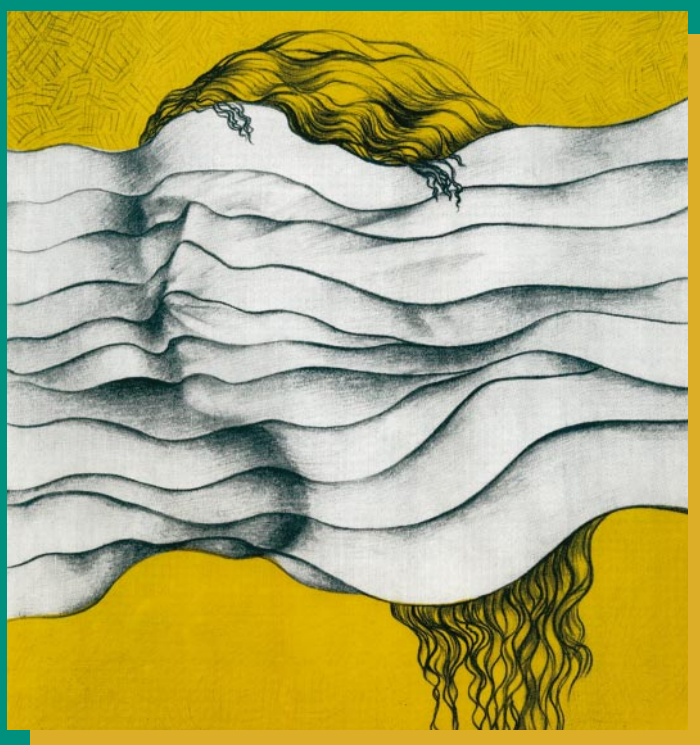


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

52



TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LA VEJEZ MODELOS DE INVESTIGACIÓN

*Dabi / Faccioli / Finkelsztein /
Matusevich / Ruiz / Stagnaro / Vairo*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XIV - Nº 52 Junio – Julio – Agosto 2003

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershnik, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, G. Lanteri-Laura, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluk, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusевич, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Matta (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, H. López, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette
Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Servicio Integral Gráfico.
Córdoba 2875. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XIV N° 52, JUNIO - JULIO - AGOSTO 2003

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

Vertex
Revista Argentina de
Psiquiatría

Aparición
trimestral:
marzo, junio,
setiembre y
diciembre de cada
año, con
dos Suplementos
anuales.

Indizada en el
acopio bibliográfico
"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

Ilustración de tapa
María Inés Walter
El velo
Serigrafía, 1981
18,5 cm x 26 cm

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Estudio abierto randomizado sobre el uso de Ranitidina a diferentes dosis para el control del aumento de peso asociado a la administración de Olanzapina**, A. López-Mato, J. Rovner A. Vieitez, G. Illa, O. Boulosa pág. 85
- **El abordaje de las crisis. Urgencias y emergencias en la psiquiatría de enlace**, J. C. Tenconi pág. 97
- **Tratamiento grupal de la bulimia nerviosa y trastornos asociados. Resultados de un dispositivo psicoeducativo y cognitivo-conductual**, F. M. Torrente, R. Crispo pág. 103

DOSSIER

TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LA VEJEZ. MODELOS DE INVESTIGACION

- **Tentativas de suicidio en la vejez: Datos del Hospital Italiano de Buenos Aires**, D. Matusevich, C. Finkelsztejn, E. Dabi pág. 119
- **Trastorno Depresivo Mayor en pacientes mayores de 60 años que realizan tentativas de suicidio**, E. Dabi, D. Matusevich, C. Finkelsztejn pág. 124
- **Demencia, tentativas de suicidio y suicidio. Estudio de casos**, D. Matusevich, C. Finkelsztejn, M. C. Vairo pág. 128
- **Notas Suicidas en Pacientes Mayores de 65 Años: Estudio Comparativo (Datos Preliminares)**, M. Ruiz, E. Dabi, M. C. Vairo, D. Matusevich, C. Finkelsztejn, J. Faccioli pág. 134
- **Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez**, D. Matusevich pág. 141
- **La clínica del proceso suicida en los ancianos y recomendaciones para su prevención. Una revisión bibliográfica**, J. C. Stagnaro pág. 146

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Sobre el suicidio y otros ensayos**, Por David Hume pág. 152

SEÑALES

- **Lecturas** pág. 157

EDITORIAL

L

a psiquiatría contemporánea se ha ocupado mucho del concepto de desesperanza para designar un estado psíquico, o más propiamente vivencial, caracterizado por una pérdida de horizontes, pobreza o pesimismo en la consideración del futuro y de la posibilidad de encontrar salida a problemas o situaciones actuales en dirección a una existencia mejor.

El término fue acuñado para oficializar como un discriminador semiológico en la clínica individual y, particularmente, se lo ha utilizado en el estudio de la psicopatología de la vejez. Sin duda, a pesar de apoyarse en fenómenos "internos", para aludir a lo psicobiológico intrínseco del sujeto, la esperanza/desesperanza suele estar condicionada por factores psicosociales –si aceptamos esa noción ambigua tan en boga– "externos" que provienen del entorno.

Podríamos preguntarnos si la desesperanza y su superación para recuperar la capacidad de vivencia de su par antinómico, la esperanza, son útiles para aplicarlos, también, a los grupos sociales, incluso a toda la gente de una región o un país. Porque, de ser así, convendría interrogarnos acerca de si los argentinos estamos en condiciones actualmente de pasar de una manera de sentir la vida a la otra.

Después de tantos Editoriales de los últimos años denunciando aspectos inaceptables de nuestra realidad social; pensados y escritos desde la impotencia, la alarma y la indignación, quizás podamos escribir éste desde otra posición subjetiva. Quizás se pueda creer que es posible cambiar lo que nos aqueja. Quizás sea posible salir de la desesperanza... Esta expresión de deseos brota casi al unísono de la boca de los argentinos en los últimos tiempos: "Vamos a ver"... "Parece que empiezan bien"... "Si todo sigue así me hago k..." Y es bueno que renazca la esperanza.

Pero también es bueno conservar y ejercitar la memoria. Porque de nada vale declamar la esperanza proyectando en los responsables políticos (ahora devenidos en objetos idealizados) la responsabilidad de sacarnos de la desesperanza por arte y magia de su honestidad y propósito de trabajo. Hoy como ayer seguimos siendo responsables de nuestro destino colectivo, de cuyo rumbo –debemos aceptarlo aunque cueste– no siempre nos ocupamos, delegándolo por comodidad, indolencia o interés en otros que administraron mal, dilapidaron o, lisa y llanamente, robaron nuestra riqueza y nuestro futuro. Es justamente porque tenemos indicios de brisas de cambio que en lugar de sentarnos a esperar debemos redoblar la participación vigilante y entusiasta en lo que vaya en el sentido de lo tan largamente esperado.

Esta posición, necesaria en todos los dominios de la vida pública de nuestro país, es más acuciante en el ámbito de la Salud Pública, porque la desnutrición, los virus y las bacterias, los partos, los infartos, los cánceres y las descompensaciones mentales no esperan las negociaciones lógicamente necesarias para poner los negocios del Estado sobre sus rieles. Y todo lo que hace y se hace en un país, por sobre las cifras de su producción, la excelencia de su tecnología, la potencia de su ciencia o de sus ejércitos tiene una sola y básica justificación: la vida de sus habitantes. Y, entendiéndose bien, antes que el nivel de vida, que debe ser todo lo justamente bueno que se necesite, es necesaria la vida a secas. Vigilemos eso, como médicos y como ciudadanos, controlemos, fiscalicemos, sostengamos lo bueno que se inaugure con nuestra presencia y participación y entonces estaremos saliendo, en la acción colectiva y solidaria, de la desesperanza ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

- 1) Articles for publication must be sent to **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, Moreno 1785, 5° piso, (C1093ABG), Buenos Aires, Argentina.
- 2) Articles submitted for publication must be original material. The author must send to the attention of the Editorial Board three printed copies of the article and one copy in PC, 3.5" DS/HD diskette, indicating the software program used and the file name of the document. The title of submitted article must be short and precise and must include the following: author/s name/s, academic titles, institutional position titles and affiliations, postal address, telephone and facsimile number and electronic mail address (e-mail). The article must be accompanied by a one page summary with the title in English. This summary must be written in Spanish and English languages, and consists of up to 150 words and should include 4/5 key words. The text itself must have a length of up to 15 pages, (approx. 1620 characters each page).
- 3) Bibliographical references shall be listed in alphabetical order and with ascending numbers at the end of the article. The corresponding number of each references must be included in the text. Example:
Text: "The work on schizophrenia in young people (4) has been reviewed by others authors (1).
Bibliography: 1. Adams, J., ...
4. De López, P.,

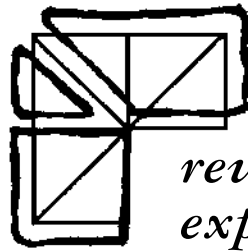
- a) Journals and Periodicals publications: author/s surname name/s, initials of first and second name/e, title, name and year of publication, indicating volume number, issue number, and first and last page of the article.
 - b) Books: surname of author/s, initials of first and second name/s, title of the book, city of edition, editor's name, year of publication.
- 4) Other notes (explicative, etc.) must be indicated with an asterisk in the text and must be presented in only one page.
 - 5) Tables and graphics shall be presented each in a single page including its corresponding text and must be carefully numbered. They would be presented in such a way to allow print reduction if necessary.
 - 6) At list two members of the Scientific Committee, that will remain anonymous, must read the article for reviewing purposes. The author shall remain anonymous to them. Reviewers must inform the Editorial Board about the convenience or not of publishing the article and, should it be deemed advisable, they will suggest changes in order to publish the article.
 - 7) The views expressed by the authors are not necessarily endorsed by the Editors, neither the opinions of persons expressed in interviews.
 - 8) The Editorial Board will not return the printed articles.
 - 9) All articles accepted by the Editorial Board cannot be reproduced in other magazine or publication without the authorization of Vertex editorship.

RÈGLEMENT DE PUBLICATIONS

- 1) Les articles doivent être adressés à la rédaction: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Les articles doivent être originaux. Ils doivent être présentés sur disquette (préciser le logiciel et la version utilisée, le nom du document) et accompagnés d'une version papier en 3 exemplaires. Le titre doit être court et précis. Les articles comportent, les noms et prénoms des auteurs, la profession, si cela est le cas, les fonctions institutionnelles, l'adresse, les numéros de téléphone et de fax, le courrier électronique. Sur une feuille à part, doivent figurer : 4 ou 5 mots-clé, les résumés, en espagnol et en anglais, qui ne peuvent excéder 150 mots, le titre de l'article en anglais. Le texte complet de l'article ne doit pas dépasser 12 à 15 pages (format 21X29,7), et comprendre approximativement 1620 signes par pages.
- 3) Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique en fin de texte, puis numérotées par ordre croissant. C'est le numéro qui correspond à chaque référence qui sera indiqué entre parenthèses dans le texte. Exemple :
Texte : le travail qui mentionne la schizophrénie chez les jeunes(4) a été revu par des auteurs postérieurs(1).
Bibliographie: 1. Adams, J.,...
4. De López, P.,...

 - a) s'il s'agit d'un article, citer : les noms et les initiales des prénoms des auteurs, le titre de l'article, le nom de la revue, l'année de parution, le volume, le numéro, la pagination, première et dernière page.
 - b) S'il s'agit d'un livre : noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution.

- 4) Les notes en bas de page sont signalées dans le texte par un astérisque* et consignées sur une feuille à part, qui suit immédiatement la page du texte auquel se réfère la note.
- 5) Les graphiques et les tableaux sont référencés dans le texte, présentés en annexe et soigneusement numérotés afin de faciliter une éventuelle réduction.
- 6) L'article sera lu par, au moins, deux membres du Comité scientifique – sous couvert de l'anonymat des auteurs et des lecteurs. Ces derniers informeront le Comité de rédaction de leur décision : article accepté ou refusé, demande de changements.
- 7) La revue n'est pas tenue pour responsable du contenu et des opinions énoncées dans les articles signés, qui n'engagent que leurs auteurs.
- 8) Les exemplaires des articles reçus par Vertex, ne sont pas restitués.
- 9) Les auteurs s'engagent à ne publier, dans une autre revue ou publication, un article accepté qu'après accord du Comité de rédaction.



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Estudio abierto randomizado sobre el uso de Ranitidina a diferentes dosis para el control del aumento de peso asociado a la administración de Olanzapina

Andrea López-Mato

Médica psiquiatra (UBA). Docente de postgrado de Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), UBA y U.Barceló.
Directora del Instituto de Psiquiatría Biológica Integral (IPBI). Azcuénaga 1077, 3° B, Bs. As. E-mail: ipbi@arnet.com.ar

Jorge Rovner

Médico psiquiatra. Docente autorizado UBA. Miembro del CANP

Alejandra Vieitez

Médica psiquiatra (UBA). Area asistencial (IPBI).

Gonzalo Illa

Médico psiquiatra (UBA). Area docencia e investigación (IPBI)

Oscar Boulosa

Médico psiquiatra (UBA). Docente de PNIE. Co-director del IPBI

Resumen

El potencial aumento de peso debiera ser tomado en cuenta en pacientes que inician tratamiento con Olanzapina. Si bien la decisión de usar una molécula debe tener en cuenta su eficacia, eficiencia y perfil de efectos de adversos, se admite que el aumento de peso puede eventualmente comprometer la salud del paciente y la adherencia al tratamiento indicado para condiciones psiquiátricas severas. Existen eficaces y terapéuticas intervenciones farmacológicas preventivas para controlar este efecto adverso. En este estudio, la administración concomitante de ranitidina previno o corrigió el aumento de peso en 59.6% de los casos. Los pacientes que siguieron un tratamiento con olanzapina en dosis habituales mostraron los siguientes resultados: olanzapina sin ranitidina, exhibieron un aumento promedio de peso de 3,4 kilogramos, con un rango entre -2.5 y +16 kg. Esto implicó un aumento promedio de IMC de 1,19 para este grupo. Pacientes tratados adicionalmente con Ranitidina en dosis de 300 mg/día, mostraron un aumento promedio de peso 0.9 kilogramos con un rango entre -4 y +10.6 kg, implicando un aumento promedio de IMC de 0,34. En pacientes tratados con ranitidina en dosis de 600 mg/día, la curva de aumento de peso tendió a normalizarse con un decremento de 1,6 kilogramo con un rango entre -15 y +7 kilogramos, implicando una disminución de 0,6 puntos en el IMC. Mientras investigaciones más extensas son necesarias, este estudio estuvo destinado a demostrar que podemos contar con respuestas potencialmente simples y útiles para el tratamiento del aumento de peso asociado al uso de olanzapina. La relación riesgo/beneficio es el paradigma de la práctica de la medicina. En el caso de olanzapina, la balanza claramente se inclina a favor de este último, haciéndola la droga de elección en el tratamiento de la Esquizofrenia y otros desordenes psicóticos.

Palabras clave: Olanzapina – Ranitidina – Aumento de peso – Manejo – IMC.

RANDOMIZED, OPEN LABEL STUDY ON THE USE OF RANITIDINE AT DIFFERENT DOSES FOR THE MANAGEMENT OF WEIGHT GAIN ASSOCIATED WITH OLANZAPINE ADMINISTRATION

Summary

Potential weight gain must be taken into account in the patient's comprehensive treatment approach when initiating antipsychotic treatment with Olanzapine. There are effective preventive and therapeutic pharmacological interventions to control this adverse effect. Not addressing this eventual treatment aspect of Olanzapine treatment may compromise the patient's health and his/her compliance with the pharmacological treatment indicated in serious psychiatric conditions. The decision to use a molecule must be made taking into account its efficacy, efficiency and adverse effect profile. In this study, concomitant administration of Ranitidine prevented or corrected weight gain in 59.6% of cases. Patients followed by 16 weeks had shown the following results: Olanzapine without Ranitidine, exhibited an average weight gain of 3.4 kilograms, ranging between -2.5 and +16 kg. This implies an average increase of 1.19 in BMI for this group. Patients treated additionally with Ranitidine at doses of 300 mg, a 0.9 kilogram weight gain ranging between -4 and +10.6 kg was observed, implying an average BMI change of 0.34. In patients treated with Ranitidine at doses of 600 mg, the weight gain curve trended toward normalization with a 1.6 kilogram decrease, ranging between -15 and +7 kilograms, accounting for a decrease of 0.6 points in BMI. While more extensive studies are required, our interest with this study is to demonstrate that we can count on a potentially simple and useful response for the treatment of weight gain associated with Olanzapine use. The risk/benefit ratio is a paradigm in the practice of medicine. In the case of Olanzapine, the scale clearly tips in favor of the latter, making it the drug of choice in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders.

Key Words: Olanzapine – Ranitidine – Weight Gain – Management – BMI.

Introducción

La Olanzapina es un efectivo agente antipsicótico utilizado para el tratamiento de los desórdenes psicóticos, incluyendo esquizofrenia y trastornos relacionados. Los datos de los estudios preclínicos indican que tiene una significativa actividad sobre la neurotransmisión dopaminérgica, serotoninérgica, muscarínica, α_1 -adrenérgica e histaminérgica.

Los hallazgos clínicos confirman que la Olanzapina reúne los criterios para "atipicidad". Es comparable a haloperidol y superior a placebo en el tratamiento de síntomas positivos(4, 5, 29). Demostró una eficacia superior en síntomas negativos cuando se compara tanto con placebo como con Haloperidol, produciendo sustancialmente menos elevación de prolactina sérica que este neuroleptico(29). La olanzapina ha demostrado fehacientemente ser eficaz en todos los cotejos sintomáticos de la esquizofrenia. Gran cantidad de trabajos publicados en la literatura en los últimos años avala su acción sobre síntomas positivos (con dosis entre 12.5 y 20 mg/día), síntomas negativos primarios o secundarios, síntomas afectivos y síntomas cognitivos(28), donde por su acción proglutamérgica es la molécula de elección(26). En referencia a seguridad, los síntomas extrapiramidales (incluyendo disquinesia tardía) ocurren menos frecuentemente con olanzapina en comparación con neurolepticos tipo Haloperidol(5, 29). Trabajos recientes de investigadores ingleses muestran también su eficacia en esquizofrenia refractaria, similar a la Clozapina(15). La nueva presentación de su forma inyectable (con doble de potencia que la forma oral y vida media de 30 hs) la harán de suma utilidad en el control de síntomas de excitación o agitación en pacientes agudos (incluyendo pacientes esquizofrénicos, maníacos y con demencia de tipo Alzheimer).

Aumento de peso asociado a Olanzapina

El único efecto colateral de relevancia clínica reconocido por el Consenso Internacional sobre el uso y la utilización de antipsicóticos de segunda generación, realizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), y revalidado por un grupo de expertos en Argentina es la ganancia de peso(22, 17).

Con respecto a este punto, las drogas antipsicóticas con mayor riesgo de producir ganancia de peso son aquellas con menor cociente $D_{2/5}$ -HT₂, mayor afinidad H₁, H₂ y actividad anticolinérgica(31, 30).

Así, la Clozapina es la que mayor aumento de peso irreversible detenta(27, 32). La Tioridazina y la Olanzapina son equipotentes al respecto, seguidas por la Quetiapina y la Risperidona.

Por otra parte, las drogas que producen hiperprolactinemia –drogas con fuerte antagonismo D₂– (Butirofenonas o Risperidona en dosis altas), estarían frecuentemente asociadas a la producción de resistencia insulínica, por aumento del índice androgénico, secundario a la elevación de prolactina(2).

La Olanzapina se encuentra entonces entre los muchos antipsicóticos asociados a aumento de peso. (1, 14, 20, 7, 29). El mecanismo o los mecanismos de esa ganancia de peso no están aún completamente aclarados, aunque el antagonismo de los receptores serotoninérgicos, especialmente el 5HT_{2C}, y de los receptores a histamina ha sido hipotetizado como posible responsable.

En un estudio internacional en 52 semanas con 1996 pacientes, la tasa promedio de ganancia de peso semanal con Olanzapina estuvo en los 0,32 kg/semana, para las primeras 6 semanas. Esta tasa se redujo a 0,11 kg/semana tras 30 semanas de tratamiento y 0,07 kg/semana después de 52 semanas. Análisis categoriales, considerando desde la línea de base hasta el año de tratamiento, indicaron que aproximadamente el 24 % de pacientes no había ganado ni perdido peso, el 25% aumentó entre 0 y 10 libras (aproximadamente 4,5 kg), el 39% ganó entre 10 y 30 libras (entre 4,5 y 13,6 kg) y solo el 12% aumentó más de 30 libras (13,6 kg). Los autores concluyen que el patrón de aumento de peso relacionado al uso de Olanzapina sigue una trayectoria ascendente en los primeros 4 a 6 meses de tratamiento, tiempo en el cual el aumento tiende a mesetarse(11).

Esta ganancia de peso está cobrando mayor interés a la luz de las potenciales consecuencias que conlleva (entre ellas hipertrigliceridemia o insulinoresistencia), lo que ha sido objeto de varias revisiones y publicaciones recientes(2, 6, 18, 16).

Los predictores clínicos de aumento de peso asociados a Olanzapina que se encontraron en las bases de datos de los estudios de registro incluyeron:

- bajo índice Masa Corporal (IMC) basal,
- buena respuesta clínica a Olanzapina,
- incremento del apetito con preferencia por ingesta de hidratos de carbono,
- falta de relación con la dosis de inicio(2, 30, 31, 11, 3).

En nuestra experiencia también podrían ser considerados más propensos al aumento de peso los pacientes:

- Jóvenes (por sedentarismo, menor adherencia al

cumplimiento de consejos higiénico-dietéticos, mayor consumo de comidas y gaseosas hiperhidrocarbonadas),

- Sexo femenino (mayor incidencia de factores hormonales que influyen negativamente en la regulación ponderal),
- Pacientes bipolares con relación a pacientes esquizofrénicos,
- Personalidad narcisística (no está determinado si hay mayor incidencia real o mayor preocupación al respecto),
- Presencia de historia personal o familiar de obesidad (mecanismos genéticos alterados de respuesta a la acción hipotalámica reguladora de las leptinas).

Es de suma importancia recalcar que el aumento de peso correlaciona con la mejoría sintomática, sobre todo con la resocialización y la recuperación de la autoestima. Esto hace que el sobrepeso preocupe más a la familia que al paciente. Recordemos que desde la era pre-neuroléptica se correlaciona el aumento de peso con la mejoría de la psicosis(12).

El criterio más aceptado es que el aumento de peso es a expensas del aumento de la ingesta y sobre todo del consumo de hidratos de carbono. Esto se debe probablemente a una acción selectiva del metabolito activo N-desmetilolanzapina(19). Así, se sugiere que la Olanzapina aumentaría la necesidad de la ingesta, al mismo tiempo que enlentecería el catabolismo de los hidratos de carbono. Hay que recalcar que en muchos casos de la práctica diaria la ganancia de peso es a expensas de bebidas azucaradas, siendo frecuente observar que a los mecanismos intrínsecos de ganancia ponderal de Olanzapina se agregue polidipsia psicógena, muy frecuente en los pacientes psicóticos.

Intervenciones farmacológicas para el aumento de peso

Actualmente no existen intervenciones bien establecidas para prevenir el aumento de peso asociado al uso de moléculas con actividad antipsicótica. Siendo incuestionable la eficacia y la seguridad de Olanzapina en el control de la esquizofrenia, surgen en distintos grupos de investigación estrategias para evitar o contrarrestar este aumento de peso. Todas ellas se basan en un intento de corregir los mecanismos neuropeptídicos involucrados en el exquisito control de ingesta y saciedad. Una revisión exhaustiva de los mismos excede el interés de este trabajo pero sabemos hoy que la desregulación más relevante de la acción de Olanzapina parece

relacionarse con factores de leptinorresistencia, acción aumentada de GHrelinas y probable desregulación de mecanismos compensatorios a nivel del núcleo arcuato y del núcleo MCr4 hipotalámicos(17).

Varias estrategias han sido publicadas internacionalmente (muchas de las cuales han sido utilizadas por nuestro equipo de trabajo). Ellas son la coadministración de:

- *Estrógenos* (por su acción sobre el adipocito);
- *Metformina* (por su acción sobre la resistencia insulínica);
- *Sibutramina* (por su acción sobre los receptores 5-HT1B y 5-HT2);
- *Fluoxetina* (por su acción sobre el receptor 5-HT₂ y por disminuir el NP-Y);
- *Amantadina* (por su acción dopaminérgica);
- *Quetiapina* (por ser el único antipsicótico que produce disminución de peso);
- *Topiramato* (por su acción central sobre el núcleo paraventricular del hipotálamo);
- *Orlistat* (por su acción sobre el metabolismo de los lípidos);
- *CCK* (por su acción saciόgena central y periférica) y moléculas relacionadas al mismo, tipo bloqueantes H₂.

Estrógenos

Estas hormonas actúan sobre el adipocito produciendo anorexia y redistribución del tejido graso. Baptista propone el uso de estrógenos en bajas dosis basado en la buena respuesta obtenida por la adición de los mismos a la terapéutica con Sulpirida o Amisulpride. No creemos que ésta sea una medida de utilidad en el caso de Olanzapina, ya que el mecanismo de acción de esas dos moléculas sería prolactino-dependiente(2).

Metformina

La adición de hipoglucemiantes orales al tratamiento de antipsicóticos también fue descripta originalmente por Baptista(2). Nuestro equipo había reportado los casos de tres pacientes diabéticos no insulino-dependientes y dos medicados con hipoglucemiantes orales, en tratamiento con Olanzapina, debido a intolerancia o falta de respuesta a la medicación antipsicótica previa, que habían bajado de peso durante el tratamiento sin desnivelar sus glucemias. La bibliografía publicada nos hizo entender que no era la enfermedad sino la medicación hipoglucemiante

la responsable de este efecto. Basados en esta observación, administramos Metformina en forma de liberación retardada en cuatro pacientes con aumento de peso. Realizábamos glucemias semanales sin obtener hipoglucemias severas. El efecto indeseable más temido de esta administración sería la acidosis láctica (aunque esta posibilidad es extremadamente rara). Obtuvimos descensos de peso objetivables pero la disponibilidad de medidas de más fácil manejo para conseguir, evitar o detener el aumento de peso nos hizo no persistir en este intento.

Sibutramina

La Sibutramina es un moderado inhibidor de la bomba de recaptura de NA y 5-HT. Esto le confiere propiedades anorexígenas y lipolíticas por acción central, produciendo aumento de 5-HT en el núcleo paraventricular hipotalámico y por antagonismo competitivo noradrenérgico. Está probado su efecto como anorexígeno en obesos no psicóticos, en dosis de 10 a 30 mg/día. Se postula su utilidad en esquizofrénicos tratados con Olanzapina(10).

No hemos podido reproducir este efecto y tememos que la desinhibición noradrenérgica agrave conductas de agresividad o agitación en nuestros pacientes.

Fluoxetina

Su efecto de bloqueo sobre la bomba de 5-HT y su antagonismo 5-HT₂ la hacían pasible de ser un buen inhibidor del aumento de peso producido por antipsicóticos. Lamentablemente este efecto no es considerable en la clínica de pacientes esquizofrénicos. Tal vez sea útil en bipolares. La próxima llegada al mercado de un compuesto que integran Olanzapina y Fluoxetina combinadas en dosis variables para la terapéutica de depresiones difíciles de tratar (refractarias, bipolares o psicóticas) nos permitirá tener más información sobre el particular.

Amantadina

Se ha postulado su uso por efecto agonista D1 y D₂. Un estudio reciente que dirigió Deberdt en Bélgica con 12 pacientes usando entre 100 y 300 mg/día de Amantadina concomitante con el uso de Olanzapina (dosis media de 8,3 mg/día +2.2) mostró buen control de aumento de peso en un tratamiento durante 46 semanas(8). Floris también la utiliza con

buenos resultados en dosis de 100 a 300 mg/día(9). Logra normalización del peso en pocas semanas en pacientes con importante aumento producido por Olanzapina. Nosotros creemos que, debido a la posibilidad que presenta todo agonista dopaminérgico de gatillar la reinstalación de sintomatología productiva florida, debe ser utilizada con suma cautela.

Topiramato

Esta molécula antirrecurrencial presenta acción múltiple sobre sistemas iónicos y segundos mensajeros. Además está descrita una acción específica sobre el núcleo paraventricular (PVN) hipotalámico, aumentando en forma inespecífica todos los mecanismos de saciedad. Su acción anorexígena y catabólica es bien conocida. Su administración en dosis mayores de 200 mg/día, conjuntamente con el antipsicótico, evita el aumento de peso o produce la restitución ponderal una vez instaurada. Hemos utilizado la asociación antes mencionada en muchos pacientes con buenos resultados. Sin embargo, el embotamiento que produce el topiramato como efecto colateral así como el enlentecimiento psicomotor, impiden su uso en formas defectuales o con grave componente cognitivo. En formas paranoides puede aumentar las dispercepciones.

Quetiapina

La Quetiapina es otro antipsicótico atípico con acción sobre los distintos cotejos sintomáticos de la esquizofrenia. Su acción es dosis dependiente y no parece ser efectiva sobre síntomas negativos. Son varios los trabajos en la literatura que refieren disminución del apetito y del peso tras su administración. Estudios europeos proponen la asociación de Quetiapina y Olanzapina para evitar el aumento de peso.

En nuestro equipo de trabajo tenemos vasta experiencia en este esquema de administración simultánea. Una vez estabilizado el paciente esquizofrénico, disminuimos la dosis de Olanzapina a dos tercios y agregamos entre 150 y 200 mg/día de Quetiapina, logrando mantener el efecto terapéutico de estabilización de la psicosis y paralelamente disminución del peso. No hemos obtenido buenos resultados con la sustitución completa, ya que para el control de los síntomas psicóticos no resultó tan efectiva.

Orlistat

Esta molécula de amplia utilización en el trata-

miento de la obesidad, no resulta efectiva en el aumento de peso por antipsicóticos. Su mecanismo de acción involucra la inhibición enzimática de la conversión de triglicéridos en monoglicéridos a nivel intestinal, impidiendo su absorción. Ya que el aumento de peso producido por los antipsicóticos es dependiente del metabolismo de los hidratos de carbono, una molécula de acción selectiva sobre grasas carece de utilidad terapéutica. Varios trabajos avalan esta postura.

Colecistoquinina y moléculas relacionadas

La Colecistoquinina (CCK) es la molécula saciadora más importante del organismo. Su secreción es intestinal y pancreática pero actúa sobre receptores hipotalámicos y suprahipotalámicos para detener la ingesta, en acción coordinada con leptinas y otras adipohormonas. Es un péptido de 40 AA, de los cuales los últimos 8 son los biológicamente activos. La gastrina está compuesta por los últimos 4 AA de la molécula, siendo también importante su acción en los mecanismos saciadores(17).

Se están desarrollando análogos de la molécula para el tratamiento de la obesidad(25, 21).

En un estudio con 60 individuos con sobrepeso, se reportó que la cimetidina, un antagonista de receptores histaminérgicos H₂, disminuía el apetito y bloqueaba el aumento de peso (25). En otro estudio con pacientes diabéticos tipo II, el mismo grupo investigador halló que el uso de Cimetidina resultaba en reducción de peso (25). Como conclusión de ambos trabajos, Stoa-Birketvedt demostró la utilidad de la administración de 200 mg/día de Cimetidina (usando como comparador placebo) antes de cada comida como anorexígeno, atribuyendo ese efecto al antagonismo H₂ y no a disminución de la secreción ácida gástrica.

