, editado por Thierry H. Pham y Gilles Côté, 47-74. Villeneuve d'Ascq: Septentrion.
- Flavigny, Hubert. 1977. «De la notion de psychopathie». *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance* 25, n.º 1: 19-75.
- Franques, Pascale, Marc Auriacombe y Jean Tignol. 2000. «Personnalités du toxicomane». *Encephale* 26, n.º 1: 68-78.
- Lamothe, Pierre. 2005. «Les pathologies à expression psychopathique». En *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, editado por Laurent Michel y Betty Brahmy, 208-217. Paris: Heures de France.
- Marcel, Eric. 2005. «Dangerosité(s) et pratiques de secteur». *Perspectives Psy* 44, n.º 3: 182-187.
- Moran, Paul. 1999. «The Epidemiology of Antisocial Personality Disorder». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, n.º 5: 231-242.
- Morel, Alain. 2005. «Place des conduites addictives. Psychopathie et conduites addictives». Contribución en Audition publique. Prise en charge de la psychopathie, 15 y 16 de diciembre de 2005, 37-40. La Plaine-Saint-Denis: Haute Autorité de santé. Consultado el 16 de marzo de 2022 en [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/psychopathie%20\\_05-\\_textes%20experts.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/psychopathie%20_05-_textes%20experts.pdf)
- Reid Meloy, J. 2000. *Les psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique*. Paris: Frison-Roche.
- Robins, Lee N. 1998. «The Intimate Connection Between Antisocial Personality and Substance Abuse». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, n.º 8: 393-399.
- Sanderson, William C., Scott Wetzler, Aaron T. Beck y Frank Betz. 1992. «Prevalence of Personality Disorders in Patients with Major Depression and Dysthymia». *Psychiatry Research* 42, n.º 1: 93-99.
- Senon, Jean-Louis. 2005. «Comment définir la psychopathie?». Contribución en Audition publique. Prise en charge de la psychopathie, 15 y 16 de diciembre de 2005, 9-13. La Plaine-Saint-Denis: Haute Autorité de santé. Consultado el 16 de marzo de 2022 en [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/psychopathie%20\\_05-\\_textes%20experts.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/psychopathie%20_05-_textes%20experts.pdf)
- Trillat, Étienne. 1955. *Les déséquilibres: Personnalités et constitution. EMC Psychiatrie*. Paris: Masson.
- Verona, Edelyn, Natalie Sachs-Ericsson y Thomas E. Joiner. 2004. «Suicide Attempts Associated with Externalizing Psychopathology in an Epidemiological Sample». *The American Journal of Psychiatry* 161, n.º 3: 444-451.
- Verona, Edelyn, Christopher J. Patrick y Thomas E. Joiner. 2001. «Psychopathy, Antisocial Personality, and Suicide Risk». *Journal of Abnormal Psychology* 110, n.º 3: 462-470.
- Woody, George, Thomas McLellan, Lester Luborsky y Charles P. O'Brien. 1985. «Sociopathy and Psychotherapy Outcome». *Archives of General Psychiatry* 42, n.º 11: 1081-1086.