Esta hipótesis parece confirmarse con la administración en humanos de 400 mg/día de Cimetidina. Este grupo de investigadores realiza la medición de la concentración plasmática pre y postprandial de CCK y de gastrina y concluye que se halla más involucrada la CCK, detectando un sostenido aumento preprandial de CCK y postprandial de gastrina(25).

Otros trabajos con Nizatidina (otro fármaco antagonista H₂, no disponible en nuestro país) corroboran esta hipótesis. Los resultados de un reciente estudio multicéntrico con 150 pacientes enrolados en 20 centros norteamericanos donde se les administraron, de inicio, dosis de 150 o 300 mg/día de la droga a pacientes en tratamiento con Olanzapina en dosis variables, comparados con otro grupo

que recibió solamente el antipsicótico muestran cómo dosis altas de Nizatidina tendrían efecto preventivo del aumento de peso asociado al uso de Olanzapina.

Surge así el tratamiento con antagonistas H₂ como recurso terapéutico, efectivo y carente de riesgos, para evitar o contrarrestar el aumento de peso en pacientes esquizofrénicos en tratamiento con Olanzapina.

Plan Investigacional

Como se menciona con anterioridad los estudios internacionales con fármacos antagonistas del receptor H₂ (cimetidina, nizatidina) han evidenciado que los mismos pueden ser responsables de la prevención y/o disminución de peso. Para este trabajo hemos seleccionado la ranitidina por ser el fármaco más accesible de este grupo, en nuestro medio.

Presentamos en este trabajo los resultados de la coadministración de Ranitidina en dosis de 300 o 600 mg/día en pacientes con Esquizofrenia y Psicosis Relacionadas y Trastorno Bipolar, patologías para las que la Olanzapina se halla aprobada por FDA y ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de Argentina), comparándolos con un grupo de similares características que recibía Olanzapina sin el agregado de antagonistas H₂.

Objetivos

Se propone como objetivo primario de este estudio, evaluar el efecto que tiene la Ranitidina en prevenir y/o disminuir aumentos progresivos de peso, relacionados al uso de Olanzapina.

Se propone como objetivo secundario es evaluar la seguridad que ofrece el uso concomitante de Olanzapina junto a Ranitidina durante 16 semanas.

Materiales y métodos

En un estudio abierto se incluyeron 90 pacientes ambulatorios o internados (provenientes de varios centros de atención en salud mental públicos y privados de varias regiones de la Argentina) a una de tres ramas de tratamiento según se describe más abajo.

Se incorporaron pacientes entre 18 y 70 años cumplidos al inicio de la experiencia, que reunieran criterios diagnósticos según el DSM-IV para patologías aprobadas para el uso de Olanzapina. El tiempo de tratamiento máximo con Olanzapina no debía superar los tres meses previos al momento de la inclusión del

Tabla 1

Medicamentos excluidos durante el estudio

Amantadina
Anfetaminas y derivados
Anorexígenos
Antihistamínicos
Antidepresivos (que conocidamente produzcan variaciones en el peso)
Buspirona
Corticoesteroides sistémicos
Ciproheptadina
Antagonistas H ₂
Litio
Mazindol
Neurolépticos (promazínicos o aquéllos que se presuman asociados a aumento de peso)
Orlistat
Antipsicóticos Atípicos
Sibutramina
Terapia de reemplazo estrogénica de dosis altas
Topiramato
Valproatos
Hierbas para el descenso de peso (se hallen o no validadas como causantes de descenso de peso)

paciente en el estudio, con el objeto de evitar incluir a aquéllos que hubieran, por evolución natural, mesetado su aumento de peso (recordemos que éste es máximo en los primeros meses de tratamiento y se estaciona a partir del noveno mes). Para ingresar en la experiencia, los pacientes debían haber registrado un aumento de peso de al menos 5% respecto al basal desde el comienzo del tratamiento con Olanzapina (para no incluir pacientes que pudieran corresponder al 24% descripto internacionalmente como no aumentadores de peso durante el tratamiento)(29).

Un informe de consentimiento fue obtenido de los pacientes o sus tutores legales previo a la inclusión en el estudio.

No se incluyeron en el estudio a pacientes que cumplieran con alguno de los siguientes criterios:

1. Ser investigador o un familiar inmediato;

2. Estar tratados con anterioridad con otro agente antipsicótico atípico dentro de los últimos 6 meses previos a su inclusión en la experiencia;

3. Recibir tratamiento con antipsicóticos de depósito, dentro de la ventana recomendada para cada medicación de depósito;

4. Estar embarazada o lactando;

5. Padecer patología significativa descrita en el eje II del DSM IV;

6. Presentar enfermedad clínica significativa, no adecuadamente controlada, que podría influir en los resultados de la experiencia o justificar internación no psiquiátrica en el lapso de duración del estudio;

7. Cursar patología endocrina o metabólica no corregida;

8. Presentar epilepsia o enfermedad neurológica sobregregada;

9. Poseer glaucoma de ángulo estrecho;

10. Tener historia previa de reacción alérgica a Olanzapina o Ranitidina;

11. Recibir alguno de los medicamentos detallados en la tabla 1;

12. Reunir los criterios para diagnóstico (según DSM IV) de dependencia de sustancias dentro de los 2 meses previos a la participación en la experiencia y/o signo-sintomatología que, en opinión del investigador, podría afectar la dieta o el peso de los pacientes;

13. Presentar enfermedad clínica que cause pérdida activa de peso, incluyendo enfermedades catabólicas (ver Tabla 1).

Los pacientes fueron asignados en forma aleatoria a una de las siguientes tres ramas de tratamiento:

1. **Grupo 1:** Olanzapina, de 5 a 20 mg/día, en cualquiera de las presentaciones orales, en una toma diaria. La dosis era flexible y decidida según criterio médico, dependiendo de la evolución del paciente.

2. **Grupo 2:** Igual esquema de tratamiento con Olanzapina, adicionando Ranitidina 300 mg/día con la cena.

3. **Grupo 3:** Olanzapina en igual forma que las dos primeras, adicionando Ranitidina 600 mg/día con la cena.

Los pacientes podían, a su propio juicio o al del investigador, salir del estudio o ser pasados a otro tratamiento.

Fueron tomadas 3 evaluaciones a lo largo del estudio; la inicial coincidió con el día en el que el paciente se incorporó a la experiencia. Otra intermedia entre las 6 y 8 semanas del inicio del estudio. La última evaluación se efectuó, entre las semanas 14 y 16 del inicio de la experiencia.

Se realizaron evaluaciones de eficacia, seguridad y generales.

Tabla 3

Dosis [mg/día]	Inicial	A las 8 semanas	A las 16 semanas	
Grupo 1	10,6	10,8	10,6	P= 0,98
Grupo 2	10,5	10,7	11,3	P= 0,78
Grupo 3	12,7	12,7	12,7	P= 1
	P= 0,09	P= 0,15	P= 0,18	

A. Entre las medidas de eficacia se constató la evolución de síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos según reportes subjetivos y objetivos. Es decir, se evaluó mediante escalas visuales análogas, el apego al tratamiento y la evolución clínica psiquiátrica del cuadro de base del paciente, desglosados por cotejos sintomáticos (según tabla 3). Los resultados serán objeto de futuras publicaciones.

Asimismo, los pacientes debieron completar escalas relacionadas con:

- el control de la ingesta con horario circadiano, con especial referencia a cambios en su apetito, su sed y su preferencia por algún nutriente en particular;
 - cualquier cambio en la actividad física tanto en ritmo como en intensidad;
 - cualquier cambio en el ritmo de sueño-vigilia.
- En las medidas generales se consignaron los siguientes datos:
- signos vitales;
 - altura;
 - peso en kilogramos con ropa liviana (en el caso de mujeres fértiles el peso ha sido tomado en cada ocasión en la misma fase del ciclo menstrual);
 - cálculo del índice de masa corporal (IMC);
 - diámetro de la cintura en centímetros;
 - reporte de la medicación tomada (con aclaración de dosis y frecuencia);
 - reporte de efectos adversos serios (objetivados por el médico, paciente o familiar del paciente).

Resultados

El estudio fue completado por 81 pacientes, 29 en el Grupo 1, 28 en el Grupo 2 y 24 en el Grupo 3. Los abandonos se debieron a empeoramiento de síntomas psicóticos en 3 casos con requerimiento de cambio de esquema terapéutico, por enfermedad médica en 1 caso y por motivos personales (mudanzas, falta de empatía con el entrevistador, falta de control familiar en el control de la medicación) en 5 casos.

Como se puede ver en la Tabla 3, las dosis de Olanzapina no se modificaron significativamente durante el tratamiento ni dentro del mismo grupo ni entre grupos.

Los pacientes en tratamiento del **Grupo 1**, Olanzapina sin Ranitidina, presentaron aumento de peso medio de 3,4 kilogramos con rango entre -2,5 y +16 kg. Es llamativa la coincidencia con el aumento medio de 3,03 para las primeras 16 semanas del trabajo original de aprobación de la droga con 1996 pacientes de distintos centros de Estados Unidos. Esto implica un incremento promedio del IMC de 1,19 para este grupo.

En el **Grupo 2**, con dosis de 300 mg de Ranitidina se objetivó un aumento de peso de 0,9 kilogramos con rango entre -4 y +10,6 kg, lo cual implica modificación promedio del IMC en 0,34. Esto es clínicamente significativo ya que si bien no se disminuyó el aumento supuesto, sí se detuvo.

En el **Grupo 3**, con dosis de 600 mg de Ranitidina, la curva ponderal tendió a normalizarse con disminución de 1,6 kilogramos y rango entre -15 y +7 kilogramos, lo cual corresponde a una disminución de 0,6 puntos en el IMC. La tercera visita señala diferencias con significación estadística entre los pacientes de este último grupo.

En las Figuras 1 y 2 se grafican las variaciones de peso e IMC entre la visita inicial y la final, 16 semanas después, con sus valores mínimos y máximos los Intervalos de Confianza 95% inferior y superior y el promedio. En ambos casos existen diferencias significativas ($p < 0,001$) entre el Grupo 1 y el Grupo 3.

No pudimos corroborar un mayor aumento de peso en mujeres, como refieren los consensos internacionales; pudieron haber influido en esto factores culturales que incluyen un mayor cuidado del esquema corporal en las mujeres de nuestro país comparado con las de otras latitudes. *En nuestra muestra los hombres en el grupo sin ranitidina aumentaron más el IMC que las mujeres, diferencia que no llegó a ser significativa ($p=0,065$) porque se incluyeron en la muestra solo 18 mujeres y 11 varones* (Ver figura 3)

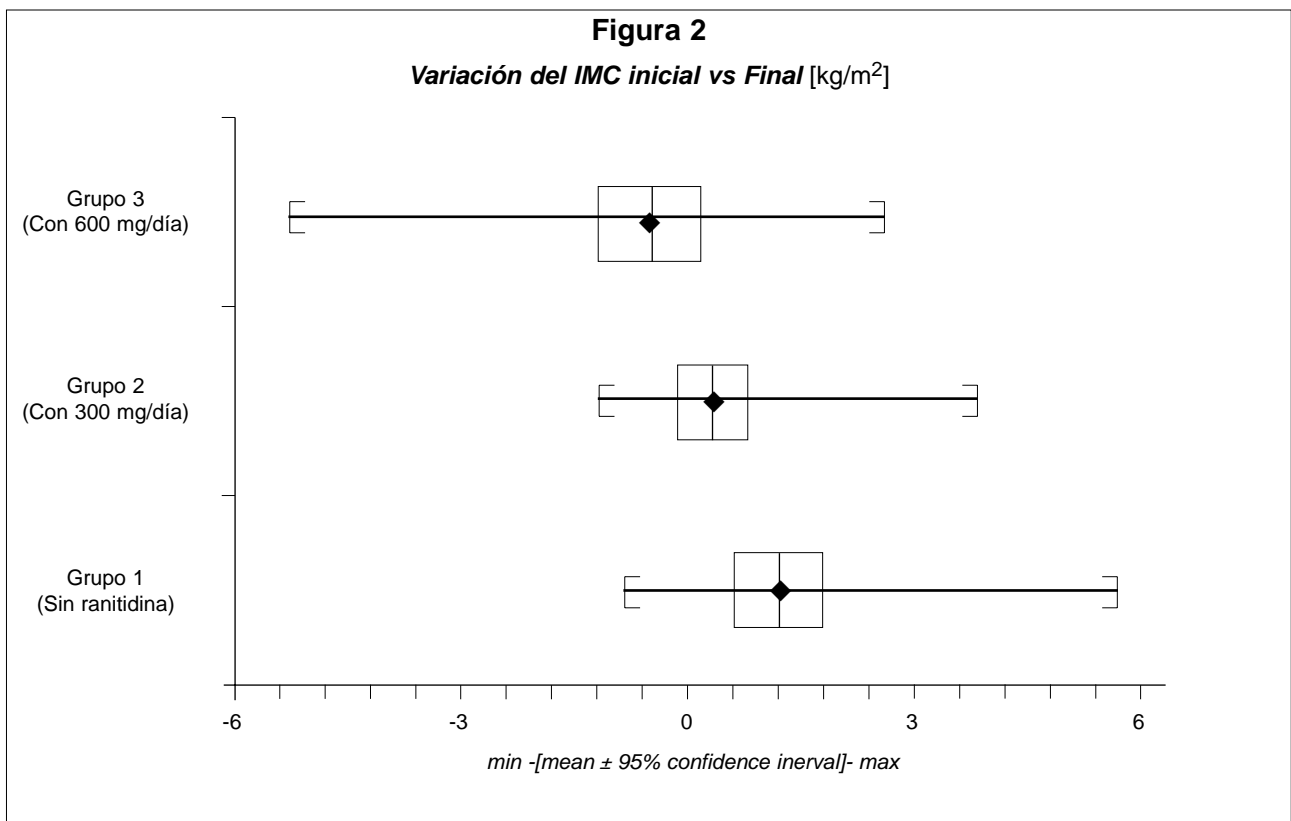
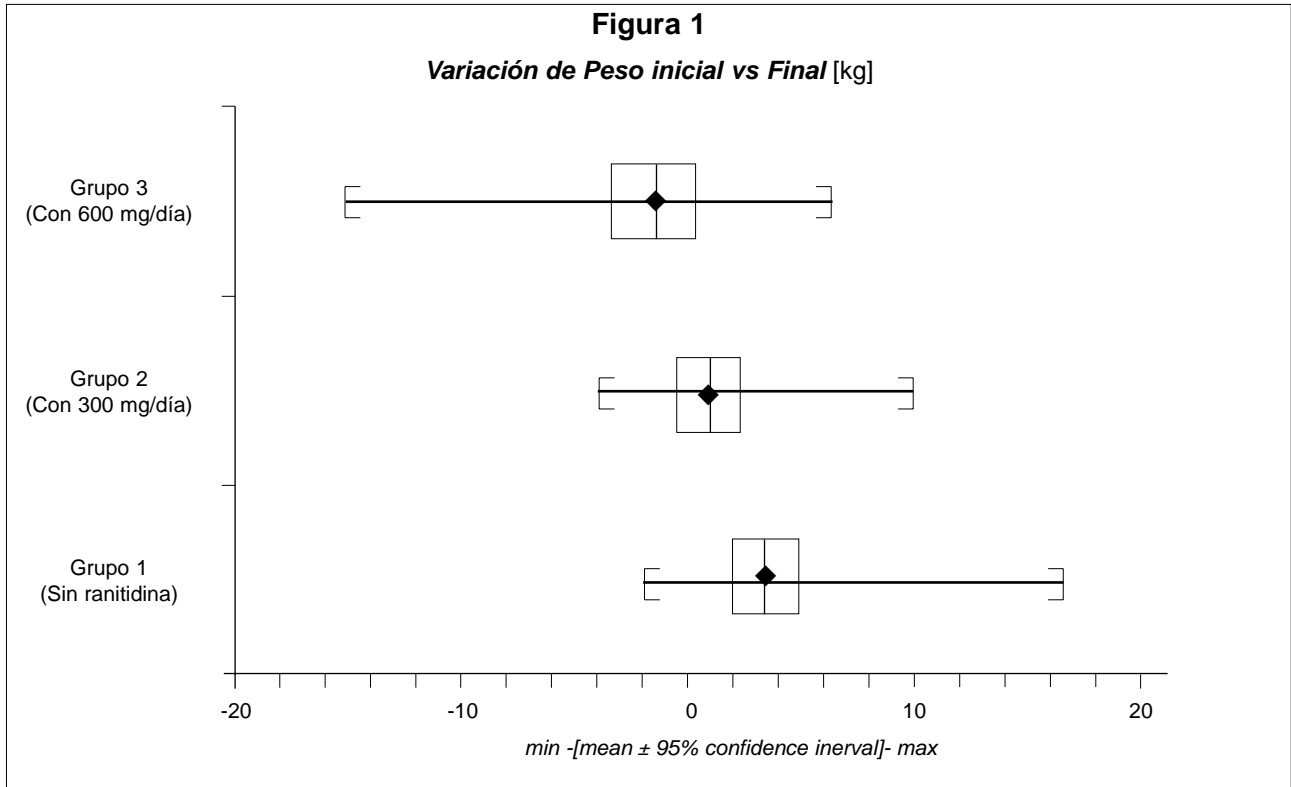


Tabla 4				
	Grupo 1 Sin Ranitidina	Grupo 2 Con 300 mg/día	Grupo 3 Con 600 mg/día	
% Pacientes con Aumento de Peso	86,2	46,4	33,3	P<0,001
% Pacientes con Aumento de Peso >7 %	27,6	14,3	8,3	P=0,12

En la Tabla 4 se representa el porcentaje de pacientes que aumentaron de peso luego de 16 semanas en los 3 Grupos. Si bien un considerable porcentaje de los pacientes aumentan de peso, solo entre un tercio y un cuarto de los mismos aumentan más del 7% de su peso corporal al inicio, por lo que podemos decir que la mayoría de los pacientes aumentan moderadamente de peso.

En la Figura 4 se observan los valores de las pendientes de las rectas de Regresión Lineal del Peso (índice de Hrothgar), constatándose un aumento promedio de 214 g/semana en el Grupo 1, 135 g / semana en el Grupo 2 y una disminución de 97 g/semana en el Grupo 3.

Discusión

El mecanismo de prevención del aumento de peso de los antagonistas H₂ asociado al uso de Olanzapina es desconocido. Stoa-Birketvedt y col. han concluido que los efectos "antiapetito" de la Cimetidina no son sólo mediados por una acumulación local de ácido gástrico y han involucrado a la Colecistoquinina, tal como se mencionó más arriba(24, 25).

Hay datos que indican que los receptores H₁ y H₂ influyen en la preferencia alimentaria en ratas(11), presumiblemente a través de circuitos de retroalimentación gástricos con "centros del apetito" centrales, los cuales pueden además estar involucrados en las propiedades putativas de control de apetito/disminución de peso de los antagonistas H₂.

En este trabajo, la administración concomitante de antagonistas H₂ evitó o corrigió el aumento de peso en el 59,6% de los casos.

Creemos que la baja tasa de abandonos (10%) en comparación a otros trabajos es que al incluirse pacientes de uno a tres meses de tratamiento se incluyó a pacientes con demostrada adherencia de base. Por otra parte la ausencia de efectos adversos facilitó el cumplimiento del tratamiento, evitándose abandonos por esta causa.

Las dosis mayores del antagonista H₂ demuestran ventajas importantes. Sin embargo la continuación del tratamiento combinado de olanzapina con 600 mg de ranitidina se meseta en su efecto reductor. Consideramos que esto se debe a que una vez lograda la disminución del peso adquirido, no se continúa el descenso por carecer la ranitidina de efecto anoréxico *per se*. En caso del tratamiento de olanzapina con 300 mg de ranitidina por más de tres meses, el mismo parece arrojar resultados clínicos alentadores (reportes preliminares de la continuación fuera de protocolo, de la administración de 300 mg/día a pacientes que habían sido incluidos en este estudio).

Creemos que tanto dosis de 300 mg/día como de 600 mg/día de Ranitidina parecen ser útiles en reducir o prevenir el aumento de peso, aunque las primeras parecen requerir un mayor tiempo de administración para mostrarse clínicamente útiles

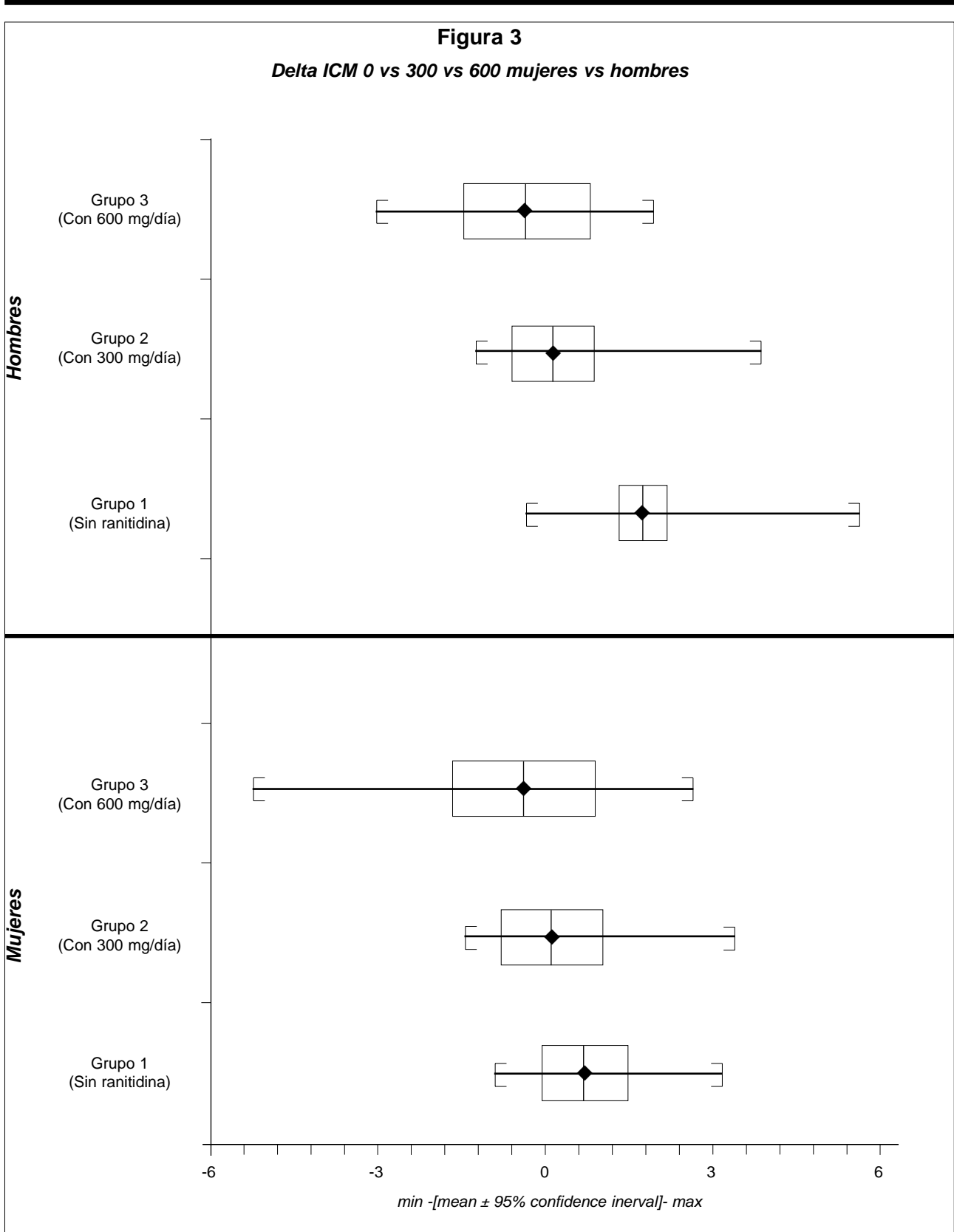
La acción intrínseca que desarrollan los antagonistas H₂ para lograr este efecto nos conduce a pensar en varios posibles mecanismos de acción:

- Aumento de gastrina, péptido saciígeno emparentado con la colecistoquinina, con el que comparte sus cuatro aminoácidos finales;

- Disminución de la secreción ácida parietal, lo cual disminuiría la producción de Ghrelinas (análogos de la hormona de crecimiento de producción estomacal secretados en medio ácido con efecto central orexígeno por acción sobre el núcleo arcuato hipotalámico);

- Aumento de la producción alcalina intestinal, lo cual a su vez aumenta la secreción de NY 336, péptido de reciente descubrimiento con efectiva acción anoréxica central sobre el mismo núcleo.

No se observaron modificaciones significativas en la evolución psiquiátrica de los cuadros de base en tratamiento; aunque podríamos hipotetizar en forma preliminar que la administración de bloqueantes H₂ puede incidir en potenciar la sedación y la consiguiente normalización de ritmos circadianos. Estas observaciones serán objeto de futuras publicaciones.



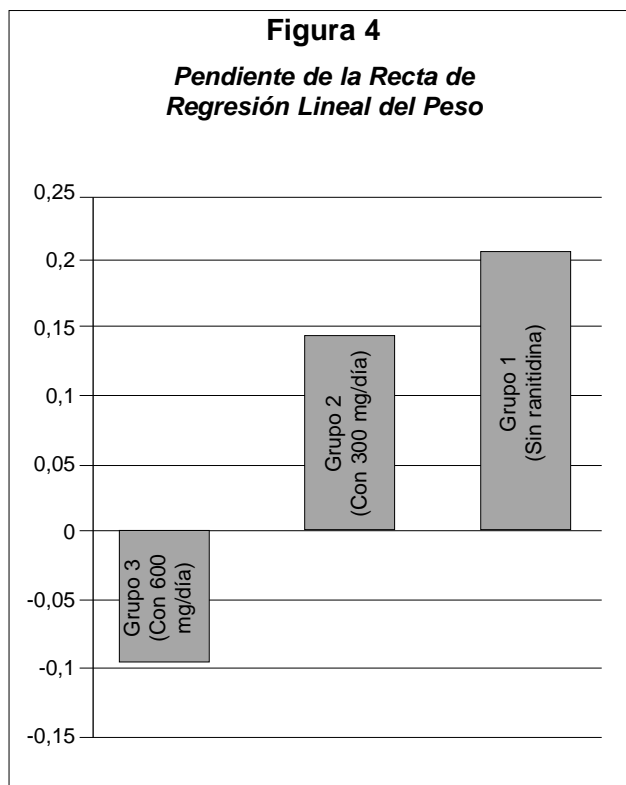
En ese sentido, podría ser de utilidad discriminar los efectos particulares de la terapéutica combinada con olanzapina y ranitidina a diferentes dosis, según diferentes indicaciones aprobadas para el uso de olanzapina y variaciones eventuales según sexo, edad y tipo de tratamiento (internados o ambulatorios).

Resulta llamativo que la coadministración de antiácidos también mejoró la sedación de los pacientes, lo cual está demostrado en pacientes geriátricos no psicóticos con la utilización de bicarbonato de sodio como hipnótico (Goodwin Michael, comunicación personal, Puerto Rico, 2001).

Conclusiones

La posible ganancia de peso cuando se inicia el tratamiento antipsicótico con Olanzapina debe ser considerada en el enfoque integral del tratamiento del paciente. Existen efectivas intervenciones farmacológicas preventivas y terapéuticas para controlar este efecto adverso. No abordar este aspecto eventual del tratamiento con Olanzapina puede comprometer la salud y la adherencia del paciente a la farmacoterapia de cuadros psiquiátricos graves. La decisión sobre la utilización de una molécula debe ser guiada por consideraciones sobre su eficacia, su eficiencia y su perfil de efectos adversos.

Si bien estudios de mayor amplitud son necesarios, es de nuestro interés mostrar, a propósito del presente trabajo, que contamos con una posible respuesta sencilla y útil en el tratamiento de la ganancia de peso asociada con el uso de Olanzapina.



La relación riesgo/beneficio es un paradigma en la práctica de la medicina. En el caso de la Olanzapina, la balanza se inclina netamente hacia el segundo, haciéndola de elección en el tratamiento de las esquizofrenias y de otros trastornos psicóticos ■

Referencias Bibliográficas

1. Amdisen A., Drug-produced obesity: experiences with chlorpromazine, perphenazine and clopenthixol. *Dan Med Bull* 1964, 11:182-189.
2. Baptista T., Body weight gain induced by antipsychotic drugs: mechanisms and management. Review article. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 100 : 3-16.
3. Basson BR, Kinon BJ, Taylos CC, Szymanski KA, Gilmore JA, Tollefson GD., Factors influencing acute weight change in patients with schizophrenia treated with olanzapine, haloperidol, or risperidone. *J Clin Psychiatry* 2001, 62 (4): 231-238.
4. Beasley CM, Sanger T., Satterlee W, Tollefson G, Tran P, Hamilton S, Olanzapine HGAP Study Group. 1996a. Olanzapine versus placebo: results of a double-blind, fixed-dose olanzapine trial. *Psychopharmacology* 1996, 124: 159-167.
5. Beasley CM, Tollefson G, Tran P, Satterlee W, Sanger T, Hamilton S., The Olanzapine HGAD Study Group. 1996b. Olanzapine versus placebo and haloperidol: Acute phase results of the North American double-blind olanzapine trial. *Neuropsychopharmacology* 1996; 14: 111-123.
6. Bonanno DG, Davydov L, Botts SR., Olanzapine-induced diabetes mellitus. *Ann Pharmacother* 2001; 35 (5): 563-565.
7. Borison RL, Arvanitis LA, Miller BG, and the US Seroquel study group: ICI 204;636; an atypical antipsychotic: efficacy and safety in a multicenter; placebo-controlled trial in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16 (2) 158-169.
8. Deberdt W, Floris M, Lejeune J., Effect of amantadine on weight gain during olanzapine treatment. *Eur Neuropsychopharmacol*; In Press.
9. Floris M, Lejeune J, Debert W., Effect of amantadine on weight gain during olanzapine treatment. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001; 11 (2): 181-182.
10. Heiman M, Leander JD, Breier A., Preclinical study on the mechanisms underlying weight gain during olanzapine treatment. *Séptimo Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica (WFSBP)*. Berlín; Alemania. Julio; 2001.
11. Kinon BJ, Basson BR, Gilmore JA, Tollefson GD., Long-term olanzapine treatment: weight change and weight-related health factors in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (2): 92-100.
12. Kraepelin E., *La Demencia Precoz (1919)* (Primera edición en castellano; 1996). Ed. Polemos. Buenos Aires; Argentina. 1996.
13. Kraly FS, Katz JB, Burchard AE, Case C, Gabriel VA, Lanz TA, Mikkelsen ME, Sokol MB., H2 histaminergic control of inhibition of eating induced by intragastric NaCl in rats. *Physiology & Behavior* 1998; 65(1): 105-13.
14. Lamberti JS, Bellnier T, Schwarzkopf SB., Weight Gain Among Schizophrenic Patients treated with clozapine. *Am J Psychiatry* 1992; 149 (5): 689-690.
15. Littrell KH, Johnson CG, Hilligoss NM, Peabody CD, Littrell SH., Switching clozapine responders to olanzapine. *J Clin Psychiatry* 2000 Dec;61(12):912-5
16. López-Mato A. y col., *Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos; clínicos y terapéuticos*. Ed Polemos. Buenos Aires; Argentina. 2002.
17. López-Mato A, Boullosa O, Vieitez A, Illa G., *Olanzapina y Aumento de peso ¿Cómo comprenderlo; prevenirlo y evitarlo?*. Publicación científica. Lab Eli Lilly. 2002
18. McIntyre RS, McCann SM, Kennedy SH., Antipsychotic metabolic effects: weight gain; diabetes mellitus; and lipid abnormalities. *Cna J Psychiatry* 2001; 46 (3): 273-281.
19. Melkersson KI, Hulting AL, Brismar KE., Elevated levels of insulin; leptin; and blood lipids in olanzapine treated patients with schizophrenia or related psychoses. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (10): 742-749.
20. Peuskens J., Risperidone in the treatment of patients with chronic schizophrenia: a multi-national; multi-centre; double-blind; parallel-group study versus haloperidol. *Br J Psych* 1995; 166: 712-726.
21. Sacchetti E, Guarneri L, Bravi D., H(2) antagonist nizatidine may control olanzapine-associated weight gain in schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 2000; 48 (2): 167-168.
22. Sartorius N, López-Mato A., Revisión Argentina del consenso sobre utilidad y utilización de fármacos antipsicóticos de segunda generación. *Documento de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*. Buenos Aires; Septiembre 2000.
23. Stoa-Birketvedt G., Effect of cimetidine suspension on appetite and weight in overweight subjects. *BMJ* 1993; 306 (6885): 1091-1093.
24. Stoa-Birketvedt G, Lovhaug N, Vonen B, Florholmen J., H2-receptor antagonist reduces food intake and weight gain in rats by non-gastric acid secretory mechanisms. *Acta Physiol Scand* 1997; 161 (4): 489-494.
25. Stoa-Birketvedt G, Waldum HL, Vonen B, Florholmen J., Effect of cimetidine on basal and postprandial plasma concentrations of cholecystokinin and gastrin in humans. *Acta Physiol Scand* 1997; 159 (4): 321-325.
26. Tamayo J., Simposio Lab. Eli Lilly. *9º Congreso Internacional de Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP)*. Buenos Aires; Argentina. 2002.
27. Taylor DM, McAskill R., Atypical antipsychotics and weight gain. A systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101 (6): 416-432.
28. Tohen M, Brunner E, Grundy S., Olanzapina: Un nuevo antipsicótico. *Acta Psiquic Psicol Am Lat* 1999; 45 (5) 325-37.
29. Tollefson GD, Beasley CM, Tran PV, Street JS, Krueger JA, Tamura RN, Graffeo KA, Thieme ME., 1997: Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia; schizoaffective disorder and schizophreniform disorders: Results of an international collaborative trial. *American Journal of Psychiatry* 154:457-465.
30. Wetterling T., Bodyweight gain with atypical antipsychotics. A comparative review. *Drug Saf.* 24(1): 59-73. 2001
31. Wetterling T, Mubigbrodt H., Weight gain: side effect of atypical neuroleptics? *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol 19. N 4. 316-321. 1999.
32. Wirshing DA, Wirshing WC, Kysar L, Berisford MA, Goldstein D, Pashdag J, Mintz J, Marder SR., Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. *J Clin Psychiatry*. 60(6): 358-363. 1999

Agradecimientos

Los autores desean destacar a los principales investigadores-psiquiatras, coordinadores de los centros participantes, que recabaron los datos clínicos:

Pablo Bagnati - Pablo Berretoni - Daniela Bordalejo - Marcelo Cetkovich-Bakmas - Adrian Corrales - Carol Dillon - Guillermo Dorado - José Luis González Palacio - Coral Márquez - Alberto Monchablon - Horacio O'Connor - Luis Semper - Carlos Soria - Esteban Toro Martínez

Los autores agradecen la colaboración brindada por los laboratorios Eli Lilly Interamérica (Suc.Argentina), Roemmers y Lundbeck Argentina, representada, exclusivamente por la provisión de los medicamentos para la investigación.

El abordaje de las crisis: urgencias y emergencias en la psiquiatría de enlace

Juan Cristóbal Tenconi

Médico Especialista en Psiquiatría. Profesor Adjunto de Salud Mental IV, Facultad de Medicina Universidad Favaloro. Jefe de Trabajos Prácticos, Facultad de Medicina, UBA. Ex - Presidente del Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace. APSA
Salguero2533 Sto 3. Tel: 4807-5337. Tenco@movi.com.ar

Introducción

En el habla coloquial, decimos que un individuo, o una institución "están en una crisis", cuando atraviesan una dificultad, que traba su funcionamiento cotidiano. Esta dificultad se debería a cambios que, en términos económicos, producen la sobrecarga del aparato psíquico, en lo individual, o de la estructura en lo institucional

Para un terapeuta, pensar la crisis, implica encontrarse con realidades de diferentes órdenes, no sólo por las vicisitudes que encierra la crisis propiamente dicha sino también por los "tironeamientos epistemológicos" en los que él se ve implicado(18).

Para algunos autores las crisis se pueden dividir en aquéllas propias de la evolución (crisis evolutivas) y las que suceden accidentalmente (crisis accidentales)(8, 5). A esto se agrega que la internación en un hospital es, en sí misma y en general, un acontecimiento importante en la vida de un individuo(9) cuando no una crisis accidental.

Tomando en cuenta lo anterior, el propósito de este artículo es definir las características de las crisis, (desglosándolas de emergencias y urgencias). En ese momento, se juegan la suma de las situaciones vitales del individuo. Luego se puntualizarán diferentes aspectos a considerar en la clínica, así como un modelo general de intervención, siendo ésta la resultante de una compleja interacción entre paciente, equipo institucional, familiares, terapeuta y el campo dinámico que se determina(2).

El marco conceptual de este trabajo toma aspectos de la clínica psiquiátrica, de la Fenomenología y del modelo psicoanalítico. Este es el anclaje teórico de la Psiquiatría Dinámica en su multiplicidad de enfoques.

Definiciones y conceptos

Interconsulta médico-psicológica: intervención solicitada a un personal de salud mental cuando algo de lo subjetivo dificulta el acto médico. Como lo indica el prefijo "inter" implica necesariamente estar "entre" los diferentes actores (entendiendo como actores a médicos, enfermeros, familia, pacientes, personal auxiliar, etc.), siendo este lugar, un lugar donde se cruzan las diferentes trasferencias que se establecen en el ámbito de la salud(26). Por ejemplo, se debe considerar lo que pasa en el paciente designado, en su familia y en el cuerpo médico, así como en los vínculos que se establezcan entre ellos y el interconsultor.

Consulta psicológico o psiquiátrica: demanda de un saber para ser aplicado en un encuentro con un paciente donde no media una demanda latente del personal de salud(26). En este caso el pedido puede ser, por ejemplo, solicitado por el paciente, quien habría sufrido crisis de angustia, por lo que estaría "entrenado" en pedir ayuda psicológica cada vez que teme una recurrencia. Nuestra intervención sería sólo sobre él, no debiendo intervenir sobre el personal de salud.

Psiquiatría de Enlace: Es la subespecialidad de la

Resumen

Este trabajo se plantea, en el marco de la Psiquiatría de Enlace, diferenciar dentro de las denominadas "crisis" distintos niveles de enfoques y manifestaciones sintomáticas: urgencias, emergencias y crisis propiamente dicha. En primer lugar se mencionan las distintas definiciones de cada uno de los términos; posteriormente se hace especial hincapié en las características clínicas de cada una de estas situaciones tomando las variables que determinan uno u otro campo. Estas están determinadas por las características del paciente designado y el equipo interviniente. Por último se formulan lineamientos terapéuticos que permitan una mayor precisión en la intervención, en función de las implicancias directas que tienen estas situaciones en el desarrollo y evolución de los pacientes.

Palabras clave: Psiquiatría de Enlace – Intervención en crisis – Urgencias psiquiátricas – Emergencias psiquiátricas – Crisis.

THE LIAISON PSYCHIATRY APPROACH OF THE PSYCHIATRIC CRISIS, URGENCIES AND EMERGENCIES

Summary

Summary: The purpose of this paper is to differentiate crisis, emergencies and urgencies within the frame of Liaison psychiatry. It begins with the definition of each one of the terms, later the emphasis is put in the clinical characteristics of each one of these situations. These characteristics are determined by the patient and the therapeutic team. At last therapeutic guidelines are stated, which allow more precision in the intervention, in function of the direct involvement of these situations in the development and evolution of the patients.

Key Words: Consultation – Liaison Psychiatry – Intervention in crisis – Psychiatric urgencies – Psychiatric emergencies.

Psiquiatría que brinda servicios clínicos, enseñanza e investigación en el borde demarcado por la medicina y la psiquiatría(24). En ella está situado el arco que va desde la interconsulta a la consulta. Obviamente, en más de una situación considerar la demanda manifiesta como "consulta" o "interconsulta" dependerá de la mirada del interconsultor, quien determinará así, el campo donde actuará en la institución, entendiéndola a ésta como: "... la manera peculiar en que un grupo humano se organiza para determinados fines u objetivos de trabajo(10)". Actuar en ella compromete al actuante, en la medida en que esta es "... un sistema de vinculación en el cual el sujeto es parte interviniente y parte constituyente..."(16).

Crisis: La etimología de la palabra crisis deriva del griego *krino*: yo juzgo, decido, separo(6, 7).

Como término jurídico es lo que pone fin a un conflicto que se plantea ante un tribunal, es la decisión sobre un conflicto(6).

Para Hipócrates representa la subida de la fiebre que anuncia la curación o la muerte(6).

E. Erikson(8) diferencia las crisis evolutivas de las accidentales. Éste divide la vida en ocho etapas; cada una de ellas lleva implícita una crisis (*Crisis evolutivas*) que, si se resuelve positivamente en el "sentido evolutivo de la misma", generará un fortalecimiento de los mecanismos de resistencia a la enfermedad. Se sale de ellas cuando se restablece el equilibrio.

G. Caplan(5) define la crisis como una desregulación momentánea de un sistema previamente en equilibrio, en donde las fuerzas reequilibradoras ordinarias no alcanzan a actuar dentro del margen de tiempo habitual.

E. Morin(20), menos optimista que los anteriores, remarca que un sujeto en crisis, está "en un callejón sin salida, es la parálisis de un sistema que se hace más rígido en situaciones paradójicas; se impone una necesidad imperiosa de elegir".

Es interesante que desde el punto de vista semántico, la palabra crisis –en chino, *weifi*– es un vocablo compuesto de dos caracteres, uno que significa peligro y el otro oportunidad, ambas ocurriendo al mismo tiempo(5).

La mención de distintas definiciones muestra aspectos que están presentes en el modelo con el que opero: conflicto que nos enfrenta a una decisión, con resultado incierto, que implica la inevitabilidad de una acción para cambiar, peligro y oportunidad ocurriendo al mismo tiempo.

Como claramente se deduce de tantas posibilidades de definir las crisis, los aspectos relevantes variarán de acuerdo al modelo de cada profesional actuante.

De estas definiciones se puede rescatar que, la cri-

sis de un sujeto lleva un carácter intrínseco de paradoja, con la convivencia de lo salutarífico con lo nefasto. La crisis es un tiempo fuerte, es el punto en donde el hilo cambia el recorrido(18).

Urgencia: Urgencia proviene de "*urgeo*": lo que no podría esperar. Una definición más completa sería: "Trastornos graves del estado de ánimo, el pensamiento o la conducta que requieren atención inmediata"... "Que corre prisa, no puede ser retrasado, apremiante, perentorio(20)".

A diferencia de lo anterior los síntomas se precipitan, están coagulándose, convocándonos a una celeridad diferente(18).

Emergencia: En esta situación nos encontramos con que no median las palabras. Se convoca al acto médico. Corre riesgo el cuerpo anatómo-fisiológico.

Como vemos Crisis, Urgencia y Emergencia son categorías de orden diferente, que pueden mutar una en la otra. La importancia de cada una de estas situaciones cambiará de acuerdo al eje con el que se lo mire. Por ejemplo, si con una mirada "médico emergentológica" sólo estoy atento a un eventual daño anatómopatológico, la emergencia ocupará el primer lugar en mi interés, corriendo el riesgo de "emergentizar" situaciones que serían operativamente mejor analizadas desde otro eje.

Intentando aclarar lo antedicho con un ejemplo clínico podríamos pensar, desde nuestro lugar como observadores, en la diferencia que hay entre:

- un sujeto deprimido dentro del marco de una crisis;
- un sujeto con ideas consolidadas de suicidio en el marco de una urgencia;
- una tentativa de suicidio con raticidas y antidepresivos tricíclicos como expresión de una emergencia.

Para complicar aún más la cuestión, en una Interconsulta si consideramos a los distintos actores intervinientes no es extraño encontrar, por ejemplo, que:

- El médico que solicitó la intervención refiera sobre el paciente: "...tiene un insomnio que molesta a la sala, no deja dormir a otros pacientes. Resolvé esto lo más rápido posible, porque descompensa a los otros pacientes" (este pedido me habla de un síntoma a ser tratado no descifrado, con más o menos urgencia).
- El paciente lo refiere como una posibilidad que le permite leer a la noche.
- La enfermera cree que es una situación molesta, pero, sin mayor trascendencia: "Doctor, hágalo dormir que todos nos ponemos nerviosos" (dicho como comentario en el pasillo).
- Y para nosotros puede ser el principio de un cuadro afectivo frente al cual estamos en tiempo de des-cuento y debemos actuar con celeridad.

La interpretación de lo que pasa es diferente para cada actor que está en la escena.

Evaluación diagnóstica

Evaluar estas situaciones clínicas, no implica necesariamente:

- Tomar sólo como eje la significación de una mayor o menor gravedad para el sujeto (en un ataque de pánico la sensación que puede dominar al sujeto es la de muerte inminente).
- Plantearnos como terapeutas si nos encontramos con un pasaje al acto o un *acting out*.
- Dictaminar cuál de los intervinientes coincide con nuestra apreciación de los hechos.
- Dar por terminada la evaluación por saber si es evolutiva o accidental.

Al evaluar las crisis como diría Pelicier: "... se hace algo más que describir una nueva manifestación patológica, se trata de hablar de una manera diferente de la enfermedad mental y de la forma de tratar al enfermo. En efecto la presentación de la crisis lleva a sacar las manifestaciones clínicas de la categoría de lo agudo o crónico para poder pensar en términos de sentido y de sus relaciones(20)". En el proceso diagnóstico de una "situación de crisis" (engloba esto a las crisis, las emergencias y las urgencias) nos podemos encontrar con la amplitud de casi todo el campo de la nosografía psiquiátrica.

Diferenciar crisis, urgencias y emergencias implica adentrarnos en uno de los momentos en que se pone más en juego la destreza clínica. Dada la turbulencia que estas situaciones tienen, hacer un diagnóstico certero, dependerá de una cantidad de variables clínicas que nos obligará a esforzarnos para contemplar varios aspectos individuales y colectivos en un breve tiempo. En este punto se constituye la clave en la evolución posterior de la crisis; por ello, este es un momento privilegiado de la intervención. Se debe intentar tomar (como en toda historia clínica) la mayor cantidad de datos posibles; para llegar a un diagnóstico, debemos considerar diversos ejes, éste es múltiple y polifacético(6).

1. Funcionamiento previo del sujeto y del equipo de salud

El paciente no va a atravesar la crisis del mismo modo si presenta, por ejemplo, una fobia grave, una psicosis, un trastorno de personalidad, etc... En las instituciones, la estructura más o menos rígida, los liderazgos más o menos claros, los conflictos entre sus miembros, ciertos momentos particulares (por ejemplo rotaciones de residentes, cambios de personal), etc... deben ser cuidadosamente evaluados. Cada

una de las diferentes estructuras actuantes enfrentará la crisis con lo que tenga a su alcance, considerando que "Mientras más fuertes sean las fijaciones en la vía evolutiva, tanto más... esquivará las dificultades externas mediante una regresión hasta aquellas fijaciones previas(12)". Esta idea freudiana con respecto a los individuos es aplicable a las instituciones.

De acuerdo al funcionamiento intersubjetivo(9, 10), algunos pacientes en particular son más propensos a agudizar las regresiones en el equipo de salud y a la inversa, ciertas características de los equipos de salud producen en determinados pacientes más fácilmente regresiones(16). Por ejemplo, un paciente muy dependiente estará más afectado que un paciente con fuertes rasgos esquizoides si coincide su interacción con la rotación de residentes, lo que implica directamente el cambio de su médico de cabecera.

2. Sintomatología

Ningún síntoma es específico de estos estados, los más comunes podrían ser angustia, ideas depresivas, excitación psicomotriz, etc. Debemos intentar conocer su historia. ¿Constituyen estos síntomas un cuadro clínico definido?

Tal vez el hecho más característico de las manifestaciones clínicas de una crisis tenga que ver con la brusquedad de su aparición. En los momentos de crisis algunos de los síntomas aparecen y otros se amplifican de tal forma que, pudiendo en la crisis coagular y cristalizarse, desarrollan una situación de parálisis, que llevaría a una urgencia.

Si los síntomas adquieren características espectaculares por su intensidad pueden determinar la diferencia entre crisis y urgencia.

Sintetizando, la variación en el tiempo e intensidad es la regla; en la crisis están amplificadas, en la urgencia se coagulan, en la emergencia dan paso a situaciones de orden médico.

Quiero enfatizar que los síntomas deben ser considerados como parte de la interacción entre el equipo de salud y los pacientes, aunque la producción sea en una sola de las partes (por ejemplo el paciente) y la resolución pase por interpretar una fantasía en el paciente, o dar información al médico (por ejemplo: explicar un plan farmacológico para el tratamiento del *delirium* a un residente que se angustia ante la falta de respuesta a la terapéutica que había instituido).

Tomando los dos ítems previamente enumerados (síntomas y funcionamiento previo) un especialista en salud mental, puede pensar que no es lo mismo el insomnio en un paciente recientemente operado de una fractura, (aunque para el que pidió la interconsulta, sea lo mismo) si se trata de:

- un paciente con un trastorno bipolar (en el cual

el insomnio puede ser un síntoma o productor de una descompensación);

- un paciente con una estructura fóbica.

Seguramente esta diferenciación en el funcionamiento previo va a determinar si vamos a encarar este síntoma como una expresión de crisis o un síntoma sobre el que vamos a actuar rápidamente por ser éste predictor de una urgencia inmediata.

3. Contexto

Debemos considerar el contexto previo familiar, social, geográfico, etc. Esto quiere decir que se debe tener en cuenta no sólo dónde está el paciente sino también en dónde y con quién debe transitar esta crisis. Intentamos hacer una cartografía que “a diferencia de un mapa es un diseño que acompaña y se hace al mismo tiempo que los movimientos de transformación del paisaje(23)”. Dicho en otras palabras, el contexto no es algo fijo, lo diseñamos en la medida en que actuó sobre él. Por ello es importante subrayar las características dinámicas del proceso que debemos acompañar. Cambiar el contexto muchas veces sirve para destrabar situaciones (por ejemplo cambiar a un paciente de habitación si el paciente de al lado contribuye a su malestar, etc...).

¿Con quién actuar? ¿De qué personas vamos a rodear al paciente asignado? Debemos diferenciar su red social (sujetos o grupos de los que el sujeto dispone); la interacción social (número de interacciones); el apoyo social percibido (evaluado subjetivamente por el sujeto) y el apoyo instrumental (consistente en servicios concretos suministrados por la red social)(4). ¿Es conveniente plantearnos un abordaje familiar? ¿Hay amigos que puedan destrabar la situación? ¿Cuál es el nivel de intervención que debo darle a cada miembro del equipo médico tratante? ¿Cuál es el encuadre conveniente a tener en cada encuentro? En este sentido debemos considerar que como lo señalara V. Barembliit, refiriéndose al ámbito y el momento más adecuado para realizar nuestra tarea, a veces “Cuando los demás toman café nosotros trabajamos, cuando los otros trabajan, descansamos”. El ámbito puede ser el café, el pasillo, la sala de reunión de médicos, etc.(3).

Texto y contexto se entremezclan en la interconsulta dado que muchas veces el equipo médico tratante es parte del contexto del paciente y viceversa.

4. Convocatoria y equipo interviniente

Respecto a este punto debemos pensar diversos aspectos, fundamentalmente –como se ha señalado a lo largo del trabajo– se debe considerar que cada ac-

tor (paciente, médico, enfermera, familia, etc.) suele atravesar una situación vivencial diferente.

En una situación de crisis, siempre se debe pensar que la convocatoria comienza cuando llega a nosotros, por el medio que sea (teléfono, papel, charla de pasillo), el pedido de intervención y según cómo ésta sea formulada debe ser cuidadosamente evaluada (lo que no significa que debemos transmitir todo a quien realiza la demanda). Existen diferentes posibilidades: a. La primera es cuando somos convocados ante la demanda del médico tratante; esto es lo más frecuente y debemos poder evaluar si ésta es diferente a la habitual, si es escrita u oral, si da muchos o pocos datos, etc... b. La segunda es responder a la demanda de un colega (psicólogo, psicoanalista, etc.) que lleva a cabo el proceso terapéutico de un paciente, estando el colega insertado en la Sala, y que, por alguna razón, en ese momento no puede manejar el tratamiento. Tomando lo dicho por F. Ulloa en relación a la teoría de la encerrona trágica –en donde la subjetividad de cada uno de los intervinientes, en un campo bajo transferencia, produce una paralización de la producción de inteligencia– se necesita de un tercero de apelación que destrabe el campo paralizado(27).

En tercer lugar podemos recibir un pedido de un paciente, su familia, o enfermería etc., lo que ya nos hablaría de una dificultad en la relación médico-paciente, dado que (a menos que sea una consulta y sea la forma habitual de la institución) en general, dentro de un ámbito institucional, los pedidos se vehiculizan por intermedio del médico tratante. Es distinto si estamos en atención ambulatoria.

5. La cuestión temporal

Poder definir los diferentes tiempos internos de cada actor se hace necesario por ser una de las dificultades más frecuentemente encontradas. Me refiero no sólo a la eventual situación de crisis, urgencia o emergencia que pueda pasar el paciente, sino a poder diferenciar los “estados” que vive cada actor en la escena. La cuestión temporal en la crisis, nos obliga a extremar nuestra pericia, respetando el tiempo necesario de elaboración para permitir la búsqueda de un sentido; por esto podríamos diferenciar tiempos distintos, un primer momento más agudo que favorecerá la amalgama con la urgencia y un segundo momento que tiene que ver más con el desarrollo de la crisis que Ribstein definió como “un estado más o menos prolongado de indecisión y perplejidad(20)”. En la urgencia, en cambio, el tiempo nos obliga a la celeridad de la decisión, para que esta situación se transforme en crisis y no en emergencia; en ésta, el

tiempo es de descuento. No es poco frecuente que la persona que solicitó la interconsulta intente imprimir el ritmo a nuestra intervención, lo que puede estar condicionado por la propia situación clínica. Por ejemplo: un cirujano que nos llama para hacer algún tipo de apoyo pre-quirúrgico a un paciente angustiado que se debe operar en pocos días, o un pedido de ayuda ante una situación de excitación psicomotriz, etc. Sin embargo, se debe considerar que la celeridad pedida, muy frecuentemente se relaciona con otras razones que, en general, no son explicitadas; como por ejemplo: 1) las características del solicitante; 2) tomar a los psicoterapeutas como “bomberos que deben apagar el fuego de la angustia”; 3) urgencias de la institución en liberar una cama, 4) alguna otra dificultad institucional o personal.

6. La modalidad de intervención

Este punto, íntimamente relacionado con el anterior, se refiere básicamente a la lectura contratransferencial que hagamos de la demanda de intervención que se nos solicita. La crisis nos convoca a escuchar los relatos en relación a su historia, tratando de ayudar activamente a juntar los cabos que el sujeto siente que, en la crisis, se han desanudado. En la urgencia en cambio, debemos escuchar los síntomas con la intención de mitigarlos. En la emergencia se debe salvar el cuerpo anátomo fisiológico.

Claramente con respecto a esto no se debe olvidar la *posición epistemológica del terapeuta interviniente*; no es lo mismo pensar la crisis como un momento de ruptura en la existencia del individuo a consecuencia de una perturbación en los sistemas de regulación, que pensar la crisis como un quiebre patológico que exige una pronta medicalización; esto último sería reducirla a una urgencia, con sus consiguientes implicancias terapéuticas.

Intervención terapéutica

Sin entrar en una enumeración completa, ni que el orden implique una mayor o menor importancia, se señalan algunos aspectos.

En nuestra disciplina el primer tiempo terapéutico es una completa evaluación diagnóstica; esto es así por diversas razones: informarnos (lo que implica cuestiones tratadas posteriormente), permitir la catarsis de los diversos actores, dar una cierta historicidad, etc. Es un imprescindible primer paso.

Sea una interconsulta o una consulta se debe tener particular cuidado en no tomar una actitud interpretativa con los colegas que la solicitan, dado que es raro que se nos demande manifiestamente como “tera-

peutas de pasillo”; colocarnos en esa posición sólo suele dificultar la tarea. En cambio, tener un lenguaje lo más “médico” posible en general la facilita.

Dado el ámbito médico donde se desarrolla la tarea, y donde invariablemente estamos involucrados, es importante mantener una disociación operativa que no nos haga caer en rápidas respuestas a demandas que, si bien son válidas en función del discurso médico donde se formulan, pueden no ser las más adecuadas; teniendo en cuenta que la polaridad que tienen las crisis en su médula en las intervenciones terapéuticas puede ubicarnos en posiciones diferentes. Como terapeutas, tradicionalmente, nos movemos dentro de dos extremos. Por un lado intentar adaptar el personaje a su propia escena, permitiendo el despliegue de subjetividad y por el otro enmarcado más dentro de una ética reparadora de cuidados (médica) referida a utilizar los recursos necesarios para disminuir el sufrimiento(10, 25).

Dibujar un territorio(17) que permita encontrar un solo tiempo, común a todos los actores, es la llave que muchas veces permite destrabar la situación. Este territorio es virtual, pudiendo tener un espacio geográfico definido o no, dado que se da sobre todo en nuestra mente (de ahí en parte la importancia, ya mencionada, de la evaluación diagnóstica); su geografía concreta puede ser un pasillo, al lado de la cama del paciente, en el bar, en la sala de médicos, etc. Esto instala un encuadre que permite al personal actuante salir de una repetición más tributaria de la pulsión de muerte que de otra cosa. Como ejemplo podemos adentrarnos en una de las frecuentes demandas; la que se da cuando el médico tratante plantea un tiempo “sin tiempo”, “urgentizado” lo que a nuestro entender es una crisis. El paciente aparece desinvertido como paciente-sujeto siendo sólo un “objeto” cuyo desperfecto debe corregirse rápidamente. Desde una perspectiva psicoanalítica, podemos entender esta situación como efecto de la pulsión de muerte comandando los tiempos, con su acción de desinversión y deconstrucción(13). Aquí la reinstauración del médico en el lugar de médico, con la consiguiente re-subjetivización del paciente, le permitirá al primero el desarrollo de su tarea, sin caer en pasajes al acto(22).

Por supuesto que dentro del arsenal terapéutico con que contamos –y dado que, generalmente, no disponemos de mucho tiempo– el recurso farmacológico es una de las herramientas imprescindibles de utilización, en momentos en que el síntoma angustia produce una imposibilidad de pensar que hace estéril la palabra, o, si nos encontramos con un estado de importante desorganización psíquica. Dado que los pacientes internados generalmente son pacientes polimedificados se debe tener particular cuidado con

las interacciones farmacológicas. Teniendo en cuenta lo previamente expresado, no utilizar fármacos sería una resistencia nuestra(28), que podría derivar en una mala praxis.

En términos generales, y repitiendo lo dicho, el primer objetivo de la intervención es no transformar una crisis en una urgencia. Cuando las intervenciones ponen el énfasis en reducir rápidamente los síntomas, se pierde la posibilidad de aprovechar la hendidura psíquica, que en las crisis se abre, perdiendo también la posibilidad de establecer un campo en donde se desarrollen las distintas líneas de fuerzas intervinientes.

Conclusiones

El especialista en salud mental dentro del campo de la psiquiatría de enlace debe poder diferenciar las

situaciones de crisis, urgencia y emergencias evaluando para ello a los distintos actores dentro del marco de la Interconsulta. Para esto se debe recolectar la mayor cantidad de información(7), tomar una actitud, dibujar una geografía(17) entre los actores, que le permita percibir cómo cada individuo es atravesado por la situación. Por ejemplo, el médico puede pensar que es una urgencia, la familia del paciente internado una emergencia y la enfermería que es una crisis. Este primer tiempo de evaluación de la situación es fundamental en la evolución posterior del cuadro, siendo la llave para implementar una terapéutica adecuada. El solo hecho de lograr una cierta unidad en cuanto a la interpretación de la situación muchas veces resuelve el pedido de Interconsulta. Otras veces esto es sólo el principio, requiriéndose *a posteriori* la implementación de medidas terapéuticas por medio de la palabra o de la farmacología ■

Referencias Bibliográficas

1. Aguilera, DC., *Crisis Intervention Theory and methodology* seventh edition. Mosby, 1994
2. Baranger, M, y W., La situación analítica como campo dinámico. En *Problemas del campo Psicoanalítico*. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1992
3. Barembliit, V., Ponencia en *Congreso Argentino de Psiquiatría*. 2001, Mar del Plata, Argentina.
4. Blazer II Dan G., Trastornos del estado de ánimo. Epidemiología. En Kaplan y SG. *Tratado de Psiquiatría* VI ed. Ed Inter-médica, Buenos Aires, 1997.
5. Caplan, G., Principios de psiquiatría preventiva. Ed. Paidos. Buenos Aires, 1966
6. Deleuze, G, Guattari F., *Mil mesetas*. Editorial Pre-textos. Madrid, 1988
7. Di Segni, S., en "Problemas del campo de la salud mental" Ricón, Di Segni y Tenconi. Ed. Paidos, Buenos Aires, 1994
8. Erikson, EH., *Childhood and society*. W. W. Norton, New York, 1963
9. Ferrari, H, Luchina I, Luchina N., *La Interconsulta médico – psicológica en el marco hospitalario*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
10. Ferrari, H, Luchina I, Luchina N., *Asistencia Institucional*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1979
11. Ferrater Mora, J., *Diccionario de Filosofía*. Ed. Ariel, Barcelona, 1994.
12. Freud, S. *Conferencia 22 de Introducción al psicoanálisis*. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología. A:E: XVI
13. Green, A., La muerte en vida. Algunos puntos de referencia para la pulsión de muerte. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo LVIII N 2, 2001
14. Green, A., Pulsión de muerte, narcisismo negativo y función desobjetalizante. En *Pulsión de muerte*. Amorrortu, Buenos Aires, 1991.
15. GuthrieH, Creed, J., *Seminars in Liaison Psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists. Glasgow, 1996.
16. Kaes, R., Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En *La institución y las instituciones*. Paidos, 2002, Buenos Aires
17. Kesselman, H., *Comunicación personal*.
18. Lipovetsky, G, Tenconi, J.C., *Crisis. Urgencias. Emergencias. Hacia una diferenciación clínica*. Texto inédito
19. Miller J.-A., *Introducción al método Psicoanalítico*. Paidos, Buenos Aires, 1997.
20. Pellicier, Y., La estrategia terapéutica de la crisis. *Revista de Psicopatología*, Madrid, 1989
21. *Pequeño Larousse Ilustrado*. Edición Larousse, España, 1979
22. Peskin, L., Repetición nombre que atribuye muerte a la pulsión. *Rev. De Psicoanálisis*, Tomo XLVIII n° 3, 1991
23. Rolnick S., "Cartografía sentimental" En *Transformaciones contemporáneas del deseo*. Ed. Liberdade, Brasil, 1989.
24. Rundell M, Wise P., *Textbook of Consultation - Liaison*. Psychiatry American Psychiatric Press, Washington, 1996
25. Slaikou. KA., *Intervención en crisis*. Editorial Manual Moderno, Mexico, 1998.
26. Tenconi, JC, Luna, M, Neuburger, R, Romero, E, Ferreira A, Guardo, G, Gordo, A, Erbin L., *Guía para la primera entrevista en el marco de la clínica de un hospital General*. Texto Inédito
27. Ulloa, F., *Comunicación personal*.
28. Weisse, CF., El síntoma entre el psicoanálisis y la psicofarmacología. *Revista de Psicoanálisis*. N° Esp. Int, 2001

Tratamiento grupal de la bulimia nerviosa y trastornos asociados

Resultados de un dispositivo psicoeducativo y cognitivo-conductual

Fernando M. Torrente

Lic. en Psicología, Terapeuta del Centro para Adolescentes "La Casita", Arribeños 2606, Cdad. De Buenos Aires, e-mail: torrent@ciudad.com.ar

Rosina Crispo

Lic. en Psicología, Directora del Centro para Adolescentes "La Casita", e-mail: lacasita@ciudad.com.ar

1. Introducción

Dentro del panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el tratamiento de sus dos formas mejor definidas –la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN)– presenta dos tendencias claramente diferentes. Mientras que la AN se muestra aún recalcitrante a los intentos de sistematizar y consensuar formas eficaces de tratamiento, el abordaje de la BN –a pesar de su aparición más tardía como categoría diagnóstica– ha presentado avances significativos y evidencias de su mayor permeabilidad al cambio terapéutico. Estas tendencias se ven reflejadas en las cifras relativas a la evolución de cada trastorno y su respuesta al tratamiento, con un mejor pronóstico a largo plazo de la BN respecto de la AN, la cual tiende a desarrollarse como un desorden crónico y persistente en un número importante de casos más allá de los esfuerzos terapéuticos(2, 21).

No obstante estas consideraciones, sería un error grave creer que, por contraste con la AN, la BN es una condición de fácil resolución o exenta de riesgos. A pesar de su mejor pronóstico o de la existencia de tratamientos más eficaces, la BN constituye un problema complejo con múltiples manifestaciones somáticas y psicológicas. Así, el desorden en la conducta alimentaria durante una BN conlleva complicaciones

médicas de riesgo, más allá de preservar un peso dentro de los límites normales(22, 23).

Por otra parte, si bien, las¹ pacientes con BN se hallan usualmente más motivadas para el tratamiento que las pacientes con AN, esta motivación puede ser elevada para controlar los episodios de atracones y purgas, pero no en la misma medida para abandonar la restricción alimentaria. En este sentido, la división tajante entre los diagnósticos de anorexia y bulimia no da cuenta de la compleja historia natural de estos desórdenes. Se estima que hasta un 50% aproximadamente de pacientes con AN desarrollan posteriormente cuadros de tipo bulímico y en algunos casos puede producirse una evolución a la inversa(21).

También es alta la comorbilidad de otros trastornos asociados a la BN, con cifras de depresión mayor que pueden superar el 50% y otros desórdenes comunes, como el trastorno obsesivo compulsivo, la fobia social y diferentes trastornos de personalidad(21, 8).

Por último, aunque la evolución es favorable en un porcentaje importante de casos de BN, el curso

1. Por convención adoptaremos de aquí en adelante el género femenino, puesto que la prevalencia de estos desórdenes es mucho mayor en mujeres y todas las pacientes incluidas en el presente estudio pertenecen a dicho sexo.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar un modelo de intervención grupal breve para la primera etapa del tratamiento de la bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria asociados a ésta. El mismo reúne elementos del enfoque cognitivo-conductual y del enfoque psicoeducativo y busca aprovechar la evidencia empírica recogida hasta el momento sobre el abordaje ambulatorio de estos desórdenes. A lo largo del artículo describiremos los fundamentos teóricos del modelo y luego el dispositivo grupal desarrollado en nuestra experiencia clínica sobre la base de dichos enfoques. Posteriormente se presentarán los resultados del seguimiento clínico de una muestra de pacientes que ha transitado el grupo descripto y que fue evaluada a través de escalas y de una encuesta diseñada para ese fin. Finalmente discutiremos los alcances y limitaciones de esta experiencia.

Palabras clave: Bulimia nerviosa – Terapia Grupal – Terapia cognitivo-conductual – Psicoeducación.

GROUP THERAPY OF BULIMIA NERVOSA AND OTHER RELATED DISORDERS

Summary

The aim of this article is to present a brief group intervention model for the initial phase of the treatment of bulimia nervosa and other related eating disorders. The model combines elements from cognitive-behavioral and psychoeducational approaches. Along the article we will describe the theoretical foundations of the model, a review of the empirical evidence that supports it, and afterwards, the group procedure developed by us in our clinical experience. Later on, the clinical results of an uncontrolled study of a sample of patients who participated in the group will be introduced. Finally, we will discuss the scope and limitations of this experience.

Key words: Bulimia Nervosa – Group therapy – Cognitive-behavioral therapy - Psychoeducation.

del trastorno suele ser oscilante, con numerosas recaídas, durante el proceso terapéutico y después del mismo. Diversos estudios sugieren tasas de recaídas que varían entre un 30 y un 50% en períodos de seguimiento que van desde 6 meses a 6 años. A medida que el seguimiento se prolonga, el porcentaje de recaídas disminuye(2, 21).

Precisamente, este complejo mosaico de dificultades justifica la necesidad de disponer para la BN de tratamientos específicos capaces de responder a su presentación multiproblemática y cuya eficacia se encuentre testada. En este sentido, la literatura sobre efectividad de los tratamientos en BN y las recomendaciones para el diseño de los mismos sugieren las siguientes tendencias.

En principio, numerosos autores destacan la importancia de focalizar inicialmente el tratamiento en los circuitos perpetuantes del trastorno, a través de una normalización de los patrones alimenticios(2, 32). La reducción de los atracones y las conductas purgativas, así como la reversión de la restricción de la ingesta, constituyen metas primarias del plan terapéutico.

En función de estos objetivos, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la forma de psicoterapia que ha reunido mayor evidencia a su favor, con efectos significativos sobre diferentes dimensiones específicas del trastorno (como ser la frecuencia de atracones y purgas, el grado de preocupación por la comida, el peso y la figura y el nivel de restricción nutricional)(3, 26). Los efectos positivos también se manifestaron en áreas no específicas del trastorno (entre ellas, el nivel de autoestima, el funcionamiento social, los síntomas de depresión y ansiedad, etc.) y ha sido implementada tanto en forma individual como en forma grupal. En general, la TCC ha demostrado resultados superiores o equivalentes a las demás formas de psicoterapia con que ha sido contrastada y es considerada, por lo tanto, como el tratamiento de elección para este problema(2, 1, 20). No obstante ello, otras formas de psicoterapia también pueden resultar beneficiosas(2, 11) así como otros enfoques teóricos o procedimientos orientados a problemas específicos o subyacentes al trastorno alimentario (experiencias de abuso sexual, dificultades con la imagen corporal, trastornos de personalidad, etc.). En lo relativo a las intervenciones psicoterapéuticas, es importante agregar que, como parte de la TCC, o bien como una intervención independiente, la psicoeducación, que desarrollaremos más adelante, se ha convertido en un componente presente en la mayoría de los enfoques terapéuticos de la BN.

Con respecto al papel de la medicación en el tratamiento, el uso de antidepresivos –y entre ellos, el más estudiado, la fluoxetina– ha demostrado eficacia en la reducción de las conductas bulímicas, en particular la

frecuencia de atracones y vómitos. Síntomas asociados, como las manifestaciones de depresión y ansiedad que acompañan a este desorden, también se ven favorecidos por el empleo de tales psicofármacos. (4, 30) Por lo general, en comparaciones directas, la psicoterapia –y en especial la TCC– se ha revelado superior al uso de medicación antidepresiva para estos desórdenes.(6) Sin embargo, aunque este tópico se halla aún en discusión, el uso combinado de la TCC con medicación mostraría efectos potenciadores, especialmente en aquellos casos más severos –por la intensidad de los síntomas específicos del trastorno alimentario, por el agregado de otros trastornos comórbidos, o bien cuando cualquiera de los abordajes por separado se muestra insuficiente en sus efectos clínicos(5).

En lo referente al contexto del tratamiento, la mayor parte de los casos de BN pueden ser abordados en un encuadre ambulatorio, de frecuencia e intensidad variable(26). Un porcentaje menor de casos puede requerir, por su gravedad, contextos de tratamiento más estructurados como ser un hospital de día o, inclusive, una internación(2, 14).

En cuanto al abordaje grupal, diversos autores(19, 27) han remarcado su conveniencia para el tratamiento de la BN. Rasgos característicos de este desorden como la baja autoestima, la desconfianza interpersonal y los sentimientos de aislamiento, estigma e ineficacia convierten al grupo en un espacio más que apropiado para revertir activamente esas dificultades. El grupo brinda la oportunidad, entre otras cosas, de compartir información, recibir *feedback* externo, aprender a partir de las experiencias de los demás, corregir con ayuda del otro las distorsiones en la propia percepción de los hechos, dar y recibir ayuda. Fundamentalmente, el sello distintivo del grupo es la posibilidad de generar cambios no sólo a través de sus contenidos sino también a través de la dinámica de interacción *in situ* entre los participantes. Por otra parte, un porcentaje importante de pacientes con BN se encuentra en la fase de la adolescencia, donde el grupo de pares constituye su medio “natural”.

Sobre la base de nuestra experiencia, estos lineamientos descriptos para la BN son aplicables a un porcentaje importante de los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados. La situación de este grupo de desórdenes reconocidos y aunados en el DSM-IV bajo tal denominación es precaria. Por un lado, son numerosos los casos en la clínica que no encajan con los criterios diagnósticos para la AN y la BN, tanto es así que, según los cálculos, alrededor de un 50% de las consultas en centros especializados pertenecen a esta categoría(2). Por otro lado, es escasa la literatura clínica y prácticamente nula la investigación sobre los mismos –excluyendo el trastorno por atracones,

que ha recibido mayor atención en los últimos años.

No obstante este problema, a los fines de su tratamiento, parece lógico agrupar aquellos desórdenes que presentan semejanzas clínicas con la BN –pero no cumplen todos los criterios para su diagnóstico– en un modelo unificado junto con ésta. Así, por ejemplo, podemos incluir en este esquema aquellos cuadros cuya frecuencia de atracones es menor a dos veces por semana o bien más recientes que los tres meses que exige el DSM-IV. También aquellas pacientes que incurren en conductas compensatorias tras ingestas reducidas o normales, pero vividas con la sensación de descontrol característica de los atracones (también llamados “atracones subjetivos”). Estas presentaciones comparten, a nuestro juicio, los núcleos cognitivos, los mecanismos causales y los circuitos principales de la BN y, por lo tanto, pueden ser encarados terapéuticamente con similares procedimientos.

Ahora bien, el objetivo de este trabajo es presentar un modelo de intervención grupal para el módulo inicial del tratamiento de la BN y los trastornos asociados a ésta, basado en la evidencia empírica delineada previamente. En lo que sigue resumiremos inicialmente los elementos básicos del enfoque cognitivo conductual de la BN y del enfoque psicoeducativo. A continuación, describiremos el dispositivo grupal desarrollado en nuestra experiencia clínica sobre la base de dichos enfoques, para luego presentar los resultados de su evaluación a través de cuestionarios y una encuesta a las pacientes que han transitado el mismo. Finalmente discutiremos los alcances y limitaciones de esta experiencia.

1.1. La terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa

El modelo subyacente a este enfoque terapéutico parte del supuesto de que el circuito de mantenimiento de la BN depende de la interacción entre una serie de elementos centrales, a saber(11):

1. Un fuerte y sostenido patrón de autoevaluación negativa y baja autoestima como factor de personalidad predisponente.

2. Una preocupación extrema por el peso y la figura, que, en interacción con el elemento anterior, se convierte en un medio privilegiado de autoevaluación. La persona con BN idealiza el logro de la delgadez, proyectando en dicha imagen su bienestar y la obtención de otras metas personales. En tal contexto, la búsqueda de esta apariencia idealizada se presenta para el sujeto como un aspecto más fácilmente controlable que otro tipo de dificultades; sin embargo, la tendencia constante a evaluarse en forma negativa da como resultado una percepción general-

mente insatisfactoria de sí mismas también en lo que respecta a su aspecto(10).

3. La insatisfacción con la propia imagen, sumada a la baja autoestima, alimenta la idea de incurrir en dietas estrictas como método para alcanzar el “peso ideal”. Rasgos cognitivos idiosincrásicos de las pacientes con trastornos alimentarios, como ser el perfeccionismo y el pensamiento dicotómico (del tipo “todo o nada”), alientan el sostenimiento sin fisuras de un programa inflexible de control sobre la alimentación. Todo esto resulta en un “estado de restricción” que genera, a su vez, cambios fisiológicos y psicológicos considerables.

4. El estado de restricción que inicialmente incrementa la sensación de autocontrol del sujeto, a la larga se convierte en una fuente de presión difícil de sostener. Pequeños desvíos de las reglas alimentarias autoimpuestas derivan en sensaciones intensas de culpa y descontrol. Paralelamente, se ponen en marcha en el marco de un cuerpo deprivado nutricionalmente, procesos fisiológicos de diferente orden. Por un lado, el sistema de regulación normal del apetito se ve perturbado, y, por otro lado, se activan mecanismos adaptativos que intentan contrarrestar el peligroso avance de la restricción, intensificando la urgencia por comer. Como resultado de las presiones conjuntas de tipo psicológico y fisiológico, emergen los atracones, esto es, los episodios de ingesta fuera de control de grandes cantidades de comida en períodos discretos de tiempo.

5. Asimismo, los episodios de atracones suelen coincidir con períodos o estados afectivos de tipo negativo o disfórico. Esto puede deberse, en parte, a que durante tales estados afectivos resulta más difícil para el sujeto mantener el control y la atención sobre la ingesta de modo estricto. Pero también es posible que los atracones comiencen a cumplir una función de regulación afectiva en dichos períodos, moderando o enmascarando otros estados emocionales aver-sivos o displacenteros del sujeto (problemas ajenos a la comida y al cuerpo). Es claro, sin embargo, que los efectos de este mecanismo son de corto plazo, puesto que los sentimientos negativos originales son reemplazados prontamente por sentimientos de culpa, disgusto y un intenso miedo a engordar. Tales sentimientos refuerzan la idea de restablecer una dieta estricta, tanto es así que las conductas de ayuno total son usuales tras estos episodios. Paradójicamente, esta reacción ayuda a consolidar un círculo vicioso entre la dieta y los atracones.

6. En muchos casos, los atracones van seguidos de conductas dirigidas a compensar o reducir los efectos temidos de la ingesta descontrolada sobre el peso. Los vómitos autoprovocados, el consumo de laxantes o diuréticos y el ejercicio físico excesivo son las

prácticas más comunes de este tipo, denominadas purgativas o compensatorias. Aunque estas conductas son consideradas por las personas que sufren este desorden como la única manera de "corregir" los atracones, las mismas se convierten en una trampa: una vez establecido el hábito, los atracones se vuelven "autorizados" por las propias purgas y los intentos previos de autocontrol se vuelven más laxos, toda vez que resulta posible "corregir" las conductas inapropiadas a través de dichos métodos. Un nuevo círculo vicioso se establece de esta manera entre los atracones y las conductas purgativas.

Tomando en cuenta este modelo, el abordaje cognitivo conductual de la BN está dirigido tanto a la regularización de los *patrones de conducta alimentaria* como a la modificación de las *creencias o cogniciones* vinculadas al circuito de mantenimiento de los síntomas del trastorno. Se trata, por lo general, de tratamientos bien organizados, con objetivos precisos y de duración limitada (20 a 30 sesiones), que pueden ser administrados en forma individual o grupal.

Durante la primera fase del tratamiento, el objetivo inicial está centrado en el *cambio de conductas* y para facilitar ese fin se instrumentan una serie de intervenciones, a saber:

- brindar información acerca de los temas relativos al TCA que se describirán en la sección de psicoeducación,
- prescribir un plan alimentario regular y equilibrado nutricionalmente,
- iniciar por parte del paciente un proceso de automonitoreo y registro de diferentes variables de importancia (ingesta, pensamientos, sentimientos, episodios sintomáticos u otros problemas, etc.),
- implementar conductas y estrategias alternativas para la regulación y el control de los momentos de crisis (episodios de restricción, atracones, purgas, etc.),
- e identificar las situaciones de riesgo para la anticipación de dichos episodios.

Sin abandonar los esfuerzos por lograr y mantener la regularidad alimentaria ni descartar las estrategias conductuales descriptas, en una segunda fase se comienza progresivamente el trabajo propiamente *cognitivo*, esto es:

- la identificación y reestructuración de los pensamientos automáticos, las creencias subyacentes y las distorsiones cognitivas relacionadas con la comida, el peso y la figura, al modo de la terapia cognitiva clásica,
- la identificación y reestructuración de los pensamientos automáticos, las creencias subyacentes y las distorsiones cognitivas relacionadas con otros aspectos de la persona,
- la adquisición de estrategias para la identifica-

ción y la regulación de los afectos y emociones,

- y la adquisición de nuevas habilidades para la resolución de problemas.

En una tercera etapa, el trabajo terapéutico está dirigido al mantenimiento de los cambios alcanzados y al afrontamiento y prevención de los episodios de recaída, usuales a lo largo del proceso.

Durante todas las etapas, este enfoque se centra fundamentalmente en el presente, sobre la base de una relación terapéutica colaborativa, con una posición activa por parte de la paciente en el cumplimiento de sus tareas dentro y fuera de la sesión. La habilidad y el entrenamiento del terapeuta son fundamentales en la conducción del proceso descrito, sobre todo para reforzar la motivación al cambio, para el mantenimiento del foco y para la determinación del ritmo con el cual ir dosificando tanto las tareas destinadas al cambio de conductas como los diversos procedimientos cognitivos.

1.2. La psicoeducación en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa

La psicoeducación se define como el proceso de proveer a la paciente y a sus otros significativos de información científica específica sobre el trastorno que padece, y sobre las posibles herramientas y métodos para superarlo. La suposición básica es que muchas creencias inadecuadas sobre el trastorno y sus consecuencias se desarrollan a la sombra de la falta de información o de información científicamente incorrecta, y justamente por ese desconocimiento, las respuestas que se dan al problema realimentan a los síntomas del trastorno(25, 17).

El objetivo fundamental de este procedimiento es que las pacientes puedan tomar una posición más activa en el proceso de recuperación y adquirir conocimientos suficientes para tomar decisiones adecuadas respecto de su propio cuidado y de la modificación de las conductas mantenedoras del problema. Este tipo de intervención aumenta la motivación y disminuye las actitudes defensivas por parte del paciente, volviéndolo un "socio responsable" en el proceso de tratamiento que, gracias a ello, se desarrollará en un marco relacional colaborativo. También el abordaje psicoeducativo está basado en una economía de costos, entre otras cosas porque puede ser impartido en grupos relativamente extensos.

La psicoeducación constituye un componente integral del enfoque cognitivo-conductual y progresivamente ha sido incorporado como un elemento importante en otras modalidades de tratamiento. Asimismo, ha demostrado su eficacia como intervención independiente en los casos menos severos de BN(24).

Es amplio el rango de temas sobre los que es útil

informar a las pacientes y su familia para modificar las nociones acerca de la enfermedad y sus conductas asociadas. Entre los tópicos esenciales podemos destacar, siguiendo a Olmsted y Kaplan(25).

- *La naturaleza multideterminada de los trastornos de la alimentación.* Incluye una revisión panorámica de los diferentes factores biológicos, individuales, familiares y socioculturales que, de diversas maneras para cada una de las personas, contribuyen al desarrollo del desorden, y, posteriormente, a la perpetuación del mismo. Se destaca la idea de que, a lo largo del tiempo, el papel de los factores causales puede cambiar, de modo que los factores que inicialmente favorecieron el desarrollo del problema pueden dejar paso a otros mecanismos a la hora del mantenimiento.

- *Las complicaciones médicas y los efectos de las conductas purgativas.* Se describen los síntomas y desórdenes físicos resultantes del empleo de laxantes, diuréticos y vómitos autoprovocados, explicando y enfatizando sus efectos nocivos y su ineficacia como métodos para el control del peso.

- *Los efectos de las dietas y el concepto de "set point".* Se discuten los efectos fisiológicos y psicológicos de las dietas estrictas y/o reiteradas(28). Un profundo análisis del estudio de restricción alimentaria de Minnesotta(17) les brinda a los participantes una noción acabada de estas secuelas. Se reflexiona asimismo sobre las teorías fisiológicas acerca de la regulación del peso corporal, que nos dicen que el cuerpo está regulado genéticamente en su peso y que el cuerpo "defiende" este peso programado (*set point*). También se enfatiza la conexión entre la restricción alimentaria y los episodios de atracones, completando con las conductas compensatorias el circuito autopertuante de la BN. Un aspecto fundamental de esta etapa es entender que el peso esperado saludable para cada uno se determina a través de parámetros genéticos hereditarios, y de la historia del peso personal.

- *Información nutricional básica y pautas de alimentación normal.* Se brinda información sobre las necesidades reales del cuerpo en términos nutricionales y se discuten las características de una alimentación normal. Se establecen pautas claras en relación con los tiempos, cantidades y calidad de la comida como forma de estabilizar nuevos hábitos para una alimentación saludable. Se alienta a las pacientes a reincorporar gradualmente los alimentos eliminados, a medida que alcanzan confianza y seguridad.

- *Factores socioculturales e imagen corporal.* Se somete a análisis el ideal de cuerpo femenino en nuestra cultura, sus cambios a lo largo de la historia y su relación con otros aspectos del lugar de la mujer en nuestra sociedad. Se revisan críticamente la presión social hacia la delgadez, las influencias mediáticas y

la presión del grupo de pares y el entorno familiar. Se distinguen las diversas fuentes que aumentan la insatisfacción con el propio cuerpo y se formulan estrategias para lidiar con ellas(18). En particular, se refuerza el vínculo entre la insatisfacción con el cuerpo y la autoestima y el mecanismo de "desplazamiento", por el cual, los sentimientos displacenteros y la disconformidad con otros aspectos de la persona o la vida son depositados sobre el cuerpo.

- *Estrategias cognitivo conductuales.* Se revisan estrategias de autorregulación y afrontamiento para controlar progresivamente los episodios sintomáticos. A menudo se han desarrollado recursos similares pero con el objetivo de "hacer dieta" y es posible utilizar estos recursos modificando el objetivo. También es recomendable trabajar sobre los sistemas de pensamiento y las distorsiones cognitivas, a través de la reestructuración cognitiva. Sin embargo, el espacio destinado a estos procedimientos en los enfoques exclusivamente psicoeducativos es limitado.

- *Prevención de recaídas.* Se anticipan expectativas realistas respecto al proceso de recuperación. Se normalizan las fluctuaciones sintomáticas y se refuerza el compromiso de recuperación a largo plazo. Se trabaja para sortear las dificultades que puedan surgir enfatizando el cumplimiento del plan nutricional tras los desajustes, sin recurrir a comportamientos compensatorios, y el retorno a las estrategias que dieron resultado en etapas más tempranas del tratamiento. También es útil la discusión de los factores que vuelven más probable una recaída.

Discutiremos, a continuación, nuestra experiencia en la implementación grupal de los principios psicoeducativos y cognitivo-conductuales en el tratamiento de la BN y los trastornos asociados a ella.

1.3. Descripción del dispositivo grupal basado en la psicoeducación y la terapia cognitivo conductual

Tras varios años de práctica en la aplicación de un dispositivo psicoeducativo breve en grupo, análogo al descrito por Olmsted et al.,(24) comprobamos que para lograr cambios más significativos, antes de avanzar a etapas posteriores del tratamiento, era necesario complementar desde el inicio este abordaje con intervenciones más activas. De este modo, rediseñamos el módulo inicial del tratamiento para los pacientes con BN y trastornos asociados, complementando la intervención psicoeducativa grupal con procedimientos más intensivos de cambio cognitivo y conductual.

El formato del grupo así concebido conlleva una duración de 10 semanas con una frecuencia bisemanal de sesiones de una hora y media cada una. La cantidad de participantes oscila entre 10 y 15 pacientes, y está coordinado por dos psicólogos. El

criterio de inclusión abarca pacientes con BN o TCA no especificados de similares características clínicas y se encuentran excluidas las pacientes con AN en curso u otra comorbilidad que dificulte la actividad en el grupo (por ej., pacientes severamente deprimidas). La estructura del mismo es abierta y circular, de modo tal que ingresan nuevas pacientes de manera continua, a medida que son admitidas al tratamiento y termina cada una cuando finaliza su período. De este modo conviven en el grupo pacientes en diferentes etapas de evolución, lo cual funciona por lo general como un estímulo para las nuevas ingresantes al notar los avances de quienes están por terminar.

Los objetivos de este dispositivo grupal están dirigidos a transmitir y discutir la información existente sobre los TCA, apuntalar el proceso inicial de reordenamiento nutricional, brindar herramientas para la reducción sintomática (técnicas cognitivo-conductuales) y activar los recursos del grupo como red de apoyo mutuo. El contrato terapéutico para esta instancia del tratamiento consiste en aceptar los objetivos de esta etapa –que no están dirigidos a “bajar de peso” sino a modificar los hábitos de alimentación que conducen a la sintomatología descrita– comprometerse personalmente a asistir durante el tiempo que dure el grupo, completando las tareas y registros asignados, y cumplir con el plan nutricional propuesto. Para esto se enfatiza, la importancia de ponerse en manos de un profesional especializado en nutrición con experiencia en el manejo de este tipo de trastornos. Asimismo, en determinados casos, a juzgar por la intensidad de los síntomas del TCA o por la presencia de síntomas depresivos o ansiosos de importancia, puede indicarse el empleo de medicación psicofarmacológica con el objeto de potenciar los efectos del tratamiento.

Los contenidos psicoeducativos del grupo están organizados en 6 ejes temáticos que cubren todos los aspectos referidos en el apartado anterior, a saber:

1. *Información básica sobre los TCA,*
2. *Nutrición,*
3. *Pensamientos y actitudes relacionados con el TCA,*
4. *Autoestima y aspectos emocionales del TCA,*
5. *Imagen corporal y, por último,*
6. *Relaciones familiares e interpersonales.*

La discusión de estos contenidos se apoya en la lectura de material psicoeducativo escrito, organizado en un manual que se entrega fraccionado semana a semana. Durante las sesiones se profundizan los conceptos, se revisan las experiencias personales de cada participante en relación con el tópico discutido y se hacen más extensivas las explicaciones, si hace falta, invitando a especialistas. El manual incluye hojas con ejercicios para “practicar” estrategias referidas

al contenido trabajado ese día, cuyo resultado se compartirá la reunión siguiente.

Conjuntamente con la lectura y la discusión del manual, se solicita a las pacientes un registro en una “hoja semanal de automonitoreo” de los síntomas alimentarios significativos y también de los estados anímicos asociados con los cambios producidos esa semana. Con esa hoja se pretende que las pacientes aprendan a “asociar” cada vez más sus síntomas con las situaciones que se producen en su contexto, y sus alteraciones alimentarias, con el cumplimiento o no del plan propuesto por el profesional a cargo de la nutrición.

La dinámica de una sesión típica incluye, inicialmente, la revisión de la sintomatología alimentaria en los días previos, junto con el estado de ánimo y otros problemas (a través de la hoja de automonitoreo) y la revisión de las tareas de la sesión anterior [15’ a 30’]; posteriormente se aborda la discusión del tema central de semana [45’ a 60’] y finalmente la preparación de tareas entre sesiones y elección de estrategias para el control de síntomas (atracones, vómitos, etc.) [15’ a 30’]. En la sesión previa al fin de semana, se enfatiza la anticipación de dificultades y la planificación de estrategias para abordarlas.

Paralelamente al grupo de pacientes, se llevan a cabo cada 15 días sesiones grupales para padres, familiares o terceros significativos, incluidos en el sistema terapéutico para colaborar con la recuperación del consultante. Estas sesiones tienen como objeto compartir información y recibir orientación, y para tal fin se sugiere a los asistentes la lectura de los diferentes capítulos del manual. Es muy importante también este espacio para compartir experiencias y recibir herramientas que ayuden a contener y también tolerar los tiempos de recuperación del paciente.

También se explora el impacto del TCA en la familia y los problemas relacionales que se pueden haber generado a partir de su instalación en el contexto familiar. Se orienta a los diferentes miembros del grupo familiar para que puedan centrarse en el acompañamiento de la paciente en su trabajo inicial de disminuir la sintomatología del TCA y se los ayuda a identificar las problemáticas particulares que será necesario trabajar una vez finalizada esta etapa inicial de intervención.

En lo que sigue presentaremos las características de la muestra clínica en la cual se aplicó este dispositivo y los resultados de la encuesta y las escalas de seguimiento clínico en una porción de dicha muestra.

2. Método

2.1. Diseño

Los resultados que se presentarán a continuación provienen de un estudio de seguimiento clínico lle-

vado a cabo en un centro ambulatorio especializado en el tratamiento de trastornos alimentarios. Los objetivos principales de dicho estudio eran dos: en primer lugar, recabar la opinión y la experiencia subjetiva de las propias pacientes sobre el dispositivo grupal instrumentado, a fin de evaluar su aceptabilidad y viabilidad como recurso terapéutico y mejorar en lo posible su funcionamiento; en segundo lugar, monitorear la evolución clínica de las pacientes durante esta etapa inicial de tratamiento.

Con el propósito de responder al primer objetivo, se administró –una vez finalizado el proceso– una encuesta sobre la experiencia grupal, diseñada por nuestro equipo y que será descripta oportunamente en la sección “Instrumentos”. Con respecto al segundo objetivo, la evolución clínica de las pacientes fue evaluada utilizando dos escalas, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria [*Eating Disorders Inventory, EDI*] de Garner et al. y el Inventario de Depresión de Beck [*Beck Depression Inventory, BDI*], administradas antes de iniciar el grupo y después de finalizado el mismo.

Es importante señalar que todas las pacientes incluidas en el estudio realizaron, en forma paralela al grupo, consultas de orientación nutricional por indicación del tratamiento y algunas de ellas recibieron tratamiento con medicación antidepressiva de tipo ISRS (N=11).

2.2. Selección de los participantes

El estudio incluye pacientes –todas ellas de sexo femenino– con diagnóstico de BN o TCA no especificado que completaron el grupo psicoeducativo/cognitivo-conductual. El diagnóstico de las mismas fue realizado por psicólogos o médicos especializados en TCA de acuerdo con los criterios del DSM-IV.

En total, desde su inicio hasta la fecha de cierre del presente estudio, 88 pacientes con tales características ingresaron el grupo. Los primeros meses de funcionamiento fueron considerados como un período de puesta a punto del dispositivo, y sólo después de ello comenzó a ser administrada la encuesta. A partir de dicho momento, entonces, 42 pacientes completaron la encuesta post-grupo. En una etapa ulterior, fueron introducidas las escalas pre y post, y 20 pacientes que finalizaron el grupo consecutivamente completaron las mismas. Entre quienes finalizaron el grupo durante el seguimiento con las escalas, 5 pacientes fueron excluidas de la serie en estudio: cuatro de ellas por interrupciones excesivas del proceso terapéutico que si bien finalizaron, no resultaba representativo del proceso llevado a cabo por las otras pacientes, y una por no haber presentado la encuesta y las escalas en tiempo y forma.

2.3. Instrumentos

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria [EDI]. El EDI es un instrumento de autoinforme multidimensional diseñado para evaluar actitudes, conductas y rasgos clínicamente relevantes de los TCA. Consta de 64 ítems, con formato de respuesta Likert de 6 puntos, agrupados en ocho subescalas: tres de ellas miden perturbaciones específicas relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) y otras cinco subescalas evalúan constructos psicológicos más generales que se suponen importantes en la comprensión de estos trastornos (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva y Miedo a la madurez). Además de su utilización para evaluar las características y la severidad sintomática de los TCA, el EDI es sensible al cambio, de modo que su uso repetido en diferentes puntos del tiempo provee información sobre la evolución del cuadro y sobre la respuesta al tratamiento. (16, 15) Existen estudios que demuestran la aptitud del EDI para su uso en nuestro medio(9).

Inventario de Depresión de Beck [BDI]. Este instrumento autoadministrado, de extenso uso clínico e investigativo, permite evaluar la severidad de los síntomas depresivos y medir los cambios de los mismos a lo largo del tiempo. Consta de 21 ítems, cada uno de ellos compuesto por cuatro enunciados que describen síntomas depresivos ordenados de menor a mayor gravedad(7). Para este estudio, dos ítems fueron descartados del análisis por prestarse a confusión con síntomas de tipo alimentario.

Encuesta de Evaluación de la Experiencia Grupal. Esta encuesta semi-estructurada fue diseñada para evaluar la percepción subjetiva de las pacientes acerca de la experiencia en el grupo una vez completado éste. La encuesta explora siete tópicos: 1) la utilidad percibida del grupo, 2) la comparación subjetiva entre el estado general del cuadro de la paciente al inicio del grupo y al final del mismo, 3) la evaluación del estado de cuatro áreas específicas al finalizar el grupo (conducta alimentaria, aspectos cognitivos, estado de ánimo y relaciones interpersonales) en comparación con su estado inicial, 4) la valoración de los temas psicoeducativos abordados, 5) los recursos adquiridos o utilizados durante el proceso, 6) los obstáculos experimentados durante el proceso, 7) los temas o problemas pendientes de resolución en posteriores etapas terapéuticas.

2.4. Análisis estadístico

Los resultados de las escalas pre y post intra-grupo fueron comparados con pruebas paramétricas (test de t para grupos apareados) y no-paramétricas (test

Tabla 1
Características de las pacientes que participaron del grupo

	Total	Completaron	No completaron	Prueba de significación
N	88	72 (81,8%)	16 (18,2%)	
Edad (X±DS)	21.87 (4.51)	22,0 (4.4%)	21.49 (4.9%)	NS*
BN	54	46 (85,2%)	8 (14,8%)	NS**
TCA-NE	34	26 (76,5%)	8 (23,5%)	NS**

BN= bulimia nerviosa, TCA-NE= trastorno de la conducta alimentaria no especificado
*= prueba de Mann-Whitney, **= prueba de Chi cuadrado, NS= no significativo

de Wilcoxon), obteniendo resultados similares. Los datos presentados en los apartados 3.2 y 3.3 corresponden a esta última prueba. Las comparaciones entre subgrupos fueron realizadas empleando la prueba de Mann-Whitney.

3. Resultados

3.1. Características de las participantes, adaptación al grupo y motivos de interrupción

Desde su implementación en agosto del año 2000 hasta el mes de marzo de 2002, 88 pacientes (100%) iniciaron el grupo, de las cuales 72 (81,82%) completa-

ron el proceso y 16 (18,18%) interrumpieron el curso del mismo por razones diversas. No se registraron diferencias significativas en cuanto a la edad y el diagnóstico entre las pacientes que completaron el grupo y aquellas que lo interrumpieron prematuramente (ver Tabla 1). Entre éstas últimas, 8 pacientes (9,09%) desertaron del tratamiento por propia decisión, 4 pacientes (4,55%) dejaron de asistir al grupo a partir de una revisión de la indicación por parte de los profesionales, otras 3 pacientes (3,41%) debieron continuar con una modalidad diferente de tratamiento debido a dificultades horarias, y por último 1 paciente (1,14%) debió interrumpir el proceso por cesación de su cobertura médica.

3.2. Evolución de la sintomatología del TCA según el EDI

El cuestionario EDI, elegido para evaluar los cambios en la sintomatología alimentaria y las manifestaciones psicológicas asociadas, mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en el puntaje total del cuestionario antes y después del grupo para la muestra de pacientes seleccionada ($N=20$) [ver Tabla 2]. El análisis de las distintas subescalas por separado reveló también diferencias significativas en cada una de las tres subescalas que miden aspectos específicos del TCA, a saber, las subescalas de "Obsesión por la delgadez" ($p < 0,001$), "Bulimia" ($p = 0,001$), e "Insatisfacción corporal" ($p = 0,005$). Asimismo, otras tres subescalas referidas a aspectos psicológicos más generales del trastorno registraron cambios significativos a lo largo del proceso: "Ineficacia" ($p = 0,005$), "Conciencia interoceptiva" ($p = 0,01$) y "Miedo a la madurez" ($p = 0,015$). Por el contrario, no se observaron tales diferencias en las subescalas de "Perfeccionismo" ($p = 0,059$) y "Desconfianza interpersonal" ($p = 0,082$).

Tabla 2
Cambios en la sintomatología según EDI y BDI (N=20)

	Pre-grupo		Post-grupo		Prueba de significación*	
	X	DS	X	DS	z	p
EDI total	79.0	32.2	47.35	30.47	-3.810	.000
OPD	15.2	4.6	7.45	4.80	-3.826	.000
B	6.65	5.4	2.55	4.35	-3.249	.001
IC	15.9	6.9	11.25	7.68	-2.835	.005
I	9.95	7.2	5.85	8.0	-2.823	.005
P	6.05	4.0	4.45	3.09	-1.890	.059
DI	4.6	4.2	3.15	2.68	-1.738	.082
CI	13,0	7.7	6.4	5.25	-3.383	.001
MM	8.6	6.6	6.4	6.46	-2.444	.015
BDI	20.3	9.6	9.3	9.73	-3.810	.000

*= Test de Wilcoxon

OPD= obsesión por la delgadez, B= bulimia, IC= insatisfacción corporal, I= ineficacia, P= perfeccionismo, DI= desconfianza interpersonal, CI= conciencia interoceptiva, MM= miedo a la madurez

El análisis de las distintas subescalas por separado reveló también diferencias significativas en cada una de las tres subescalas que miden aspectos específicos del TCA, a saber, las subescalas de "Obsesión por la delgadez" ($p < 0,001$), "Bulimia" ($p = 0,001$), e "Insatisfacción corporal" ($p = 0,005$). Asimismo, otras tres subescalas referidas a aspectos psicológicos más generales del trastorno registraron cambios significativos a lo largo del proceso: "Ineficacia" ($p = 0,005$), "Conciencia interoceptiva" ($p = 0,01$) y "Miedo a la madurez" ($p = 0,015$). Por el contrario, no se observaron tales diferencias en las subescalas de "Perfeccionismo" ($p = 0,059$) y "Desconfianza interpersonal" ($p = 0,082$).

3.3. Evolución del estado de ánimo según el BDI

Del mismo modo que el EDI, el Inventario de Depresión de Beck (BDI)(7) evidenció diferencias sig-

nificativas en el estado de ánimo de las pacientes evaluadas en los dos tiempos del estudio, pre y post grupo ($p < 0,001$, ver Tabla 2)).

3.4. Comparación de los resultados entre pacientes medicadas y no medicadas

Durante el proceso grupal, 11 pacientes de la muestra total de 20 recibieron medicación antidepresiva en forma simultánea. Por dicho motivo, se realizaron comparaciones estadísticas entre los subgrupos de pacientes medicadas (N=11) y no medicadas (N=9), analizando las siguientes variables: valores pre-grupo del EDI y BDI, valores post-grupo del EDI y BDI, y diferencias en los puntajes pre y post grupo de ambas escalas (valor final menos valor inicial). Como resultado de dicho análisis, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a los valores iniciales, finales y diferencias de ninguna de las dos escalas (Ver Tabla 3). Por otro lado, se realizó un análisis independiente dentro de cada subgrupo comparando valores pre y post de las escalas EDI total y BDI, para determinar si las diferencias significativas halladas en la muestra total se mantienen en cada subgrupo por separado. Efectivamente, ambos subgrupos mostraron cambios significativos independientes antes y después del grupo en las escalas EDI puntaje total y BDI (ver Tabla 3).

3.5. Percepción de la experiencia grupal según la encuesta semi-estructurada

Según la encuesta (N= 42), un 59,52% de las pacientes evaluó la experiencia en el grupo como “muy útil” para su recuperación, un 35,71% como “útil”, y un 4,77% como “medianamente útil”. Ninguna paciente juzgó carente de utilidad su pasaje por el grupo (ver Figura 1).

En cuanto a la evaluación del estado general del cuadro al finalizar el grupo, en comparación con su estado al inicio del mismo, un 57,14% de las encuestadas refirió sentirse “mucho mejor”, un 33,33% “mejor”, un 4,76% “igual” y otro 4,76% “peor” (ver Figura 2). La evaluación del estado por áreas problemáticas específicas al finalizar el grupo se presenta en la Tabla 4. Se destacan las mejorías en el nivel de restricción alimentaria (un 92, 86%

Tabla 3
Comparación entre pacientes medicadas y no medicadas

	Pacientes medicadas (N=11)		Pacientes no medicadas (N=9)		Prueba de significación entre grupos*
	X	DS	X	DS	
EDI total pre	84,9a	38,2	71,8b	23,1	NS
EDI total post	58,7a	37	33,4b	10,0	NS
BDI pre	21.4c	10.4	19d	8.8	NS
BDI post	11.6c	12,0	6,4d	5,3	NS
Diferencia EDI	26,2	25,4	38,3	20,6	NS
Diferencia BDI	9,7	8,3	12,6	6,4	NS

*= prueba de Mann-Whitney NS= no significativo
a. Comparación entre puntajes EDI total Pre vs. EDI total Post en pacientes medicadas: $p=0,006$ – b. Comparación entre puntajes EDI total Pre vs. EDI total Post en pacientes no medicadas: $p=0,007$ – c. Comparación entre puntajes BDI Pre vs. BDI Post en pacientes medicadas: $p=0,004$ – d. Comparación entre puntajes BDI Pre vs. BDI Post en pacientes no medicadas: $p=0,011$ (Prueba de significación empleada para análisis intra-grupo: Test de Wilcoxon)

de las pacientes encuestadas “mejor” o “mucho mejor”), orden nutricional (un 88,10%) y preocupación obsesiva por la imagen corporal y el peso (un 83.33%). Por el contrario, las áreas relacionadas con la imagen corporal se muestran como las más refractarias al cambio.

En la Tabla 5 se presentan los elementos más importantes que las pacientes encuestadas destacaron como recursos de ayuda durante el proceso terapéu-

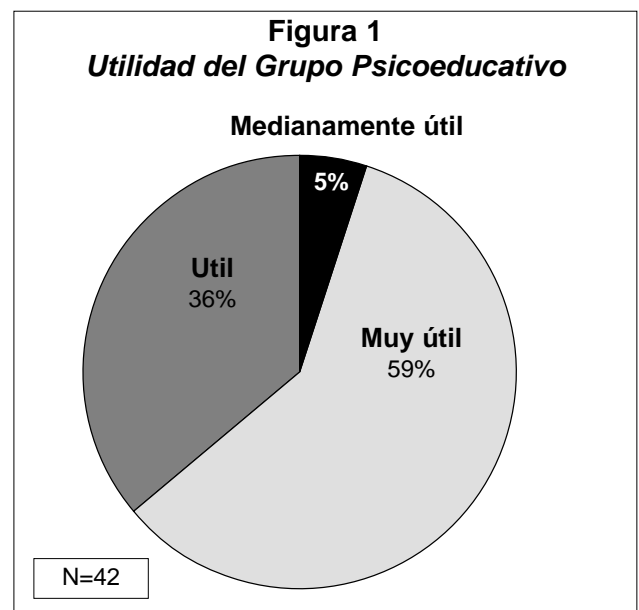
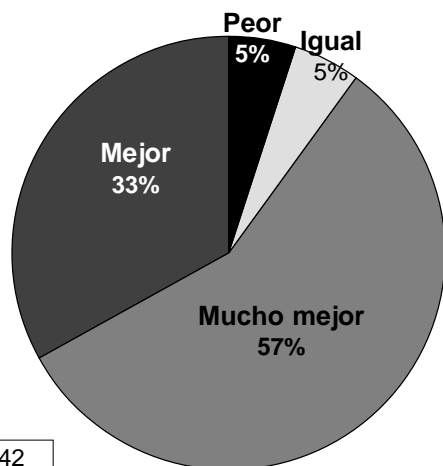


Tabla 4
Evaluación del estado por área específica según encuesta post-grupo

Area evaluada		% de las pacientes encuestadas (N = 42)			
		Mucho mejor o mejor	Igual	Peor o mucho peor	No refiere/ no contesta
Nutrición	Orden nutricional	88.1	9.5	2.4	0.0
	Restricción	92.9	4.8	2.4	0.0
	Conductas purgativas	76.2	7.1	0.0	16.7
	Atracones	78.6	7.1	2.4	11.9
Cognición	Preocup por IC y peso	83.3	14.3	2.4	0.0
	Insatisfacc con IC	40.5	57.1	2.4	0.0
	Distorsión IC	45.2	52.4	0.0	2.4
	Autoestima	64.3	28.6	7.1	0.0
Estado anímico	Apatía/Desánimo	78.6	9.5	11.9	0.0
	Cambios de humor	78.6	16.7	4.8	0.0
	Ansiedad	64.3	33.3	2.4	0.0
	Irritabilidad	81.0	16.7	2.4	0.0
	Motivación	73.8	14.3	9.5	2.4
Relac Interpers	Relac c/padres	81.0	19.0	0.0	0.0
	Relac c/herm	61.9	31.0	0.0	7.1
	Relac c/pareja	31.0	9.5	2.4	57.1
	Relac c/amigos	61.9	35.7	2.4	0

Figura 2
Estado general al finalizar el Grupo
(Según la percepción subjetiva)



tico y aquellos otros que fueron percibidos como obstáculos para realizar cambios más profundos.

Finalmente, prácticamente la totalidad de las pacientes se mostraron satisfechas con la información presentada en el grupo, reconociendo su utilidad y pertinencia.

4. Discusión

Los resultados obtenidos a través del uso de escalas y la percepción subjetiva de las propias pacientes al finalizar el grupo coinciden en mostrar cambios significativos en el estado del problema durante el período evaluado. En este sentido, la gran mayoría de las participantes encuentra útil o muy útil la experiencia y refiere mejorías al cabo de la finalización del grupo.

Cabe apuntar, antes que nada, a los efectos de interpretar correctamente la información obtenida, que el presente estudio no puede ni pretende establecer una demostración generalizable de la eficacia específica de este dispositivo grupal en el tratamiento de la bulimia nerviosa. A favor de esta afirmación pueden citarse tres limitaciones metodológicas precisas: en primer lu-

gar, la ausencia de un grupo control randomizado; en segundo lugar, el número relativamente pequeño de sujetos en la muestra; y, finalmente, la co-presencia de intervenciones terapéuticas paralelas al grupo no controladas. En relación con esto último, resulta lógico pensar que un porcentaje importante de los cambios observados en la conducta alimentaria se debe a la orientación nutricional individual que todas las pacientes evaluadas llevaron adelante en forma paralela al grupo. Con respecto al uso de medicación antidepressiva es sabido que la misma puede mejorar tanto los síntomas del estado del ánimo como las propias manifestaciones centrales de la BN. El análisis de los subgrupos de pacientes medicadas y no medicadas por separado no acusó diferencias previas o finales de los valores *entre* grupos, mientras que el análisis de los cambios *dentro* de cada subgrupo reveló diferencias significativas. Vale decir que los dos subgrupos se mostraron homogéneos y los cambios de uno y otro pueden pensarse de manera independiente. Por lo tanto, estos resultados demuestran que las diferencias significativas obtenidas en la muestra total no son atribuibles exclusivamente al uso de medicación en un subgrupo de pacientes. Sin embargo, quedan sin responder dos interrogantes: 1) cómo habría evolucionado el subgrupo de pacientes medicadas sin el empleo de medicación, puesto que en la evaluación clínica fueron juzgadas como más graves aunque no hayan revelado diferencias previas significativas en las escalas administradas con respecto al otro subgrupo; 2) cómo evolucionarían comparativamente dichas pacientes exclusivamente con medicación. De modo tal que sería necesario un diseño mucho más complejo para separar el aporte específico de cada instancia al cambio total, lo cual excede lo propuesto para este estudio.

Teniendo en cuenta todo esto, el presente estudio debe entenderse más bien como el seguimiento de una muestra de pacientes en un contexto clínico y por supuesto, los cambios observados deben interpretarse a partir del conjunto de intervenciones, a saber, el abordaje grupal focalizado en el cambio cognitivo-conductual, la orientación nutricional individual – que constituyen una unidad operativa en el módulo inicial del tratamiento- y el apoyo farmacológico como herramienta opcional en determinados

Recursos	% (*)	Obstáculos	% (*)
Contención profesional	100	Impaciencia para esperar los cambios	78.6
Aprender de las recaídas	97.6	Ansiedad	64.3
Conocer otras personas con el mismo problema	92.9	Miedo al cambio	64.3
Información sobre el TCA	88.1	Dificultad para pedir ayuda	61.9
Pedir ayuda a terceros frente a problemas	88.1	Duración previa del TCA	57.1
Compartir las propias experiencias en grupo	85.7	Decaimiento anímico	54.8
Plan Alimentario	83.3	Intensidad de los síntomas	42.9
Tareas entre sesiones	83.3	Falta de motivación	40.5
Estrategias para el control de los síntomas	78.6		

(*) = % de encuestados que evaluaron cada ítem como "muy importante" o "importante"

casos. Para decirlo de otro modo, la intención de este artículo es reflejar la instrumentación del grupo tal como se desarrolla en la "realidad clínica".

Como señalamos con anterioridad, los objetivos de esta intervención terapéutica estaban dirigidos a discutir la información existente sobre los TCA, apuntalar el proceso inicial de reordenamiento nutricional, brindar herramientas para la reducción sintomática y activar los recursos del grupo como red de apoyo mutuo. Los resultados, a nuestro juicio, concuerdan con el efecto esperado para este tipo de dispositivo según lo descrito en la literatura(3).

En particular, apoyan esta observación los cambios significativos en las tres subescalas específicas del EDI (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) fundamentales a los efectos de comprobar la mejoría en la conducta alimentaria, foco inicial y principal del tratamiento diseñado. En concordancia con estos datos, entre las mejorías referidas en la encuesta resaltan notablemente los ítems relacionados con la conducta alimentaria y las preocupaciones referidas a la comida y el peso.

Los cambios en las otras subescalas (Ineficacia, Conciencia interoceptiva y Miedo a la madurez) pueden ser interpretados bien como consecuencia del trabajo cognitivo realizado, bien como un efecto secundario de la mejoría en la sintomatología alimentaria. Por el contrario, las subescalas que no mejoran pueden represen-

tar áreas no cubiertas por este dispositivo o corresponden quizás a rasgos más estables o arraigados de la personalidad que requieren un trabajo subsiguiente más prolongado o profundo. Así, es sabido que el perfeccionismo constituye uno de tales rasgos, comúnmente asociado a características obsesivas de la personalidad, y que permanece muchas veces inalterado tras la mejoría del cuadro alimentario(33).

En relación con la imagen corporal, si bien la subescala de Insatisfacción Corporal del EDI muestra una mejoría significativa, un porcentaje importante de pacientes refirió sentirse igual o peor en esa área según la encuesta administrada. Esta disparidad puede atribuirse al hecho de que, aunque existe una reducción real del malestar, la percepción del propio cuerpo al final del grupo sigue siendo mayormente displacentera y por consiguiente requiere mayor tiempo de elaboración. Esta explicación concuerda con la experiencia clínica en cuanto a que los cambios en la vivencia de la imagen corporal suelen producirse de un modo más gradual y tardío que otros cambios en la conducta alimentaria. Una explicación alternativa, de orden metodológico, reposa en la posibilidad de que, acaso, los dos instrumentos consignados (la subescala IC del EDI y la encuesta semi-estructurada) puedan estar midiendo diferentes aspectos de la experiencia corporal del TCA o bien que la encuesta pueda estar fallando en medir o identificar correctamente dicho factor.

Como punto importante a destacar, el dispositivo grupal evaluado muestra bajos niveles de deserción o discontinuación, con un 18% de pacientes que no pudieron completar el proceso por motivos diversos, en comparación con valores de hasta el 40% referidos en estudios sobre este problema(31). Tales datos sugieren que este tipo de dispositivo constituye una opción aceptable para las pacientes y pragmáticamente aplicable en la clínica. Probablemente el funcionamiento grupal contribuye de forma positiva a la viabilidad del modelo, promoviendo vivencias de desestigmatización en los sujetos, suscitando lazos de pertenencia y generando efectos de red de apoyo recíproco. A tal respecto, en la encuesta, un porcentaje importante de pacientes señaló como recursos valiosos para el cambio el descubrir que otras personas sufrían las mismas dificultades y poder compartir el proceso de recuperación con las mismas.

Entre otros recursos encontrados en el grupo, resal-

tan la información adquirida, el aprendizaje a partir de las recaídas, el pedido de ayuda a terceros (familiares o amigos) para manejar las situaciones problemáticas y la contención por parte de profesionales.

Entre los obstáculos para la recuperación, se hacen notar la impaciencia para esperar los cambios, la sensación de ansiedad y, paradójicamente, los propios miedos suscitados por el cambio. Estos elementos nos han llevado a incluir dentro del esquema del grupo información y tareas relacionadas con el proceso de cambio, inspiradas en el modelo transteorético del cambio(29), que ha sido utilizado crecientemente en el campo de los TCA para favorecer la motivación hacia el tratamiento(13).

La interpretación de los cambios mayormente positivos en el estado de ánimo y otras variables emocionales –según lo evidenciado por el BDI y la encuesta– resulta compleja por la presencia de diversos factores. Por un lado, es sabido que la mejoría nutricional se acompaña de una mejoría secundaria en el estado de ánimo en muchos casos. Por otro lado, el propio grupo al abordar aspectos cognitivos relacionados con la autoestima y otros aspectos del *self* puede haber contribuido a ello. Finalmente, como ya señalamos, algunas pacientes recibieron durante el estudio medicación antidepresiva que puede haber influido en la mejoría anímica dentro de ese subgrupo.

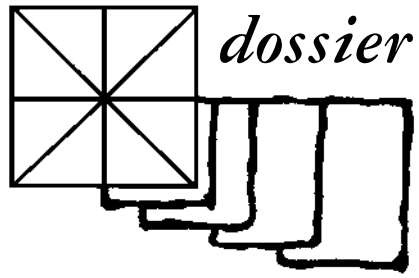
Vale la pena agregar, por último, que la mayoría de las pacientes una vez finalizada esta etapa ha requerido continuar el tratamiento para profundizar las mejorías iniciadas en su cuadro y a la vez para extender los cambios a otras áreas problemáticas de la persona sólo vislumbradas o identificadas en esta instancia. De modo que el procedimiento reseñado debe ser entendido como el inicio de un proceso en etapas o como el complemento en paralelo de otras modalidades de intervención de más largo plazo.

En conclusión, la revisión del proceso terapéutico en su fase inicial de la BN y los TCA no especificados asociados a ésta, basado en el abordaje grupal cognitivo-conductual y psicoeducativo, nos muestra que el dispositivo es viable, que el cambio buscado de los patrones alimentarios perturbados es posible y que los beneficios se extienden asimismo a otras áreas de funcionamiento. El hecho de encarar estas tareas en grupo reviste beneficios específicos, destacados por las propias pacientes como recursos importantes para el cambio ■

Referencias bibliográficas

1. Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC., A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57: 459-466.
2. American Psychiatric Association, Practice Guidelines for the treatment of patients with eating disorders (revised). *American Journal of Psychiatry*, 2000 Supplement; 157: 1.
3. Anderson DA, Maloney KC., The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, 2001; 21(7): 971-988.
4. Bacaltchuk J, Hay P, Mari JJ., Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: a systematic review. *Australian New Zealand J Psychiatry*, 2000; 34:310-317.
5. Bacaltchuk J, Trefiglio RP, Oliveira IR, Hay P et al., Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000; 101: 256-267.
6. Bacaltchuk J, Trefiglio RP, Oliveira IR, Lima MS, Mari JJ., Antidepressants versus psychotherapy for bulimia nervosa: a systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1999; 24: 23-31.
7. Beck AT, Steer RA., Beck Depression Inventory (BDI). En: *Handbook of Psychiatric Measures*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
8. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA., *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders*. *Psychological Medicine*, 1994; 24: 859-867. New York, Brunner/Mazel, 1992.
9. Casullo MM, Castro Solano A, Góngora, V., El uso de la escala EDI-2 con estudiantes secundarios argentinos, *RIDEP*, 1996; año 2, vol. 2.
10. Cooper MJ, Todd G, Wells A., Content, Origins, and Consequences of Dysfunctional Beliefs in Anorexia nervosa and Bulimia Nervosa. *J of Cognitive Psychotherapy*, Vol. 12, 3,1998.
11. Fairburn CG., Eating Disorders. En: *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Clark DM & Fairburn Cg (Ed.), Oxford, Oxford UP, 1997.
12. Fairburn CG., Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En: Garner DM & Garfinkel PE (Eds.). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd Edition, New York, The Guilford Press, 1997.
13. Feld R, Woodside DB, Kaplan AS, Olmsted MP, Carter JC., Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: a pilot study. *Int J Eat Disord*, 2001; 29: 393-400.
14. Garner DM, Needleman LD. Sequencing and integration of treatments. En: Garner DM & Garfinkel PE (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd Edition, New York, The Guilford Press, 1997.
15. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J., Eating Disorder Inventory (EDI). En: *Handbook of Psychiatric Measures*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
16. Garner DM., *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. TEA Ediciones, Madrid, 1998.
17. Garner DM., Psychoeducational Principles in Treatment. En: Garner DM & Garfinkel PE (Eds.). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd Edition, New York, The Guilford Press, 1997.
18. Gowers SG, Shore, A., Development of shape and weight concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 2001; 179: 236-242.
19. Harper-Giuffre H, Mackenzie KR (Eds.), *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1992.
20. Hay PH, Bacaltchuk, J., Bulimia Nervosa. Extracts from "Clinical Evidence". *British Medical Journal*, 2001; 323: 33-37.
21. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK., Comorbidity and Outcome in Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 1996; 19(4): 843-859.
22. Johnson JG, Spitzer RL, Williams, JBW., Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 2001; 31(8):1455-1466.
23. Mehler & Andersen (Eds.) *Eating disorders: A guide to medical care and complications*. The John Hopkins University Press, Baltimore, 1999
24. Olmsted MP, Davis R, Rockert W, Irvine M, Eagle M, Garner DM., Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 1991; 29: 71-83.
25. Olmsted MP, Kaplan AS., Psychoeducation in the treatment of eating disorders. En: Brownell KD, Fairburn CG (Eds.). *Eating disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*, Guilford Publications, New York, 1995.
26. Peterson CB, Mitchell JE., Psychosocial and pharmacological treatment for eating disorders: a review of research findings. *Journal of Clinical Psychology*, 1999; 55: 685-697.
27. Polivy J, Federoff I., Group Psychotherapy. En: Garner DM & Garfinkel PE (Eds.). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd Edition, New York, The Guilford Press, 1997.
28. Polivy J, Herman CP., Dieting and its relation to eating disorders. En: Brownell KD, Fairburn CG (Eds.). *Eating disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*, Guilford Publications, New York, 1995.
29. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC., In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 1992; 47, 1102-1114.
30. Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP, Koke SC, Lee JS., A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159:96-102)
31. Steel Z, Jones J, Adcock S, Clancy R, Bridgford-West L, Austin J., Why the High Rate of Dropout from Individualized Cognitive-Behavior Therapy for Bulimia Nervosa? *Int J Eat Disord*, 2000; 28: 209-214.
32. Vanderlinden J, Norré J, Vandereycken W., *A practical guide to the treatment of bulimia nervosa*. New York, Brunner/Mazel, 1992.
33. Von Ranson KM, Kaye WH, Weltzin TE, Rao R, Matsunaga H., Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*; 1999, 156:1703-1708.

Agradecemos al equipo profesional de "La Casita" por su colaboración en este estudio y en particular a la Lic. Alicia Alemán, una de las coordinadoras del grupo psicoeducativo-conductual.



Tentativas de suicidio en la vejez Modelos de Investigación

A lo largo de los últimos dos siglos, el suicidio fue siendo objeto, progresivamente, de estudios científicos, dejando de ser causa de condena y castigo por medio de sanciones judiciales y/o religiosas.

Clásicamente se han enfrentado dos tipos de concepciones interpretativas acerca del suicidio:

1. Las teorías sociológicas cuyo máximo exponente se encuentra en las obras de Emil Durkheim (*Le suicide*, 1897) y Halbwachs (*Les causes du suicide*, 1930). Estas concepciones se apoyan en las estadísticas y las cifras de la epidemiología, que se han ido acumulando a partir del siglo XVIII.

2. Las teorías psicopatológicas, que se remontan a la psiquiatría del siglo XIX, con Esquirol (*Sur la monomanie suicide*, 1827) y ocuparon a los especialistas a todo lo largo de la historia de la especialidad. Inicialmente y por largo tiempo los psiquiatras se basaron en observaciones individuales y series de casos como argumentos pero, más recientemente, se proveyeron de métodos estadísticos y realizaron estudios epidemiológicos detallados.

Hoy en día existe una corriente "neo-durkheimiana", sostenida incluso por algunos especialistas en psiquiatría, en particular para dar cuenta de los suicidios adolescentes. Esta última corriente plantea una óptica que tiende a desconocer y evitar la raíz propiamente psiquiátrica del problema. Responsabilizar a la "sociedad", en su sentido más vago, es una explicación fácil y sugestiva pero poco rigurosa. Actualmente se admite que al menos el 95% de los suicidios corresponden a sujetos con un "trastorno mental" (en el sentido del DSM IV y la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)) que hubieran podido verse beneficiados con un tratamiento psiquiátrico.

En realidad, y para ser más precisos, uniendo los aspectos psicopatológicos individuales con ciertos acontecimientos sociales altamente estresógenos se debe entender que el suicidio es pluri-determinado, y que dichos fenómenos sociales poseen una causalidad de tipo indirecta que consiste en poner en evidencia a los sujetos más vulnerables.

La epidemiología es esencial para

Hemos elegido para ilustrar este Dossier grabados de la serie "Calaveras" del artista mexicano José Guadalupe Posada (1852-1913). Sus connotaciones críticas, satíricas, elogiosas y festivas alcanzaron a ser la característica más honda y original del arte popular mexicano.

Según Luis Cardoza y Aragón "La muerte es el tema universal de la expresión humana. El sentido con que se la cuida, la familiaridad, ternura y sencillez con que México considera la muerte, su obsesión, ni trágica ni fúnebre sino nupcial y natal, su cotidianeidad inmediata, su visibilidad imperiosa y serena, su risa manante más de su gemido, encierran la sabiduría no aprendida de una concepción cósmica y lúcida, como perpetuante maravillada, peculiarísima de México y que proviene de tradiciones precortesianas entretrejidas con las del medioevo europeo, con sus danzas macabras y juicios finales; pero la muerte mexicana, una muerte vital, un canto a la vida, sublimada en los sacrificios, no nos trataba como hombres sino como dioses. Las calaveras de Posada son el motivo más profundo y revelador de su obra y de sí. Ante el absurdo de la muerte no cabe la tragedia sino el humor, y a sus preguntas responde con jovialidad. Y estalla una rebelión mágica en la cual hombres y mujeres, niños y animales se despojan no sólo de sus máscaras sino de sus carnes: ya no desollados sino roídos por un tiempo que los relojes no pueden ni soñarlos. Aquí está la sed de ser piedra y de no serlo. Sed desmesurada de una 'cruda' y remotísima y sin término. Hay una nublada conciencia, libertadora de la servidumbre del hombre a la muerte, himnos a la noche de una muerte no llorada sino sonreída, florida y cantada con la lira y el arco heraclitanos".

conocer todas las dimensiones de este comportamiento. De todas las conductas humanas, el suicidio es probablemente la más apropiada para los estudios epidemiológicos. Así es, las dos condiciones metodológicas principales para este tipo de estudios se cumplen aquí con facilidad: la definición del caso es a) simple y b) precisa.

Aunque, teóricamente, todos los casos ocurridos en la población pueden conocerse y por ende, pueden ser contabilizados, en realidad, la naturaleza suicida de ciertas muertes sigue siendo ignorada o incierta. También puede ser voluntariamente disimulada, pero veremos que en el conjunto, esto no invalida los estudios epidemiológicos. Por el contrario, a veces se consideran "suicidas" ciertos comportamientos de riesgo, ordálicos, peligrosos o negligentes (como la inobservancia dietética o terapéutica). Estos se excluyen de este tipo de estudios. Las estadísticas sobre el suicidio existen y suelen ser detalladas desde hace tiempo en numerosos países, lo que permite estudios a largo plazo.

La mayoría de las estadísticas se refieren a los casos de suicidio informados y por ello dependen mucho de la manera en que la sociedad los define y los contabiliza. Sin embargo, las diferencias, según datos de la OMS, deberían ser más marcadas entre países en vías de desarrollo y países occidentales que entre países con una infraestructura sanitaria comparable.

Las estadísticas sobre el suicidio no podrían emplearse para comparar a los países entre sí, pues los métodos para censar difieren mucho. Así es, parecería que los países "desarrollados", bien organizados, tienen las tasas de suicidio más altas, pero también los mejores datos estadísticos. A la inversa, los países subdesarrollados no parecerían tener cifras confiables ni censos reales de las muertes por suicidio. Además, en ciertas sociedades, tradicionales o no, los suicidios se disimulan.

La importancia de los estudios epidemiológicos reside en la identificación de los factores que afectan la frecuencia y la distribución del suicidio. Se trata de ubicar a los grupos demográficos y sociales con mayor riesgo a fin de prevenir el suicidio por medio de una acción sobre los fenómenos individuales y sociales que predisponen al mismo.

En marzo de 1996 presentamos en Vertex un Dossier que trataba de dar cuenta de las complejidades de un fenómeno atravesado por muchas variables como lo es el suicidio. Han pasado siete años desde aquella publicación y es mucho lo que se ha escrito e investigado acerca de las personas

que se quitan la vida o intentan hacerlo; la psiquiatría, como se dijo antes, ha planteado diferentes enfoques y aproximaciones, siendo quizás uno de los más importantes el que se dedica a estudiar los diferentes grupos de riesgo suicida teniendo en cuenta las edades. Todos los autores concluyen en que son los adolescentes y los viejos (adultos mayores, ancianos, veteranos... o como se los prefiera designar) aquellos entre los que se registran mayor cantidad de conductas suicidas.

Es por esas razones que hemos elegido nuevamente a la vejez como tema para nuestro Dossier, poniendo el eje, en esta ocasión, en aquellos viejos que realizan tentativas de suicidio y para ello presentamos una serie de trabajos que tratan de mostrar algunas de las diferentes características que reúne este heterogéneo grupo de pacientes.

Un equipo de investigación formado por médicos psiquiatras del Hospital Italiano de Buenos Aires, dirigido por Daniel Matusevich, ha elaborado cinco investigaciones que se centran en distintos aspectos de la conducta de viejos suicidas, implementando en cada caso un modelo de aproximación particular que tiene en cuenta la subjetividad propia del objeto de estudio.

Dos de los trabajos presentados se centran en la vertiente epidemiológica: en uno se delinea el perfil de los ancianos que realizan tentativas suicidas mientras que en el otro se analiza las características de los viejos deprimidos que tratan de matarse, teniendo en cuenta que la depresión mayor es la patología más asociada al suicidio.

El estudio de caso es el método elegido para presentar cinco pacientes que están en las primeras etapas de la demencia y que deciden poner fin a su vida; un estudio comparativo, prospectivo, observacional y transversal realizado por Ruiz, Dabi, Vairo et al., evalúa si existen diferencias entre el grupo de pacientes que deja nota suicida y aquellos que no la dejan.

Por último Matusevich realiza un análisis cualitativo de las notas suicidas dejadas por los pacientes ancianos tratando de aportar una comprensión acerca de los motivos por los cuales una persona toma la decisión de quitarse la vida. Para cerrar la serie Juan Carlos Stagnaro, el único de los autores de este Dossier que no pertenece al equipo antes mencionado, presenta un trabajo en el que pasa revista a la bibliografía internacional sobre el tema extractando conclusiones de utilidad para el manejo en nuestro medio de esta dramática situación existencial ■

Tentativas de suicidio en la vejez

Datos del Hospital Italiano de Buenos Aires

Daniel Matusevich

Médico especialista en Psiquiatría. Coordinador de la Sala de Internación de Psiquiatría y Coordinador de Gerontopsiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Carlos Finkelsztejn

Jefe del Servicio de Psiquiatría del HIBA

Eugenia Dabi

Coordinadora de Emergencias Psiquiátricas y Coordinadora de Atención Domiciliaria Psiquiátrica del HIBA. Dirección: Av. Díaz Vélez 3824, 3° piso "F". Eugedabi@xlnet.com.ar

Introducción

La trascendencia que adquiere el suicidio en la vejez está dada por la prolongación de la vida y el crecimiento de la población vieja, siendo éste uno de los fenómenos más importantes de mitad del siglo XX y comienzos del XXI. En los países desarrollados, en 1900, el 40% de los recién nacidos llegaban a los 65 años. De los que nazcan hoy en día, el 80% va a llegar a esa edad. Recibimos el nuevo siglo con una proporción de mayores de 65 años del 12% que para el 2025 será del 19%. Para ese mismo año la proporción de viejos será mayor que la de personas de 0 a 14 años(4, 14).

El suicidio es la octava causa de muerte entre las personas de todas las edades en EEUU; actualmente los viejos representan el 25% del total de suicidios. En los próximos años, el suicidio de viejos se va a transformar en un problema aún más significativo(13, 16). El sexo masculino y el incremento de la edad constituyen dos de los factores epidemiológicos de riesgo más citados(4, 8).

En la mayoría de los países industrializados, la tasa de suicidio tiende a incrementarse con la edad, siendo la más alta en los hombres mayores de 75 años (75-84 años: 25/100.000; 15-24 años: 13/100.000). Esta tasa ha permanecido relativamente constante y no ha tenido el incremento dramático de la tasa de suicidios en jóvenes(10). En Argentina el número de personas mayores de 65 años, que cometen suicidio es 597 al año (tasa de suicidios x 100 mil habitantes: 16,8)*. En cambio no se cuentan con estadísticas acerca de la cantidad de viejos que realizan tentativas de suicidio ni tampoco con datos que permitan caracterizar a estos episodios. En otros países, como por ejemplo Inglaterra, han trabajado con programas nacionales de prevención, educación e investigación sobre suicidio y tentativas de suicidio; con el objetivo de disminuir la tasa de suicidio en un 15%, para el inicio del 2000(6, 20, 21).

* Los datos corresponden al Ministerio de Salud Nacional con base en el año 2000.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo es analizar las características de los pacientes mayores de 60 años que realizaron tentativas de suicidio e ingresaron a la Sala de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. **Método:** Este es un estudio retrospectivo sobre las Historias Clínicas, abarcando el período junio 1999- junio 2002. Nos basamos en un protocolo que comprende variables demográficas, clínicas y de las características de las tentativas. Los pacientes fueron diagnosticados por dos médicos psiquiatras y re-evaluados MMPI and Rorschach. **Resultados:** 72% fueron mujeres. La edad media de 73,8. 20% divorciados, 20% solteros, 32% viudos y 32% casados. El diagnóstico más frecuente fue Trastorno Depresivo Mayor de inicio tardío, seguido de Trastornos de la Personalidad (96%; 48%).El método más usado fue la intoxicación medicamentosa, (68.75% BDZ). Casi la mitad de las tentativas fueron graves o muy graves. **Discusión:** Podríamos inferir que los ancianos que realizan tentativas de suicidio tienen, en su mayoría, el siguiente perfil: mujeres, de 68-78 años, sin pareja, que viven acompañadas, con Trastorno Depresivo Mayor (y casi la mitad con algún Trastorno de la Personalidad) y enfermedad clínica. Son primeras tentativas, se hallan solas en ese momento y no dan aviso. La sordera es una comorbilidad frecuente.

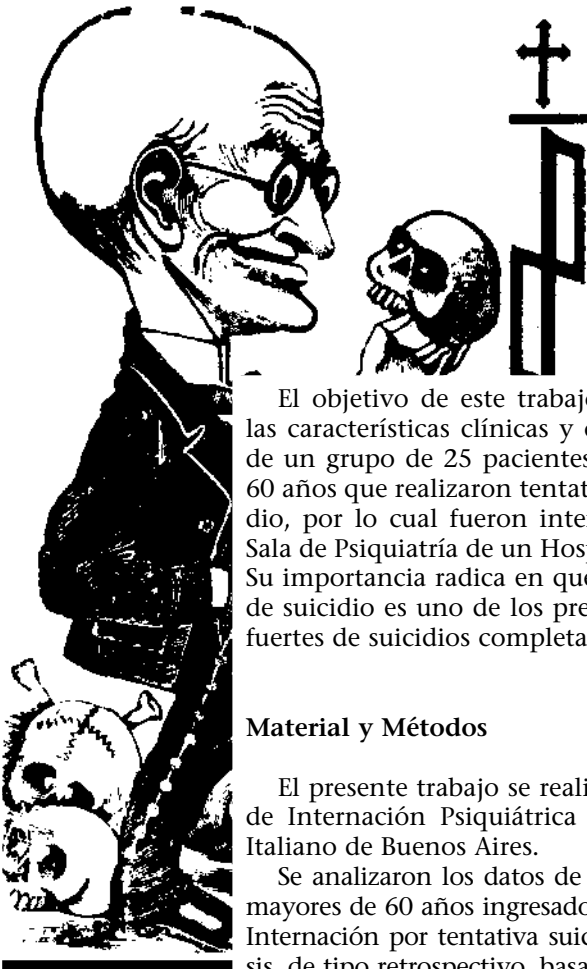
Palabras clave: Tentativa de suicidio – Vejez y suicidio – Epidemiología del suicidio.

SUICIDE ATTEMPTS IN ELDERLY PEOPLE. DATA FROM THE HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Summary

Objetivo: The aim of this paper is to analyze some characteristics of 25 patients, over 60, who attempted suicide and were hospitalized in the Department of Psychiatry of a general hospital in Buenos Aires. **Methods:** This is a retrospective study using data from the medical records of patients (1999 to 2002); based on a protocol comprising an analysis of attempted suicides, demographic and clinical variables. Patients were diagnosed following the DSM-IV criteria by two trained GPs and were confirmed by MMPI and Rorschach. **Results:** 72% were women. The average age was 73,8 % were divorced, 20% never married, 32% widowed and 32% married. The most frequent diagnosis was Major Depressive Disorder of late onset followed by Personality Disorder (96%; 48%). The most frequent method was intoxication, (68.75% BDZ). Almost half of the attempts were highly severe. **Discussion:** We may infer that the elderly person who attempts suicide: is female, 68-78 years old, does not have a partner, lives with someone, has Major Depressive Disorder (at least half of them had Personality Disorder) and a clinical disease. This is her first attempt, is alone at home, and she does not advise others. Reduced hearing is a very frequent co-morbidity.

Key Words: Suicide attempt – Aging and suicide – Epidemiology of suicide.



El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas y demográficas de un grupo de 25 pacientes mayores de 60 años que realizaron tentativas de suicidio, por lo cual fueron internados en la Sala de Psiquiatría de un Hospital general. Su importancia radica en que la tentativa de suicidio es uno de los predictores más fuertes de suicidios completados(13).

Material y Métodos

El presente trabajo se realizó en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se analizaron los datos de los pacientes mayores de 60 años ingresados a la Sala de Internación por tentativa suicida. El análisis, de tipo retrospectivo, basado en los datos de la Historia Clínica, abarcó el período: junio 1999-junio 2002. Se realizó sobre la base de un protocolo diseñado que incluye variables demográficas (sexo, edad, grupo de convivencia, estado civil, religión), clínicas (diagnóstico según DSM IV, personalidad, minimal, antecedentes psiquiátricos personales y familiares), y de estudio de la tentativa (número, método, gravedad, fecha, aviso previo, posterior y nota).

Los diagnósticos se realizaron según criterios del DSM IV por al menos dos clínicos entrenados y por MMPI, Rorschach, y Escala de Depresión de Hamilton. La severidad de las demencias se evaluó con Global Deterioration Scale –GDS- (Reisberg, 1982) y con la Clinical Dementia Rating –CDR- (Hughes, 1982) En cuanto a la gravedad de las tentativas consideramos: graves, las que requirieron internación en la Sala de Clínica Médica previa al pase a Psiquiatría; y muy graves (suicidios frustrados) las que requirieron internación en Unidad Coronaria o Unidad de Terapia Intensiva.

Resultados

Variables Demográficas (Tabla 1)

El 72% de la muestra fueron mujeres. La edad media fue de 73,84 (DS= 5).

Tabla 1
Características demográficas

<i>Síntomas</i>	<i>n=24</i>	<i>%</i>
<i>Características</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porc.</i>
Mujeres/ Varones	18/7	72%/28%
Edad: <65 años	1	4%
65 – 70 años	4	16%
71 – 75 años	9	36%
76 – 80 años	9	36%
> 80 años	2	8%
Casados	8	32%
Sep/divorciados	5	20%
Viudos	8	32%
Solteros	5	20%
Viven acompañados	17	68%
Viven solos	8	32%
Católicos practicantes		
/no practicantes	6 / 10	30%/50%
Judíos practicantes		
/ no practicantes	0 / 2	0%/10%
Agnósticos	2	10%
Sin estudios	1	4%
Est. Primarios	9	36%
Est. Secundarios	7	28%
Est. Terciarios	6	24%
Est. Universitarios	2	8%

En cuanto al estado civil: 16% está separado o divorciado, 20% soltero, 32% viudo y la misma cantidad casado. Son personas en su mayoría sin pareja, pero que viven acompañados. Sólo el 22% viven sólo.

Sobre una N de 20 –ya que del resto no pudimos obtener este dato– resultó que la gran mayoría (90%) son religiosos, pero el 70% no practicantes.

Un solo paciente resultó analfabeto y dos universitarios. El 87.5% tenía estudios primarios o secundarios.

Características Clínicas

Los diagnósticos más frecuentes fueron: Trastorno Depresivo Mayor de inicio tardío y Trastornos de Personalidad, con una fre-

Tabla 2
Método suicida empleado

Método	Frecuencia	Porcentaje
Intox. medicam	14	64%
Intox. y corte	2	8%
Intox. gas	1	4%
Ahorcamiento	2	8%
Salto al vacío	3	12%
Arma de fuego	1	4%

Tabla 3
Sector del Hospital al que ingresaron los pacientes

Sector del Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Sala de Psiquiatría	13	52%
Sala de Clínica Médica	6	24%
Unidad de Terapia Intensiva	5	20%
Unidad Coronaria Intensiva	1	4%

cuencia del 96% y 48% respectivamente, con una comorbilidad del 50%.

El segundo diagnóstico en frecuencia del Eje I fueron las Demencias, todas leves.

Si en el Eje II se incluyen los rasgos de personalidad, este resultó positivo en la gran mayoría, con una predominancia de los rasgos o trastornos Narcisistas (56%).

El 92% de los pacientes tenían enfermedades clínicas concomitantes.

Si bien casi la mitad contaba con antecedentes psiquiátricos personales y familiares, para el 76% ésta fue la primera internación psiquiátrica.

En el momento previo inmediato a la tentativa la mitad de los pacientes se encontraba realizando tratamiento psiquiátrico; del resto, la mayoría era medicado por su médico de cabecera y otros no realizaban ningún tipo de tratamiento.

Característica de la Tentativa

El 80% de las tentativas fueron realizadas entre los meses de abril y septiembre, con mayor frecuencia en Abril-Mayo.

El método más frecuentemente empleado fue la intoxicación medicamentosa, en su gran mayoría con psicofármacos, el 68.75% con benzodiazepinas (ver Tabla 2).

En cuanto a la gravedad de las mismas, casi la mitad fueron graves o muy graves, el resto desde la Central de Emergencias pasaron directamente a la Sala de Psiquiatría (ver tabla 3).

Para el 60% de los pacientes fue la primera tentativa, para el 24% la segunda, para el 12% la tercera y para el 4% la cuarta.

El 60% se hallaban solos durante el momento en que realizaron la tentativa. Habían dado aviso previo el 16%, y dieron aviso inmediatamente posterior a realizar la tentativa el 32%. Dejaron nota de despedida el 32%.

Tentativas graves y muy graves: descripción

Si analizamos el subgrupo (requirieron internación en Terapia Intensiva/ Unidad Coronaria) con tentativas muy graves (ver tabla

4) en el 100% la modalidad fue intoxicación; ninguno dio aviso previo, 60% dejó nota de despedida; el 80% estaba solo en el momento de la tentativa; el 80% son viudos; el 80% es hipoacúsico; en el Eje I, 100% están deprimidos, siendo todas las depresiones de inicio tardío, y sólo un paciente con Demencia (16,6%). En el Eje II, el 66,6% con Trastorno de Personalidad; 16,6% Rasgo Narcisista y lo mismo con Eje II aplazado.

Dado que casi todos los pacientes se hallan deprimidos al momento de la tentativa, parecería, entonces que el "quiebre" entre tentativa grave y no grave podría estar dado entre otros factores por padecer Demencia. Pero las muy graves no son llevada a cabo por estos mismos pacientes, tal vez como ya se ha dicho, por la incapacidad psicomotora que esta enfermedad conlleva. En cambio los Trastornos de Personalidad serían según nuestro estudio la comorbilidad más frecuente en todo el grupo (graves y muy graves) de pacientes. De los cinco pacientes con tentativas muy grave sólo uno tiene el Eje II aplazado; uno tiene Rasgos Narcisistas de Personalidad; tres tienen

Tabla 4
Características del grupo Con tentativas graves/ muy graves

Características	Tentativas graves y muy graves 48%
Mujeres / Varones	75% / 25%
Intoxic. Medicam.	91,66%
Aviso previo	8,3%
Dejan nota	50%
Estaban solos	75%
Viven solos	41,6%
1° tentativa	66,6%
T. Depres. Mayor	100%
Demencia	41,6%
Hipoacusia	41,6%
T. Narcisista Pers	50%
T. Histriónico Pers	8,3%
Rasgos Narc. Pers	16,6%
Eje II: Aplazado	25%



Trastorno Narcisista de la Personalidad y uno Trastorno Histriónico de la Personalidad. Es así que el Eje II se mantiene casi constante en este subgrupo.

Discusión

Teniendo en cuenta las limitaciones de un estudio retrospectivo y que en nuestro país no contamos con información estadística fiable para comparar nuestros resultados; podríamos decir, según nuestro estudio, que los viejos que realizan tentativas de suicidio, cumplen con el siguiente perfil: mujeres, entre 68 y 78 años, sin pareja, que viven acompañadas, con Trastorno Depresivo Mayor y enfermedad clínica. En la mayoría es la primera tentativa, no dan aviso y se encuentran solas en su casa en el momento de la tentativa. Estos datos coinciden con los reportados anteriormente en otros países occidentales(1, 2, 13).

El método, como ya se ha demostrado depende de las características culturales y disponibilidad; en nuestra muestra el más empleado es la intoxicación con psicofármacos(3, 11, 12, 15).

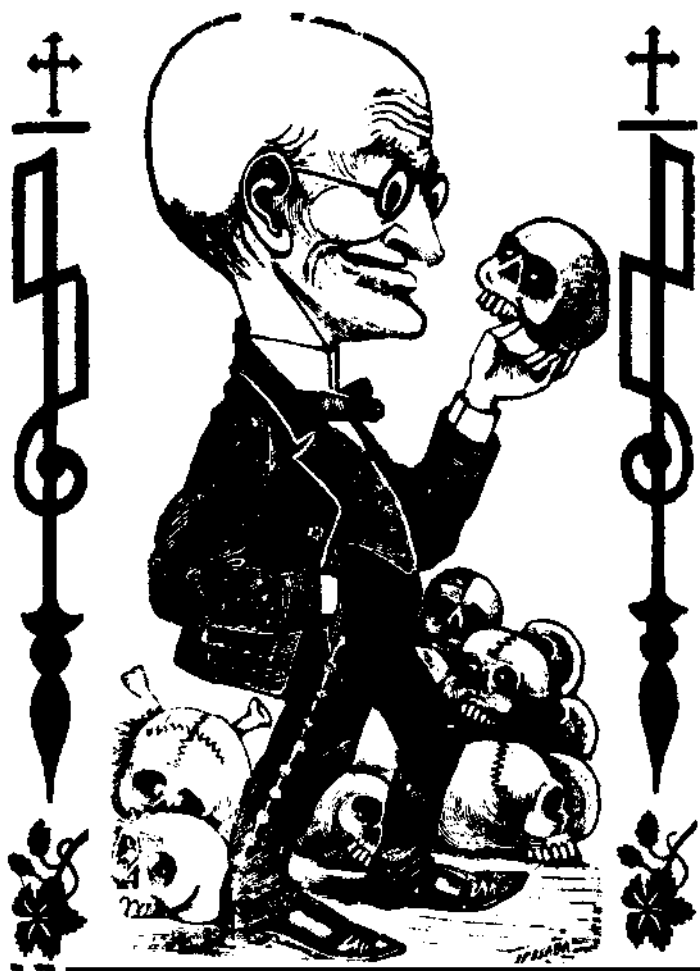
El rol de la personalidad en los suicidios/tentativas de los ancianos ha sido poco estudiado y las pocas descripciones son muy diferentes; Cattell nombra a las características de la personalidad como factor de riesgo para suicidio(1, 2). En una revisión bibliográfica se propone que una de las diferencias entre pacientes con igual enfermedad psiquiátrica que realizan tentativa suicida y los que no, es el antecedente de agresividad e impulsividad(13). Otro estudio realizado en pacientes deprimidos no encontró diferencias entre los que realizaron tentativas y los que no, según la escala PAF –*Personality Assessment Form*–(19). Duberstein y su grupo hallaron, a través de autopsia psicológica en suicidios completados, que los mayores de 50 años tenían, significativamente, mayor puntaje en las medidas de neuroticismo y menor en la de “apertura hacia la experiencia”

(OTE: *openness to experience*)(7). Y en otro, el Eje II resultó aplazado en el 100%(5). A diferencia de lo anterior, en nuestro estudio, por lo menos la mitad de los pacientes presentaron Trastorno de Personalidad.

Los suicidios frustrados (muy graves) tendrían un perfil psicosocial y clínico igual al de los suicidios. Según Man J, John M –2002– el estudio de estos casos sería más relevante que el de los suicidios completados por autopsia psicológica(13). De este grupo, a diferencia de otros reportes, destacamos:

- La mayoría son mujeres.
- El método más empleado es la intoxicación con psicofármacos. El único caso con arma de fuego fue un varón. Como en otros trabajos, suponemos más probable la mayor efectividad en el intento con arma de fuego que una menor prevalencia de este método en nuestro medio(3, 4, 11, 12, 15).
- Todos tienen Trastorno Depresivo Mayor y más de la mitad Trastorno de Personalidad. El 100% de las Depresiones son de inicio tardío. Rescatando que al realizarse el estudio en un hospital general, los pacientes fueron traídos a la Central de Emergencias, no fueron consultas espontáneas al Servicio de Psiquiatría, por lo cual la muestra es de la población general, no sólo de la psiquiátrica. Está aceptado que entre un 60 y 90% de las tentativas/suicidios, son realizados por personas con Depresión, pero también se describen la Esquizofrenia y el Abuso de Alcohol, que no hemos encontrado en nuestra muestra(1, 2, 9).
- La hipoacusia es una comorbilidad muy frecuente.
- Los meses de mayor incidencia son Abril y Mayo.

Coincidiendo con otros casos reportados, los pacientes con Demencia se hallaban en estadios tempranos de la enfermedad, con buen nivel de *insight*. La frecuencia hallada corresponde con la esperada(17, 18). También coincidiendo con el perfil de los pacientes que se suicidan, es frecuente que vivan solos, que sea la primera tentativa, que no den aviso previo y casi la mitad deja nota de despedida ■



Referencias bibliográficas

1. Cattell, H, Jolley, D., One hundred cases of suicide in elderly people. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 166: 451-457
2. Cattell, H, Suicide in elderly. *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 6, 102-108
3. Conwell, Y, Duberstein, P, Cox, C, Herrmann, N, Forbes, N, Caine, E., Age differences in behaviors leading to completed suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998, 6; 122-126
4. Conwell, Y, Pearson, J., Suicide and aging. International perspectives. Ed by Conwell & Person; Springer Publishing Company, NY, 1996
5. Chiu, H., Lam, L., Pang, A., Leung, W., Attempted suicide by chinese elderly in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*, 1996, 618: 444-447
6. Diekestra RFW., The epydemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavian*, 371 1993, (suppl): 9-20.
7. Duberstein, P, Conwell, Y, Caine, E., Age differences in the personality characteristics of suicide completers: preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry*, 1994, 57:213-224
8. Gunnell, D, Frankel, S., Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*; 1994, 308: 1227-1233.
9. Ibañez Salmerón, J., López Castillo, Sánchez Sánchez., Perfil epidemiológico del paciente ingresado por ideación/tentativa suicida. *Anales de Psiquiatría*, 2000, 16 (9): 383-389
10. International comparison of mortality from suicide. *Statistical Bulletin*, 1990, 71: 22-28
11. Kaplan, M, Adamek, M, Johnson, S., Trends in firearm suicide among older American males: 1979-1988. *The Gerontologist*, 1994, 34 (1): 59-65
12. Kettl, P., Alaska native suicide: lessons for elder suicide. *International Psychogeriatrics*, 1998, 10 (2): 205-211
13. Mann, J., A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136: 302-311
14. Myers, GC., World statitital trends and prospects. Chap. 17, Principles and practice of geriatric psychiatry. Ed by Copeland & Abou-Saleh & Blaser; John Wiley and sons ltd, U.K., 1994, pag:127-131
15. Pitkálá, K., et. al., Elderly suicide in Finland. *International Psychogeriatrics*, 2000, 12 (2): 209-220
16. Roy, A., Psychiatric emergencies, suicide. Ed by Kaplan & Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatric*, 6° ed. Williams & Wilkis, pag: 1739- 1751, 1995
17. Rubio, A, Vestner, A, Stewart, J, Forbes, N, Conwell, Y, Cox, C., Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case control. *Biological Psychiatry* 2001, 49 (2): 137-145
18. Schneider, B, Maurer, K, Frolich, L., Dementia and suicide. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2001, 69 (4): 164-169
19. Szanto, K, Reynolds, Ch, Conwell, Y, Begley, A, Houck, P., High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46 (11): 1401-1406
20. Secretary of State for Health. The health of the nation: a strategy for health in England, London: HMSO, 1992
21. Secretary of State for Health. Key area handbook: mental illness. London: Department of Health, 1993

Trastorno Depresivo Mayor en pacientes mayores de 60 años que realizan tentativas de suicidio

Eugenia Dabi

Coordinadora de Emergencias Psiquiátricas y Coordinadora de Atención Domiciliaria Psiquiátrica del HIBA.

Daniel Matusevich

Médico especialista en Psiquiatría. Coordinador de la Sala de Internación de Psiquiatría y Coordinador de Gerontopsiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Carlos Finkelsztein

Jefe del Servicio de Psiquiatría del HIBA. Dirección: Vte. López 2240 9° "A". e-mail: carlos.finkelsztein@Hospitalitaliano.org.ar

Introducción

Conwell y su grupo han demostrado que los trastornos afectivos, especialmente la Depresión Mayor de inicio tardío, se relacionan estrechamente con las tentativas y los suicidios completados en la vejez. El adecuado reconocimiento y tratamiento de los trastornos afectivos en la vejez sería una forma significativa de actuar sobre las causas relacionadas con el suicidio(4, 5, 6, 7, 9, 11, 23). En un estudio cualitativo, Uncapher et al demostraron que la ideación suicida se relaciona directamente con la gravedad de la depresión(22). Ticehurst, en Australia, sobre 2.667 pacientes que ingresan al hospital por tentativa de suicidio por intoxicación, concluye que, a diferencia de los pacientes jóvenes, en los viejos tienen mayor relevancia la Depresión Mayor y la prescripción de benzodiazepinas(21).

También sugiere la posibilidad de prevenir ciertos casos el hecho que la mayoría de los viejos que se sui-

cidan, entre el 50 y 77%, han tenido contacto con el servicio de salud durante el último mes(6, 14, 18). Cattell, por su parte, concluye en una de sus publicaciones, que uno de los componentes más importantes de la situación actual es la falla en reconocer y tratar a los gerontes deprimidos que contactan con el servicio de salud(2, 3). Todos los autores anteriormente citados acuerdan con esta idea de Cattell, los viejos que se suicidan o realizan tentativas consultan con los servicios de salud donde no se diagnostica, ni trata adecuadamente los trastornos afectivos, y en los cuales los pacientes sólo en una minoría avisan espontáneamente sus intenciones suicidas. Isometsâ et al examinaron por autopsia psicológica los 571 casos de suicidios que habían consultado con su médico de cabecera el mes previo, cometidos durante un año en Finlandia. De los 571, 100 habían consultado el mismo día del suicidio, y sólo el 22% comunicó sus intenciones al médico. "...de los 100 que se mataron el mismo día de la consulta médica, 5 habían avisado anteriormente pero no

Resumen

Objetivo: Analizamos los síntomas de presentación, la duración de los mismos, y el tratamiento en pacientes ancianos deprimidos que realizaron tentativa de suicidio. **Método:** Es un estudio retrospectivo, utilizando las Historias Clínicas (1999 to 2002). Diagnósticos realizados según DSM IV, por 2 médicos psiquiatras entrenados y por MMPI, Rorschach, y HDS. **Resultados:** Los síntomas de presentación de la depresión fueron: astenia, pérdida de peso, anhedonia and desesperanza. 83% con una duración entre 1 y 6 meses. Los pacientes que venían realizando tratamiento con psiquiatras(45.8%)estaban medicados con: 7 dosis adecuadas de antidepresivos (100% con SSRI), 3 dosis insuficientes (Triciclicos), and 1 sin AD. 100% recibía alguna BDZ. 63% tenía neurolépticos. Del resto de los 13 pacientes, 11estaban siendo medicados por sus médicos de cabecera. Este grupo recibía: 2 pacientes con dosis adecuadas de AD (SSRI), 1 con dosis insuficiente de Amitriptilina, and 8 no recibían ningún AD (72.7%). 6 de éstos 8 pacientes recibían BDZ y 1 Haloperidol. **Conclusiones:** Considerando a todo el grupo, la mayoría no estaba recibiendo el tratamiento adecuado para un Trastorno Depresivo Mayor. La duración de los síntomas previo a la tentativa había sido suficiente como para detectar el trastorno del estado del ánimo.

Palabras clave: Vejez y suicidio – Trastorno Depresivo Mayor – Tentativa de suicidio.

MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN SUICIDE ATTEMPTS AMONG OVER 60 YEARS OLD PATIENTS

Summary

Objective: We analyze the presentation and duration of symptomatology and the treatment received by depressed patients prior to their suicide attempt. **Method:** This is a retrospective study using data from the medical records of patients -over 60- who were hospitalized for attempted suicide in Hospital Italiano, Buenos Aires (1999 to 2002). Diagnoses: DSM-IV criteria (by 2 trained GPs) and MMPI, Rorschach, and HDS. **Results:** The initial symptomatology was: asthenia, weight loss, anhedonia and hopelessness. 83% with 1 to 6 months of duration. Patients who were under treatment with a psychiatrist (45.8%) were receiving: 7 adequate antidepressant doses (100% with SSRI), 3 insufficient doses (Tricyclic), and 1 no AD at all. 100% were on BDZ. 63% with neuroleptics. Of the remaining 13 patients, 11 were under treatment with a GP. This group were receiving: 2 the right antidepressant therapy (SSRI), 1 insufficient doses of Amitriptyline, and 8 were under no antidepressant therapy (72.7%). 6 of these 8 patients received BDZ and 1 was medicated with Haloperidol. **Conclusions:** The entire group taken into account, were not receiving the right treatment for Major Depressive Disorder. The duration of the depressive symptomatology prior to the attempt was long enough to be detected.epidemiological

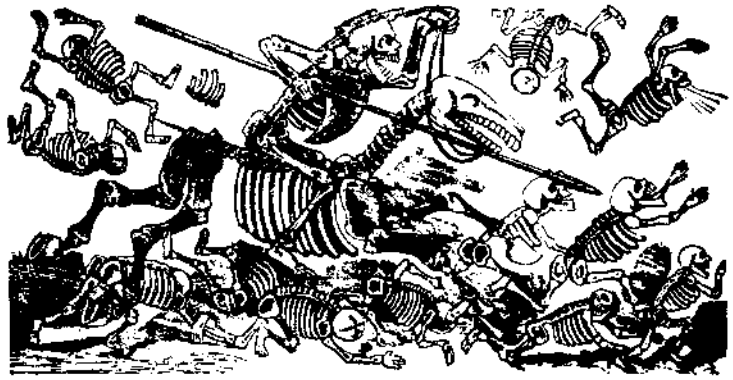
Key Words: Aging and suicide – Major depressive disorder – Suicide attempt.

en la última oportunidad, probablemente por la desestimación del médico hacia sus comentarios..."(10). En otro estudio sobre 1021 pacientes, mayores de 70 años, con episodios depresivos severos o moderados según ICD-10, el 48% no reportó espontáneamente ningún síntoma depresivo a su médico. Con una diferencia estadísticamente significativa, reportan menos los hombres y aquellas personas sin una cultura o conocimientos psicológicos/psiquiátricos*(16).

Szanto et al. demostraron que los pacientes viejos que realizaron tentativa de suicidio, con depresión recurrente, tienen globalmente muy buena respuesta al tratamiento. Y que los que tienen ideación suicida requieren con mayor frecuencia tratamiento de potenciación versus los deprimidos sin ideas de suicidio(20). Rihmer et al. concluyen que la incidencia de suicidios en pacientes deprimidos es mayor en los que no reciben antidepressivos que en aquellos que si los reciben(19). A su vez en países como Suecia, con una larga trayectoria en ocuparse de ésta cuestión, con programas nacionales de educación médica para la prevención del suicidio, desde hace 7 u 8 años evalúan la eficacia de los tratamientos correctamente indicados y realizados en viejos deprimidos que luego se suicidan. En 1996, Waern et al investigando 150 suicidios, concluían "...ahora debemos poner nuestra atención en la eficacia que tendrían los nuevos antidepressivos dado que la mayoría de los suicidas tenía muy buena concentración en sangre de las drogas. Mientras que las enfermedades clínicas son frecuentemente un factor sumamente importante en los ancianos que se suicidan, los ensayos clínicos excluyen a viejos enfermos de las muestras"(24, 25).

Además del fracaso médico en el reconocimiento y tratamiento de los trastornos afectivos en el anciano, contribuyen a la dificultad diagnóstica los síntomas de presentación y las enfermedades médicas concomitantes. Algunas enfermedades físicas pueden enmascarar o mimetizar la sintomatología depresiva; por ejemplo las neoplasias, las alteraciones metabólicas, de la función hepática, endocrinopatías, anemias, y enfermedades infecciosas(1, 15). En la parte 2 de un estudio antes mencionado, los médicos de cabecera diagnosticaban a los pacientes como deprimidos, cuando no lo estaban. Este grupo de investigadores australianos sugieren que una simple "lista para chequear"*** los síntomas depresivos, mejoraría notoriamente el conocimiento del médico sobre el estado mental de su paciente(16, 17).

Por otro lado las enfermedades físicas, en sí mismas, también son un factor de



riesgo de suicidio, aunque en mucho menor medida que la enfermedad mental. Las enfermedades más frecuentemente asociadas son: todas las enfermedades graves, las neoplasias, las alteraciones del sistema nervioso central y las enfermedades cardiovasculares(3, 15, 25).

Método

De acuerdo a los resultados de nuestro trabajo anterior sobre tentativa de suicidio en 25 pacientes mayores de 60 años, y basándonos en una comunicación previa, nos propusimos analizar el tratamiento recibido por los pacientes deprimidos, previamente a que realizaran la tentativa(8, 12, 13). Nuestra hipótesis es que la mayoría no habían sido diagnosticados, ni medicados adecuadamente. Por lo tanto también analizamos los síntomas de presentación y la duración de la sintomatología.

El rol de la enfermedad orgánica en las tentativas/suicidios es poco claro. Frecuentemente podría actuar como factor de confusión en el diagnóstico de la sintomatología del paciente anciano (ej: diagnóstico diferencial entre TDM y CA). Es por ello que incluimos en el presente trabajo un análisis detallado de las enfermedades clínicas de este grupo de pacientes.

Fuente de Datos

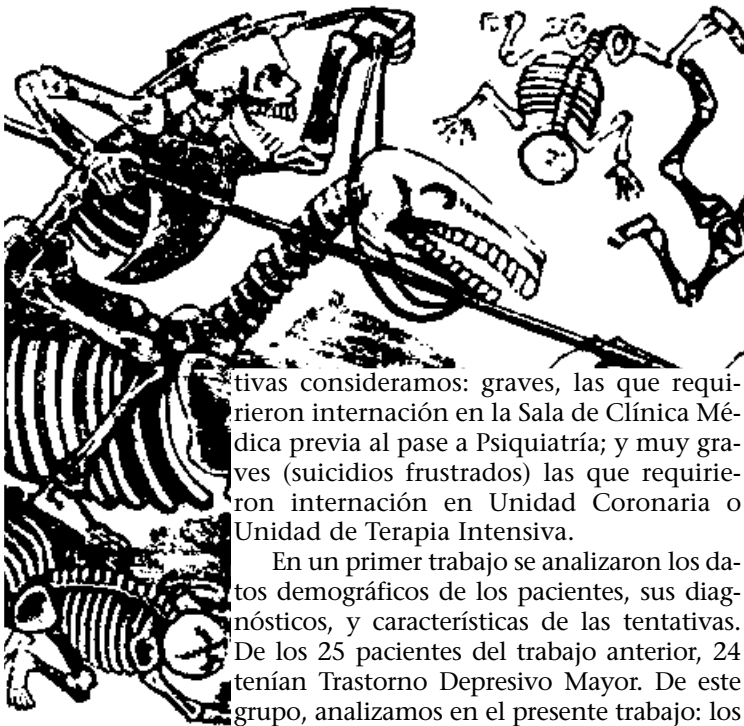
El presente trabajo se realizó en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se analizaron los datos de los pacientes mayores de 60 años ingresados a la Sala de Internación por tentativa suicida. El análisis, de tipo retrospectivo, basado en los datos de la Historia Clínica, abarcó el período: junio 1999-junio 2002.

Los diagnósticos se realizaron según criterios del DSM IV por al menos dos clínicos entrenados y por MMPI, Rorschach, y Escala de Depresión de Hamilton. La severidad de las demencias se evaluó con *Global Deterioration Scale* -GDS- (Reisberg, 1982) y con la *Clinical Dementia Rating* -CDR- (Hughes, 1982) En cuanto a la gravedad de las tenta-

* "Psychological mindedness" en el original.

** "Checklist" en el original.



tivas consideramos: graves, las que requirieron internación en la Sala de Clínica Médica previa al pase a Psiquiatría; y muy graves (suicidios frustrados) las que requirieron internación en Unidad Coronaria o Unidad de Terapia Intensiva.

En un primer trabajo se analizaron los datos demográficos de los pacientes, sus diagnósticos, y características de las tentativas. De los 25 pacientes del trabajo anterior, 24 tenían Trastorno Depresivo Mayor. De este grupo, analizamos en el presente trabajo: los síntomas de presentación, la duración del cuadro previo al ingreso a Psiquiatría; la medicación que venían recibiendo; y enfermedades clínicas concomitantes.

Resultados

Presentación y duración del Trastorno Depresivo Mayor previo a la tentativa

La mayoría de los pacientes presentó un cuadro de inicio con: astenia, pérdida de peso, insomnio, anhedonia y desesperanza (ver tabla 1).

La disminución de peso varió desde 1 y 1/2 kg hasta 23 kg, con un promedio de 7 kg de pérdida de peso. En casi todos los casos sin un registro subjetivo de hiporexia por parte del paciente.

El insomnio en todos los casos fue de conciliación y de mantenimiento.

En cuanto al tiempo transcurrido entre la detección de los síntomas por un familiar/cuidador hasta la internación en nuestra Sala: el 83% tenían síntomas desde 1 mes a 6 meses previos. El tiempo máximo transcurrido fue de 2 años (ver tabla 2).

Tratamiento previo

De los pacientes en tratamiento por médico psiquiatra (11 de los 24 = 45.8%), 7 recibían antidepresivos (AD) en dosis adecuadas, 3 en dosis insuficientes, y uno no se hallaba recibiendo ningún AD. Todos los me-

Tabla 1
Frecuencia de los síntomas de depresión

Síntomas	n= 24	%
Astenia	18	75
↓ Peso	15	62.5
Insomnio	15	62.5
Anhedonia	14	58.3
Ideas Deseperadas	10	41.6
Ideas Ruina	9	37.5
↓Memoria	6	25
Hipocondría	5	20.8
Descuido Personal	5	20.8
Irritabilidad	4	16.6
Ideas Culpa	3	12.5

dicados adecuadamente recibían IRSS, los 3 con dosis insuficientes recibían AD tricíclicos. El 100% tenía indicado alguna BDZ, en su mayoría Lorazepam (dosis mínima y máxima halladas= 1.5 y 10 mg/ día). El 63% (7 pacientes) recibían además algún antipsicótico, en su mayoría Risperidona, de 0.5 a 4 mg/día. 4 pacientes tomaban además algún hipnótico.

De los 13 pacientes restantes, 11 realizaban tratamiento con el médico de cabecera y 2 no realizaban ningún tratamiento, aunque se automedicaban con BDZ.

De los tratados por el médico de cabecera, sólo 2 recibían tratamiento antidepresivo correcto (también con IRSS), 1 recibía Amitriptilina en dosis insuficiente y los otros 8 no recibían ningún tratamiento antidepresivo (72.7%). Estos últimos 8 pacientes recibían: 6 de ellos alguna BDZ (en su mayoría Alprazolam, en una sola toma diaria, o Clonazepam), 1 paciente estaba medicado con 20 mg/día de Haloperidol, y el otro fue el único paciente de toda la muestra que no recibía ningún psicofármaco.

Ningún paciente de todo el grupo recibía tratamiento de potenciación.

Enfermedades médicas

En cuanto a las enfermedades clínicas concomitantes, todos los pacientes habían sido diagnosticados de sus enfermedades clínicas previo a las tentativas de suicidios y se hallaban en tratamiento por ellas. Del total de pacientes, sólo uno se hallaba sa-

Tabla 2
Tiempo transcurrido entre la presentación de los síntomas y la tentativa

Duración	15 d	1 mes	2 m	3 m	4m	6 m	7m	1 año	2 años
n (%)	1(4.1)	7(29.1)	4(16.6)	5(20.8)	2(8.3)	2 (8.3)	1(4.1)	1(4.1)	1(4.1)

no; el 95, 9% tenían enfermedad física concomitante. Hallamos 10 pacientes con enfermedad cardiovascular.

Conclusiones

Coincidiendo con nuestra hipótesis la mayoría de los pacientes, tomando a todo el grupo, no recibían el tratamiento adecuado para Trastorno Depresivo Mayor. Un alto porcentaje de los pacientes tratados por sus médicos de cabecera no recibían tratamiento antidepressivo alguno.

La duración de la sintomatología depresiva previa a la tentativa, según nuestro criterio fue en la mayoría lo suficiente como para haber sido detectada. No hallamos otros trabajos con este dato. Los síntomas presentados por los pacientes de esta muestra coinciden con los descriptos por los trabajos antes citados.

En cuanto a las enfermedades físicas, la mitad de nuestros pacientes padecía alguna de las consideradas como factores de riesgo para suicidio. Y dos pacientes te-

Enfermedades	n	(%)
Enfermedad Cardiovascular	10	(41.6)
Gastritis	3	(12.5)
Colon Irritable	3	(12.5)
Psoriasis	2	(8.3)
Asma	2	(8.3)
Hipotiroidismo	1	(4.1)
Osteoporosis	2	(8.3)
Artrosis	2	(8.3)
Cáncer	1	(4.1)
Enfermedad de Parkinson	1	(4.1)

nían alguna enfermedad que pudiera presentarse con síntomas de la serie depresiva: un paciente con cáncer y uno con hipotiroidismo ■

Referencias bibliográficas

- Bayer, AJ, Pathy, MS., Identification of depression in geriatric medical patients. In: Ghose, K. *Antidepressants for elderly people*. Pp:13-25. Chapman & Hall, London, 1989
- Cattell, H., Suicide in elderly. *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 6, 102-108
- Cattell, H, Jolley, DJ., One hundred cases of suicide in elderly people. *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, 451-457
- Conwell, Y., Treating suicidal elders. <http://www.afsp.org/research/elders.htm>, 2001
- Conwell, Y, Suicide among elderly people. *Psychiatric Services*, 1995, 46, 563-564
- Conwell, Y, Duberstein, PR., Suicide in elders. *Ann NY Acad Sci Apr*; 932: 132-147, discussion 2001, 147-150. <http://www.afsp.org/education/conwell.htm>
- Conwell, Y, Duberstein, PR., Suicide among older people: a problem for primary care
- Dabi, E, Matusевич, D, Finkelsztejn, C., Depression in elderly patients with attempted suicide. Poster, 2003 *APA Annual Meeting San Francisco*, CA May 17-22, 2003
- Duberstein, PR, Conwell, Y, Cox, C., Suicide in widowed persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998, 6,328-334
- Itsometsä, E, Heikkinen, ME, Marttunen, J, et. al., The last appointment before suicide: is suicide intent communicated?. *American Journal of Psychiatry* 1995, 152: 6, 919-922
- Lyness, JM, Conwell, Y, Nelson, C., Suicide attempts in elderly psychiatric inpatients. 1992, *Journal of American Geriatric Society*, 40, 320-324
- Matusевич, D, Dabi, E, Finkelsztejn, C., Depression in elderly patients with attempted suicide. *IPA Bulletin*; 2002, 2 (20): 17-18
- Matusевич, D, Dabi, E, Finkelsztejn, C., Attempted suicide in the elderly: *Epidemiology*. Poster, 2003 *APA Annual Meeting San Francisco*, CA May 17-22, 2003
- Mann, JJ., A current perspective of suicide and attempted suicide (Review). *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136, 302-311
- Montgomery, SA, Kotak, A., In: *Psychopharmacology of cognitive and psychiatric disorders in the elderly*; Wheatley, D, Smith, D., Pp:153-163. Ed. Chapman & hall. London, 1998
- O'Connor, D, Rosewarne, R, Bruce, A., Depression in primary care I: elderly patients' disclosure of depressive symptoms to their doctors. *International Psychogeriatrics* 13 (3); 2001, 359-365.
- O'Connor, D, Rosewarne, R, Bruce, A., Depression in primary care II: general practitioners recognition of major depression in elderly people. *International Psychogeriatrics* 2001, 13 (3); 367-374.
- Pitkälä, K, Isometsä, ET, Henriksson, MM, Lonnqvist, JK, Elderly suicide in Finland. *International Psychogeriatric Association*, 2000, 12, 209-220.
- Rihmer, Z, Rutz, ., Pihlgren, H., Depression and suicide on Gotland: an intensive study of all suicides before and after a depression-training program for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 1995, 35, 147-152.
- Szanto, K, Mulsant, BH, Houck, PR, et al., Treatment outcome in suicidal vs. Non-suicidal elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 9, 261-268.
- Ticehurst, S, Carter, GL, Clover, KA, Whyte, IM, Raymond, J, Fryer, J., Elderly patients with deliberate self-poisoning treated in an Australian General Hospital. *International Psychogeriatric Association*, 2002, 14, 97-105.
- Uncapher, H, Gallagher-Thompson, D, Osgead, N, Bonger, B., Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *The Gerontologist*, 1998, 38, 1: 62-70.
- Upadhyaya, AK, Conwell, Y, Duberstein, PR, Denning, D, Cox, C., Attempted suicide in older depressed patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1999, 7, 317-319.
- Waern, M, Beskow, J, Runeson, B, Skoog, I., High rate of antidepressant treatment in elderly people who commit suicide. *British Medical Journal* 1996, 313: 1118
- Waern, M, Rubenowitz, E, Runeson, B, Et al., Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 324, (7350) 1355

Demencia, tentativas de suicidio y suicidio

Estudio de casos

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra. Coordinador Sala de Internación y Sector Psicogeriatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Carlos Finkelsztejn

Médico Psiquiatra. Jefe Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires.

María Carolina Vairo

*Médica Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires
San Martín 977 1 "A". Ciudad de Buenos Aires (1004). carovairo@hotmail.com*

Introducción

Desde hace más de 50 años conocemos la importancia de la neurotransmisión serotoninérgica en la depresión. Por azar se descubrieron los primeros fármacos con acción antidepressiva y poco tiempo después se relaciona su acción a la interacción con los sistemas monoaminérgicos cerebrales. Más recientemente, luego de tres décadas de investigación, los trabajos del grupo del Prof. Claude de Montigny en Canadá, demuestran que el aumento de la actividad serotoninérgica cerebral, y más particularmente a nivel de los receptores 5HT_{1A}, es la vía final común de todas las estrategias antidepressivas, desde el electroshock a la privación de sueño, pasando por supuesto por los distintos fármacos, incluso los que tiene como blanco primario el sistema noradrenérgico.

La frecuencia de suicidio o de tentativas de suicidio en pacientes con demencias de cualquier tipo no está determinada con exactitud(1, 2, 3, 8, 9, 11, 19, 20); las únicas cifras que hallamos a través de una búsqueda bibliográfica en *Medline* pertenecen a un trabajo de Larson(13) de 1963, quien señala que so-

lamente el 0.8% de los hombres y el 0.3% de las mujeres que padecen demencia se quitan la vida. Aunque las personas mayores de 65 años constituyen menos del 13% del total de la población mundial, cometen entre el 17% y el 25% del total de los suicidios(3, 4, 10, 23). Teniendo en cuenta la elevada tasa de suicidio en la vejez las cifras obtenidas por Larson son llamativamente bajas.

Clásicamente se planteaba que las personas con demencia no se suicidaban por dos motivos: fallas en las habilidades ejecutivas y en la capacidad de organizar la tentativa por un lado y pérdida de *insight* por otro, actuando ambas como factores protectores(3, 4, 6, 21).

En los últimos años el suicidio en las personas con demencia está comenzando a llamar la atención de los psiquiatras, de los médicos de cabecera y de los investigadores(1, 2, 12, 18). Consideramos que el aumento en el número de personas que reciben el diagnóstico de demencia está directamente relacionado con una serie de fenómenos que vale la pena mencionar:

- La neurología y la psiquiatría comenzaron a ocuparse de las fallas mnémicas de las personas.

Resumen

La frecuencia de suicidio o de tentativas de suicidio en pacientes con demencias de cualquier tipo no está determinada con exactitud las únicas cifras que hallamos a través de una búsqueda bibliográfica en *Medline* pertenecen a un trabajo de Larson de 1963, quien señala que solamente el 0.8% de los hombres y el 0.3% de las mujeres que padecen demencia se quitan la vida. Aunque las personas mayores de 65 años constituyen menos del 13% del total de la población mundial, cometen entre el 17% y el 25% del total de los suicidios. Clásicamente se planteaba que las personas con demencia no se suicidaban por dos motivos: fallas en las habilidades ejecutivas y en la capacidad de organizar la tentativa por un lado y pérdida de *insight* por otro, actuando ambas como factores protectores. El objetivo de este trabajo es analizar los 5 casos clínicos de pacientes con demencia que ingresaron a la sala de psiquiatría de un hospital general luego de realizar una tentativa de suicidio, y compararlos con los 4 casos clínicos de pacientes con demencia que se suicidaron reportados en la bibliografía internacional.

Palabras clave: Demencia – Suicidio – Tentativas de suicidio – Desesperanza – Vejez.

DEMENTIA, SUICIDE ATTEMPTS AND SUICIDE. A CASE STUDY

Summary

The prevalence of suicide of attempts to suicide in patients with any sort of dementia has not been sharply established. The only figures found through a bibliographic search on *Medline* belong to a paper by Larson (13) dated 1963, who points out that only 0,8 per cent of men and 0,3 per cent of women suffering dementia commit suicide. Although persons over 65 years old are less than the 13 per cent of the world total population, they actually commit between the 17 per cent and the 25 per cent of all the suicides. Usually it was claimed that people with dementia do not commit suicide, on one hand, because of the failure in the executive abilities and in the capability to carry it on, and due to the lost of insight, on the other –both of them acting as protective factors. The aim of this article is to analyse the five clinical cases of patients with dementia that were hospitalized in a psychiatric service of a general hospital after trying to commit suicide, and then compare these cases with other four cases of patients with dementia that commit suicide reported in the international literature.

Key words: Dementia – Suicide – Attempt to suicide – Hopelessness – Aging.

- Existe un mayor acceso a los estudios de las imágenes cerebrales lo cual permite una profundización y una resignificación de los diagnósticos.

- En los últimos años se han producido avances en las drogas utilizadas para tratar esta patología lo que ha generado presiones de la industria farmacéutica a través de agresivas campañas de *marketing*.

- Existe un aumento en la incorporación de personas mayores de 65 años a los ensayos de nuevas drogas.

- El aumento en la prescripción de fármacos en general y de psicofármacos en particular ha generado lo que muchos autores han dado en llamar "la medicalización de la vida diaria".

- Tanto los pacientes como sus familiares tienen un mayor acceso a la información acerca de la enfermedad.

- Se han producido cambios en el manejo del concepto de esperanza/desesperanza en la relación médico-paciente.

El objetivo de este trabajo es analizar los 5 casos clínicos de pacientes con demencia que ingresaron a la sala de psiquiatría de un hospital general luego de realizar una tentativa de suicidio, y compararlos con los 4 casos clínicos de pacientes con demencia que se suicidaron reportados en la bibliografía internacional(8, 9).

Material y método

El siguiente es un trabajo retrospectivo, observacional y descriptivo sobre 5 pacientes mayores de 65 años, con diagnóstico clínico de demencia, que ingresaron a la sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires entre noviembre de 2000 y noviembre de 2001 luego de realizar una tentativa de suicidio. Los casos son presentados como reportes clínicos; los datos se obtuvieron de las entrevistas individuales con los pacientes y sus familiares y sobre información aportada por las historias clínicas. Seleccionamos casos en donde no existieran tentativas de suicidio previas y tampoco hubieran enfermedades psiquiátricas comórbidas para evitar superposiciones o confusiones con otros cuadros posibles.

Casos Clínicos

Caso 1

Hombre, 69 años, viudo, realiza una tentativa de suicidio con consumo de psicofármacos presentando en el momento de la consulta un *Minimal State Examination* (MMSE) de 25/30; desde los 67 años presentaba fallas mnémicas progresivas, por las cuales consultó con un neurólogo, sin



recibir medicación alguna. Estas fallas en su memoria se manifestaban fundamentalmente a través de episodios de desorientación espacial. A los 68 años renunció a su trabajo de gerente de ferrocarriles debido a la incapacidad que presentaba para desarrollar su función laboral específica, a pesar de que su trabajo en buena parte era simbólico y se basaba fundamentalmente en la concurrencia diaria; también abandonó el centro de jubilados que coordinaba. Como antecedentes clínicos presentaba diabetes e hipertensión de más de 10 años de evolución, habiendo sido internado un año antes por un infarto agudo de miocardio; consumía alcohol –aproximadamente un litro de vino por día desde hacía 5 años– coincidiendo con la muerte de su esposa. En el momento de la consulta presentaba síntomas como desesperanza, insomnio y pérdida de peso; el paciente tenía clara conciencia de las limitaciones y de la pérdida de la independencia que le ocasionaba su trastorno de la memoria ya que desde hacía un año sus hijos habían decidido que viviera acompañado por una señora que hacía las veces de cuidadora; en la personalidad previa del paciente se encontraban rasgos narcisistas. Sin antecedentes de enfermedad mental o de tentativas de suicidio previas, presentaba, además, una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) con signos de isquemia.

Caso 2

Hombre de 73 años, realiza una tentativa de suicidio con arma de fuego, disparándose cuatro veces en la cavidad oral, siendo fallidos tres de los disparos. En el momento de la consulta el MMSE era de 26/30; desde los 71 años presentaba dificultades en la marcha, déficits en la concentración, problemas para realizar las tareas diarias e importantes signos de ansiedad. El paciente se había desempeñado como docente secundario, diputado provincial y presidente del Club de Leones de su pueblo, cargo este último que había abandonado debido a que los síntomas de su enfermedad le impedían ejercer sus funciones. A instancias de su familia realizó una consulta psiquiátrica en la que se le

Tabla 1
Casos clínicos de pacientes con demencia y tentativa de suicidio

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	69	73	80	84	78
Sexo	M	M	F	F	M
MMSE	25/30	26/30	25/30	27/30	22/30
Método	Pastillas	Arma fuego	Ahorcamiento	Pastillas	Arma fuego
Pers. Previa	Narcisista	Narcisista	Narcisista	–	–
Estado Civil	Viudo	Viudo	Viuda	Casada	Viudo

realizó diagnóstico de demencia, siendo informada su familia pero no así el paciente; como antecedentes clínicos presentaba diabetes, hipertensión y una coronariopatía obstructiva de la que había sido operado 2 años antes. En el momento de la consulta el paciente presentaba un gran monto de angustia, importante inhibición psicomotriz y quejas y temores con relación al futuro: decía que uno de los motivos que lo llevaron a tomar la decisión de matarse era que ya no se podía higienizar solo y que no soportaba vivir con su familia; en la personalidad previa se encontraban rasgos narcisistas. Sin antecedentes de enfermedad mental o de tentativas de suicidio previas, presentaba una RMN con signos de isquemia.

Caso 3

Mujer, 80 años de edad, viuda, realiza una tentativa de suicidio intentando ahorcarse en el baño de la institución geriátrica donde residía; fue encontrada por el personal de la institución que la descolgó siendo necesarias medidas de reanimación. En el momento de la consulta presentaba un MMSE de 25/30. Desde hacía 3 años presentaba fallas mnémicas que se instalaron de manera insidiosa (olvidar el gas encendido, quemar la comida, perderse en el barrio, perder las llaves) las que decidieron a su familia a institucionalizarla a los 79 años, con el acuerdo de la paciente. Fue tratada por un médico psiquiatra durante aproximadamente un año y medio, quien le diagnosticó demencia y la medicó con inhibidores de la acetilcolinesterasa y con neurolepticos para los síntomas no cognitivos; la familia de la paciente fue informada del diagnóstico y del pronóstico mientras que a ella solamente se le dijo que tenía problemas de memoria los cuales no iban a mejorar pero que con la medicación era muy posible que no empeorasen. Se había desempeñado como profesora universitaria y las quejas más importantes que manifestaba eran que no entendía lo que leía y que

no soportaba tener que ser atendida en sus cuestiones más íntimas por otras personas. Rasgos de personalidad narcisista. No presentaba antecedentes clínicos de importancia ni de enfermedad mental o de tentativas de suicidio previas; la RMN mostraba atrofia generalizada.

Caso 4

Mujer de 84 años, casada, vivía con su esposo de 86 años, hemipléjico, y una cuidadora que los acompañaba; realiza una tentativa de suicidio con pastillas que requiere internación en terapia intensiva; en el momento de la consulta el MMSE era de 27/30. Desde hacía un año presentaba fallas mnémicas que de a poco le fueron impidiendo su tarea fundamental, la de ser cuidadora de su esposo; la paciente había sido ama de casa ocupándose de la crianza de sus hijos y de las tareas domésticas. Presentaba fundamentalmente olvidos en los horarios de administración de fármacos, fallas en la concentración que hacían que no pudiera recordar lo que había hablado con los médicos y desorientación temporal. Realizó una consulta con un neurólogo quien diagnosticó enfermedad de Alzheimer en estadio inicial y la medicó con inhibidores de la acetilcolinesterasa, planteando que con esa medicación las fallas en la memoria iban a desaparecer. La paciente manifestaba que el hecho de no haber notado ninguna mejoría con la medicación fue uno de los motivos que la impulsaron a tratar de quitarse la vida, ya que se veía imposibilitada de ocuparse del cuidado de su marido por un lado y necesitaba ser atendida ella misma por el otro; sin antecedentes clínicos de importancia, no presentaba historia de enfermedad mental o tentativas de suicidio previas; en la RMN se detectaban signos de atrofia cortical.

Caso 5

Hombre, 78 años de edad, viudo, vivía

Tabla 2
Casos clínicos de pacientes con demencia que se suicidaron
Ferris et al.(8) y Rhode et al.(19)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad	54	80	57	73
Sexo	F	M	M	M
MMSE	23/30	25/30	26/30	22/30
Método	Suicidio asistido	Arma fuego	Arma fuego	Salto al vacío
Pers. Previa	Narcisista	Narcisista	–	Narcisista
Estado Civil	Casada	Casado	Casado	Divorciado

con su hija soltera; realiza una tentativa de suicidio con arma de fuego que falla debido a que el paciente utiliza un arma en malas condiciones que no dispara el proyectil; en el momento de la consulta presentaba un MMSE de 22/30. El paciente se había desempeñado como policía en su vida activa, llegando a ocupar cargos jerárquicos en la institución; desde hacía tres años presentaba fallas mnémicas importantes que hicieron que se fuera retrayendo progresivamente, abandonando la institución de jubilados y el club de la policía a donde concurría habitualmente. Debido a las alteraciones en la orientación témporo-espacial sólo podía salir acompañado de su casa; fue visto por un médico psiquiatra quien realizó el diagnóstico de demencia y lo medicó con inhibidores de la acetilcolinesterasa y con neurolépticos incisivos, obteniéndose una mejoría relativa en los síntomas no cognitivos, persistiendo en cambio las fallas en la memoria que se intensificaban con rapidez. Como antecedente clínico se registraba hipertensión de varios años de evolución junto con una severa artrosis; el síntoma más significativo era una profunda desesperanza que se había intensificado a partir de la pérdida de la autonomía que representó el hecho de no poder salir más solo a la calle. Sin antecedentes de enfermedad mental o tentativas de suicidio previas; presentaba una RMN con signos de isquemia (Ver Tabla 1).

Suicidio y demencia: análisis bibliográfico

Reseñaremos dos trabajos (Ferris SH, Hofeldt GT, Carbone G. et al. *Suicide in two patients with a diagnosis of probable Alzheimer Disease*. Alzheimer Dis Assoc Disord 1999; 13: 88-90; Rhode K, Peskind ER, Raskind MA. *Suicide in two patients with Alzheimer's Disease*. JAGS 1995; 43: 187-189) debido a que pre-

sentan la modalidad de casos clínicos (análisis cualitativo) que nos permite compararlos con nuestro grupo de pacientes con tentativa de suicidio y demencia y a que son las únicas descripciones sobre pacientes con demencia que se suicidaron. Estos trabajos presentan una serie de puntos en común:

- Todos los pacientes tenían un alto nivel de educación: profesora, abogado, ingeniero y licenciado en administración de empresas.
- Los suicidios se llevaron adelante en las etapas iniciales de la enfermedad cuando el *insight* de las personas estaba preservado parcialmente.
- Los cuatro pacientes formaban parte o habían formado parte de ensayos farmacológicos de inhibidores de la acetilcolinesterasa.
- En ningún caso la mejoría estuvo a la altura de la expectativa de los pacientes.
- La medicación había contribuido a otorgar a los pacientes una mayor conciencia de futuro y por consiguiente una profundización de la desesperanza.
- Ninguno de los pacientes presentaba antecedentes de enfermedad mental, de abuso de sustancias o de haber realizado tentativas de suicidio previas.
- Todos tenían familias continentales y una buena o muy buena situación económica.
- El análisis de la personalidad previa indica que los pacientes compartían rasgos narcisistas(7) (grandioso sentido de autoimportancia; preocupación por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza y amor; cree que es especial y único; exige admiración excesiva; pretencioso; carece de empatía; envidioso y soberbio) (Ver Tabla 2).

Análisis comparativo

La edad promedio de los pacientes con tentativa fue 77 años; la de los pacientes



que se suicidaron, 66. De los cinco pacientes con tentativa de suicidio tres eran hombres y dos mujeres; cuatro viudos y una estaba casada. De los cuatro pacientes que se suicidaron, tres eran hombres y una mujer; tres estaban casados y uno divorciado. El promedio del MMSE fue de 25/30 entre los pacientes con tentativa y de 24/30 en los pacientes que se mataron. Los métodos utilizados por los pacientes que realizaron tentativa fueron ingesta medicamentosa excesiva en dos casos, arma de fuego en otros dos y ahorcamiento en el último caso. De los pacientes que se suicidaron, dos lo hicieron con arma de fuego, uno con salto al vacío, y otro a través del suicidio asistido en Hemlock Society(8, 12). Tres pacientes de cada uno de los grupos presentaban rasgos narcisistas en la personalidad.

Discusión

- Todos nuestros pacientes presentan un MMSE inferior a 27, siendo el promedio 25, lo que nos habla de un deterioro significativo en las funciones cognitivas; como temas importantes que se repiten en los diferentes casos encontramos las cuestiones de orientación (Casos 1 y 5), de concentración (Casos 2, 3 y 4) y de pérdidas en las habilidades para las actividades de todos los días (en todos los casos). A pesar de este deterioro, el *insight* de la situación estaba preservado en todos los pacientes(2, 12, 21).

- Todas las tentativas revelan un nivel importante de gravedad; los métodos seleccionados muestran una clara intencionalidad de muerte que en algún caso no se produjo por fallas en la ejecución directamente relacionadas con la enfermedad (Caso 2). Menninger(16) primero y Shneidman y Farberow(22) después fueron los primeros autores en considerar a la desesperanza como uno de los indicadores claves para evaluar riesgo suicida en la vejez, aunque es necesario consignar que en un trabajo reciente Uncapher(23) cuestiona la validez de la desesperanza como indicador si no se la considera junto con los síntomas depresivos(6, 20, 24).

- Si bien la mayoría de los pacientes presentaban enfermedades físicas importantes (Casos 1, 2 y 5), éstas no aparecen como decisivas a la hora de tomar la decisión de matarse; tampoco parece serlo el alcoholismo, que aparece sólo en el caso 1. Cohen et al.(2) también encontraron una relación muy baja entre suicidio en demencias y alcoholismo.

- Todos los pacientes, de una forma u otra vivían acompañados, o sea que la cuestión de la soledad física, elemento fundamental cuando pensamos el suicidio en la vejez, no parece aquí tener mayor relevancia; en cambio merece ser tenida en cuenta la cuestión del aislamiento a la que se va sometiendo progresivamente la persona víctima del deterioro cognitivo(5).

- Debemos jerarquizar la pérdida del lugar social como factor de riesgo: la imposibilidad de continuar trabajando, de seguir siendo cuidador o de ocupar un rol destacado en alguna asociación (Casos 1, 2 y 5) están relacionados con la desconexión del mundo y la instalación de la desesperanza(17).

- Existe un vínculo entre la desesperanza y la dependencia en varios de los casos descriptos (Casos 1, 2, 3 y 4); en un trabajo anterior(15) planteamos esta relación en el análisis de un suicidio llevado a cabo en una institución geriátrica donde se apreciaba claramente que la pérdida de la autonomía había sumido a la persona (con demencia vascular) en una situación sin salida en donde la muerte era vista como un último intento desesperado por conservar un resto de autonomía(14, 17, 18, 21, 23).

- Todos los pacientes se hallaban en tratamiento cuando realizaron la tentativa; existen dos elementos que están relacionados con la misma y que forman parte del vínculo con el profesional: efectividad del tratamiento y manejo de la información(12, 18, 24). Por un lado vale la pena que nos preguntemos qué información se le da al paciente y con qué objeto así como cuál es la relación que se debe tener con la familia y cómo se trabaja junto con ellos estas cuestiones. Por el otro Post(18) advierte que se debe ser muy cauteloso en la utilización de las nuevas medicaciones que todavía están en fase de postexperimentación ya que ellas podrían desencadenar situaciones de muy difícil manejo en caso de que las expectativas de los pacientes o de sus familias sean muy elevadas y con el paso del tiempo no se vean satisfechas. Cabe consignar que dichas expectativas estarán directamente relacionadas con el manejo que el profesional haga de esta situación ■



Bibliografía

1. Barak Y, Aizenberg D., Suicide amongst Alzheimer disease patients: a 10-year survey. *Dement Geriatr Disord* 2002; 14: 101-103
2. Cohen D, Vergon TL, Malphurs J., Case studies in older persons with Alzheimer's disease and related dementias. *J Ment Health Aging* 1998; 4: 397-402
3. Conwell Y., Suicide in the elderly. *Crisis* 1992; 13:6-8
4. Conwell Y., Suicide among elderly persons. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 563-564
5. Double D., The limits of psychiatry. *BMJ* 2002; 324: 900-904
6. Draper B, Mac Cuspie-Moore C, Brodaty H., Suicidal ideation and the "wish to die" in dementia patients: the role of depression. *Age Aging* 1998; 17: 503-507
7. *DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed. Masson; Barcelona 1995
8. Ferris SH, Hofeldt GT, Carbone G. et al., Suicide in two patients with a diagnosis of probable Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1999; 13: 88-90
9. Finkelsztein C, Matusevich D, Cirillo C, Gabriel R, Vairo MC., Dementias, suicide attempt and suicide. A case study. VIII International Conference on Alzheimer's Disease, Estocolmo 2002
10. Frierson RL., Suicide attempts by the old and the very old. *Arch Intern Med* 1991; 151: 141-144
11. Hill R, Gallagher D, Thompson L., Hopelessness as a measure of suicide intent in the depressed elderly. *Psychol Aging* 1998; 3: 230-232
12. Humphry D., *Final Exit*. 2nd Ed. Dell Trade Paperback; New York 1997
13. Larson T, Sjogren T, Jacobson G., Senile dementia: a clinical, socio-medical and genetic study. *Acta Psychiatr Scand* 1963; suppl 167: 1-259
14. Leenars A et al., *Suicide and the older adult*. Guilford Press; New York 1992
15. Matusevich D., Envejecimiento y Suicidio. El Caso Bruno Bettelheim. En: Salvarezza L. *El Envejecimiento*. Eudeba; Buenos Aires 2001
16. Menninger K., *Man against himself*. Harcourt, Brace and company; New York 1938
17. Osgood N, Brant B., Suicidal behavior in long term care facilities. *Suicide Life Threat Behav* 1990; 20: 113-122
18. Post SG., *The moral challenge of Alzheimer disease*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2000
19. Rhode K, Peskind ER, Raskind MA., Suicide in two patients with Alzheimer's Disease. *JAGS* 1995; 43: 187-189
20. Schneider B, Maurer K, Frolich L., Dementia and suicide. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69: 164-169
21. Sevush S, Leve N., Denial of memory deficits in Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 748-751
22. Shneidman E, Farberow N., Comparaciones estadísticas entre intentos de suicidio y suicidio consumados. En: Farberow N, Shneidman Y. *Estudio sobre el suicidio y su prevención*. Prensa Medica Mexicana; México 1969
23. Uncapher H, Gallagher Thompson D, Osgood N, Bongar B., Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *Gerontologist* 1998; 38: 62-70
24. Verhey F, Rozendaal RJ, Nico P et al., Dementia, awareness and depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 851-856

Notas Suicidas en Pacientes Mayores de 65 Años: Estudio Comparativo (Datos Preliminares)

Martín Ruiz

Médico Especialista en Psiquiatría. Sector Interconsultas. Instructor de Residentes. Servicio de Psiquiatría. (HIBA)

Eugenia Dabi

Médica Especialista en Psiquiatría. Coord. de Atención Domiciliaria y Emergencias. Servicio de Psiquiatría. (HIBA)

María Carolina Vairo

Médica Especialista en Psiquiatría. Sector Consultorios Externos. Servicio de Psiquiatría. (HIBA)

Daniel Matusевич

Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría. (HIBA)

Carlos Finkelsztein

Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe del Servicio de Psiquiatría. (HIBA)

José Faccioli

Médico Especialista en Psiquiatría. Subdirector del Centro de Investigación y Coordinador de Psicofarmacología. Servicio de Psiquiatría. (HIBA) - Rodríguez Peña 1189 1ro 7 (1020) Ciudad de Buenos Aires. Mail: faccioli@reme.com.ar

Introducción

El comportamiento suicida es una comunicación en sí misma y es una consecuencia de fracasos de formas más adaptativas de comunicación. Aunque las notas suicidas representan una de las últimas conductas de un período de desesperación las ideas expresadas en ellas no se limitan sólo a ese momento(5, 15).

Estudios realizados en pacientes que llevaron a cabo suicidios frustrados y que dejaron nota suicida confirman que la presencia de ésta es un alto predictor de suicidio posterior(3, 14, 20). Salib et al.(21) consideran que la nota suicida es un marcador de severidad de una tentativa de suicidio. A pesar de que la nota es la forma de comunicación suicida más estudiada y de la relevancia manifestada por algunos investigadores las publicaciones sobre éstas son escasas.

Resumen

Objetivo: Determinar en pacientes internados mayores de 65 años si existen diferencias entre los que dejan nota suicida y los que no dejan para las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, creencia religiosa, vivir solo, nivel académico, tratamiento psiquiátrico actual, gravedad de la tentativa suicida, aviso anterior a la tentativa, aviso posterior a la tentativa, ideación suicida, desesperanza, depresión, demencia, trastorno narcisista de la personalidad, dolor físico, antecedentes de tentativas suicidas previas y antecedentes familiares de tentativas suicidas o suicidios. **Material y Métodos:** El siguiente es un estudio de comparación, prospectivo, observacional, transversal a simple ciego. **Resultados:** Se estudiaron 31 pacientes. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre este grupo de pacientes y el grupo que no dejó notas suicidas para tentativa suicida grave ($p=0,022$; $OR=8,40$; $IC=1,28-63,88$) y para desesperanza ($p=0,03$; $OR=8,57$; $IC=1,19-95,33$). **Discusión:** Aunque no hemos encontrado en la bibliografía consultada asociación entre dejar nota suicida y desesperanza no es llamativo que en este trabajo ambas variables se asocien significativamente ya que, por un lado, la gravedad de la tentativa suicida se correlaciona en mayor medida con el grado de desesperanza que con cualquier otro indicador de severidad de depresión y, por otro, la presencia de nota suicida se menciona asociada a tentativas graves. Por lo tanto, estar desesperanzado y dejar nota suicida se asociarían a tentativas suicidas graves.

Palabras clave: Nota suicida – Tentativa suicida – Desesperanza – Gravedad – Vejez.

A COMPARATIVE STUDY OF SUICIDE NOTES IN OVER 65 YEARS OLD PATIENTS (PRELIMINARY DATA)

Summary

Objective: To determine, in older suicide attempt inpatients, differences between leaving a suicide note and not leaving it as regards age, sex, marital status, religion, living alone, level of education, present psychiatric treatment, severity of suicidal attempt, previous suicidal arousal, afterwards suicidal arousal, suicidal ideation, hopelessness, depression, dementia, narcissistic personality disorder, physical pain, previous suicide attempt, familiar history of suicide or suicide attempt. **Material and Methods:** This is a comparative, prospective, observational, transversal, single blind study. **Results:** We studied 31 patients. Statistical significant associations were found between leaving a suicide note and hopelessness ($p=0.03$; $OR=8.57$; $IC=1.19-95.33$) and severe suicide attempt ($p=0.022$; $OR=8.40$; $IC=1.28-63.88$). **Discussion:** Although associations between writing suicide notes and hopelessness have not been reported, our results are not surprising because, on one side, the severity of the suicide attempt is more related to hopelessness than to any other depressive parameter and, on the other side, leaving a suicide note is associated to severe suicide attempts. Finally, to feel hopeless and to leave a suicide note are associated to severe suicide attempts.

Key words: Suicide note – Suicide attempt – Hopelessness – Severity – Elderly

La mayoría de los autores coinciden en que sólo una minoría de las personas que se suicidan deja nota aunque la frecuencia varía entre el 10 y el 43% en los diferentes trabajos. De todos modos hay que tener en cuenta que estos porcentajes son estimativos del número real de personas que dejaron nota ya que algunas de éstas son destruidas o escondidas por los familiares para conservar el beneficio del seguro de vida, por vergüenza, para evitar el estigma social o hasta por el pensamiento mágico de revertir el suicidio mismo(23, 24).

Shneidman y Farberow(23) recolectaron 721 notas suicidas escritas en Los Ángeles entre 1944 y 1953, pertenecientes sólo al 10% de los suicidios consumados en ese Estado. Cohen y Fiedler(5) encontraron notas en el 21% de una muestra de 1000 suicidios. Tuckman et al.(27) menciona que el 24% de los suicidas deja nota mientras que Conway(6) reporta una frecuencia del 33%. Salib et al.(21) hallaron el mayor porcentaje de notas con un 43%. Ho et al.(12) realizaron el único estudio que especifica el porcentaje en ancianos, con una frecuencia del 26%.

Una de las líneas de investigación sobre las notas de suicidio es la que plantea como hipótesis que el grupo de las personas que deja nota suicida debe ser epidemiológicamente diferente de aquel que no las deja.

Cohen y Fiedler(5) hallaron que los que dejan nota son más frecuentemente mujeres, separados/as o divorciados/as. Ho et al.(12) concluyen que las notas suicidas tienden a ser dejadas por mujeres jóvenes, personas con creencias religiosas, sin antecedentes de tentativas suicidas previas, sin contacto con psiquiatras y los que utilizan métodos suicidas no impulsivos. Peck(19) sugiere que en relación con el método suicida aquellos que no tienen muerte inmediata dan más tiempo para dejar una nota. Salib et al.(21) no encuentran diferencias significativas para sexo, estado civil, aislamiento social, enfermedad mental o física; pero sí en cuanto a haber consultado a servicios psiquiátricos previamente y a utilizar métodos menos violentos. Para Tuckman et al.(27) las variables sexo, edad, empleo, estado civil, condición física, condición mental, tentativa previa, lugar del suicidio o naturaleza de requerimientos médicos, no se relacionan con el hecho de haber dejado nota; pero encuentran relación con el método de la tentativa: los que dejan nota utilizan más frecuentemente armas de fuego, envenenamiento y ahorcamiento. Beck et al.(3), analizando 57 variables demográficas en personas con tentativa de suicidio, describen sólo dos diferencias significativas entre aquellos que dejaron nota y los que no dejaron: los primeros utilizaron como método la intoxicación medicamentosa y tenían un alto nivel de vocabulario. De forma similar, un estudio realizado sobre suici-



dios consumados, encontró una sola variable significativa: los que dejaron nota suicida habían realizado tentativas previas(18). Heim y Lester(13), también en suicidios consumados, hallaron que los que dejan nota son con mayor frecuencia ancianos, viudos y los que se suicidan los días Lunes. Por su parte, Capstick (4) encontró que son los jóvenes quienes más frecuentemente dejan notas suicidas. Tuckman et al.(26, 27) no encontraron diferencias respecto a la edad, sexo y estado civil. Linn y Lester(16) no encontraron diferencias para sexo.

Por último, Shneidman(24), pionero en el estudio de notas suicidas, describe a quienes las dejan como "esencialmente iguales" a quienes no las dejan. Irónicamente, Stengel(25) sostiene que los escritores de notas suicidas son *simplemente* buenos escritores.

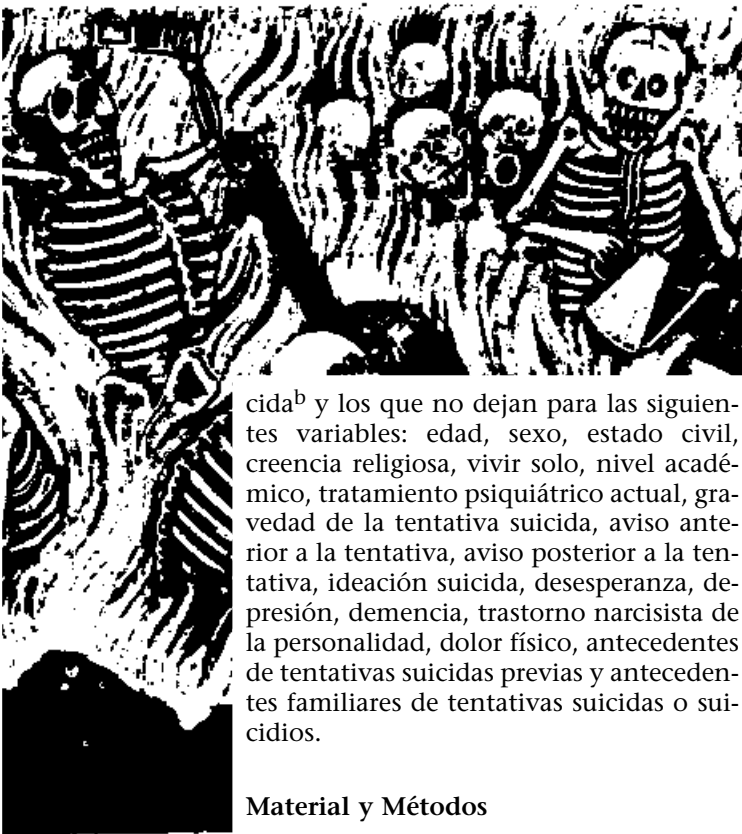
La evidencia no sugiere de forma concluyente que existan diferencias significativas entre los que dejan nota y los que no lo hacen. Las diferencias obtenidas en algunos estudios como el alto nivel de vocabulario o los suicidios de Lunes no tienen un significado claro en la bibliografía revisada.

La motivación principal para realizar este estudio se debió a la observación clínica de pacientes ancianos que frecuentemente dejaban notas suicidas. El interés se focalizó en la búsqueda de diferencias entre estos pacientes y aquellos viejos que, realizando tentativa suicida, no dejaban una comunicación escrita. En estos años trabajamos intensamente recolectando notas suicidas con las muchas dificultades que esto implica a pesar de la escasez y las múltiples contradicciones que se encuentran en la bibliografía.

Objetivo

Determinar en los pacientes mayores de 65 años internados en la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires por tentativa suicida^a, si existen diferencias entre los que dejan nota sui-

a. *Tentativa suicida*: acto que busca la propia muerte, llamar la atención o manipular y obtener ganancias secundarias, y al cual se sobrevive(17).



cida^b y los que no dejan para las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, creencia religiosa, vivir solo, nivel académico, tratamiento psiquiátrico actual, gravedad de la tentativa suicida, aviso anterior a la tentativa, aviso posterior a la tentativa, ideación suicida, desesperanza, depresión, demencia, trastorno narcisista de la personalidad, dolor físico, antecedentes de tentativas suicidas previas y antecedentes familiares de tentativas suicidas o suicidios.

Material y Métodos

El siguiente es un estudio de comparación, prospectivo, observacional, transversal a simple ciego.

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron a la Sala de Internación Psiquiátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires por tentativa de suicidio desde junio 1999 hasta mayo 2003.

Se solicitó el consentimiento informado al paciente y/o familiares para la participación en este estudio. Ningún paciente se negó a participar.

Durante la internación, cada paciente y su familia fueron evaluados por un médico psiquiatra de planta con vasta experiencia clínica para la obtención de los datos demográficos. Las siguientes escalas fueron administradas a cada paciente por otro médico psiquiatra (simple ciego) entrenado en la utilización de las mismas: Escala Visual Análoga para el Dolor (EVAD), *Diagnostic Interview for Narcissism* (DIN)(11), *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)(22), *Mini-Mental State Examination* (MMSE, versión Española)(10), *Beck Hopelessness Scale* (BHS)(2). Si bien el idioma original de las escalas es el inglés, las mismas fueron traducidas previamente al castellano por dos médicos psiquiatras con conocimientos avanzados del idioma.

Los datos obtenidos fueron volcados en

b. *Nota suicida*: comunicación escrita de que cometerá un acto suicida hecha por el mismo presunto suicida(17)

formularios ad hoc. Para evitar errores de interpretación estos fueron revisados por dos médicos psiquiatras para, finalmente, confeccionar los formularios definitivos.

Las variables de análisis consideradas fueron:

1. *Edad*
2. *Sexo*
3. *Estado Civil*: soltero, casado, divorciado/separado, viudo
4. *Creencia Religiosa*: Se realizó la siguiente pregunta ¿Tiene Usted algún tipo de creencia religiosa o cree Usted en algún Ser Superior? y se consideró según presente o ausente
5. *Vivir Solo*: No compartir vivienda con ninguna persona. Vivir con familiares, cuidadores, amigos o institucionalizado fue considerado vivir acompañado
6. *Nivel Académico*: Presentar o no estudios formales similares al programa actual de Estudios Generales Básicos (9 años)
7. *Tratamiento Psiquiátrico actual*: Estar o no en tratamiento psiquiátrico definido como al menos una visita mensual a un médico especialista en psiquiatría o médico de familia o de cabecera que administrara psicofármacos
8. *Gravedad de Tentativa Suicida*: Se consideró grave aquella tentativa suicida que requirió más de 24 horas de atención clínica o cuidados intensivos
9. *Aviso anterior a la Tentativa Suicida*: Comunicación verbal de la intención suicida durante la semana previa a la tentativa suicida(17).
10. *Aviso posterior a la Tentativa Suicida*: Comunicación verbal del acto suicida o pedido de ayuda en relación al mismo durante las 24 horas posteriores a la tentativa suicida(17).
11. *Ideación suicida*: conjunto de pensamientos que expresan un deseo, añoranza o intencionalidad de morir o de cualesquiera otras vivencias psicológicas suicidas(17). En este trabajo tomamos la ideación suicida presente desde antes de la semana previa a la tentativa suicida.
12. *Desesperanza*: Idea de que la situación actual no puede ser revertida (no futuro, no salida). Se utilizó la BHS que consiste en un cuestionario de 20 ítems de verdadero-falso. Puntajes ≥ 9 indican desesperanza moderada o alta, mientras que puntajes ≤ 3 indican ausencia de desesperanza. En este trabajo consideramos el punto de corte para la presencia de desesperanza los puntajes ≥ 9 (2).
13. *Depresión*: Trastorno Depresivo Mayor definido según criterios del DSM-IV(8) y del MINI(22). Se administraron los puntos A1, A2, A3 y A4 del MINI English Version 5.0.0 DSM-IV que es una entrevista estructurada breve que evalúa trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV

14. *Demencia*: Se evaluó según criterios del DSM-IV (8) y puntajes ≤ 23 del MM-SE(10). Este último consiste en 30 ítems que evalúan orientación, memoria, atención, etc.
15. *Trastorno narcisista de la personalidad*: Se evaluó según DIN, que es una entrevista clínica semiestructurada que incluye un rango de fenómenos clínicos asociados al narcisismo patológico. Sobre un total de 33 ítems y con un puntaje total entre 0 y 13 puntos, un puntaje ≥ 9 es considerado Trastorno Narcisista de la Personalidad(11).
16. *Dolor Físico*: Se administró una EVAD para indicar la intensidad del dolor general en la última semana. Esta escala es de autollenado en la que se le pide al paciente que marque en una línea recta la intensidad del dolor (de 0mm, sin dolor a 100mm, dolor extremadamente intenso) De esta manera se transforma de escala visual a escala ordinal. En este trabajo consideramos el punte corte para presencia de dolor físico intensidades de dolor ≥ 20 mm
17. *Tentativas suicidas previas*: tentativas suicidas no relacionadas con la tentativa suicida al momento del ingreso
18. *Antecedentes familiares de tentativas o suicidios*: tentativas o suicidios en familiares de primer y segundo grado.

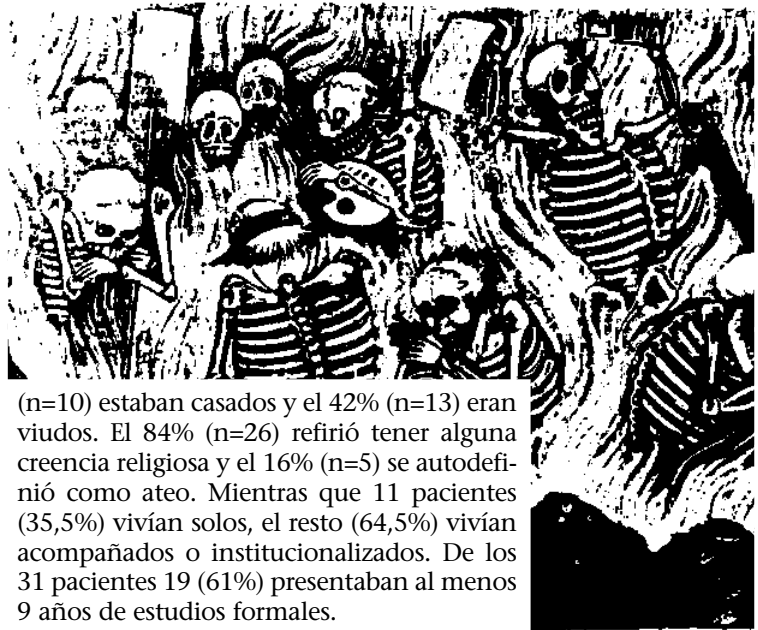
Análisis Estadístico

Los datos obtenidos fueron ingresados en una base de datos relacional generada en EpiInfo 2000 versión 1.1.2 (CDC y OMS). El análisis de datos fue realizado utilizando el programa estadístico Statcalc (EpiInfo versión 6, noviembre de 1993) incluido en la base de datos anteriormente mencionada. El análisis estadístico consistió en un análisis a partir de la determinación de medidas de tendencia central y dispersión, y análisis bivariado a partir de medidas de asociación estadística. El procesamiento estadístico fue realizado como análisis bivariado para dos muestras independientes, pequeñas, a dos colas, utilizando como prueba de significación la prueba de Fisher para las variables dependientes. Este modelo de análisis se realizó considerando como variable independiente la presencia o no de notas suicidas. En todos los casos se estableció como nivel de significación para α un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se estudiaron 31 pacientes con una edad media de 72,96 años (DS=6 años), de los cuales el 74,2% (n=23) fueron de sexo femenino y el 25,8% (n=8) de sexo masculino.

El 10% (n=3) eran solteros, el 16% (n=5) estaban divorciados o separados, el 32%



(n=10) estaban casados y el 42% (n=13) eran viudos. El 84% (n=26) refirió tener alguna creencia religiosa y el 16% (n=5) se autodefinió como ateo. Mientras que 11 pacientes (35,5%) vivían solos, el resto (64,5%) vivían acompañados o institucionalizados. De los 31 pacientes 19 (61%) presentaban al menos 9 años de estudios formales.

14 pacientes (45%) realizaron tentativa suicida que requirieron atención clínica durante más de 24 horas o que necesitaron cuidados intensivos, dando aviso previo de la misma sólo el 16% (n=5), dando aviso posterior al acto suicida el 22,5% (n=7) y habiendo presentado ideación suicida en la semana previa a la tentativa suicida un gran porcentaje de pacientes (96,77%; n=30).

El 61,3% (n=19) de los pacientes se encontraban moderadamente o gravemente desesperanzados según la Beck Hopelessness Scale, al obtener puntajes ≥ 9 .

Según criterios del DSM-IV y puntajes del MINI 28 pacientes (90%) presentaban un episodio depresivo mayor actual. El 35,5% (n=11) de los pacientes fueron diagnosticados dementes. El Trastorno Narcisista de la Personalidad se identificó en el 58% (n=18) de los casos.

En la EVAD 18 pacientes (58%) registraron la intensidad de su dolor físico en más de 20 mm.

Se encontraban en tratamiento psiquiátrico al momento de la internación el 61,3% de los pacientes (n=19).

Se constataron antecedentes de tentativas suicidas previas en el 55% de los pacientes, y de tentativas de suicidio o suicidio en familiares de primer y segundo grado en el 22,5% (n=7) de los casos.

Dejaron nota suicida el 38,7% (n=12) de los pacientes. La edad media de este grupo era de 74,36 (DS=5) y el 58,3% eran mujeres mientras que el 41,7% eran hombres.

Con el objetivo de reconocer la existencia de asociaciones entre las variables de estudio y el haber dejado nota suicida se realizó un análisis bivariable tomando a la presencia de nota suicida como variable independiente (Tabla I).

No se encontraron asociaciones significativas entre presencia de nota suicida y edad, sexo, estado civil, creencia religiosa, vivir so-

Tabla I

Comparación de variables entre pacientes que dejaron nota suicida y los que no dejaron

Variable	Pacientes que Dejaron Nota (n=12) n	Pacientes que no Dejaron Nota (n=19) n	Odds Ratio	IC 95%	p Fisher
Edad Media	74,36±5	72,26±6,66			0,26*
Sexo Masculino	5	3	3,81	0,53-30,36	0,20
Femenino	7	16	0,26	0,03-1,87	0,20
Estado Civil Soltero	1	2	0,43	0,04-3,20	0,78
Casado	4	6			
Separado/divorciado	1	4			
Viudo	6	7			
Creencia Religiosa	10	16	0,94	0,09-13,11	1
Vivir Solo	4	7	0,86	0,14-4,89	1
Nivel Académico ≥ 9 años	9	10	2,70	0,45-19,83	0,27
Tentativa Suicida Grave	9	5	8,40	1,28-63,88	0,022
Aviso Anterior a la Tentativa	0	5	0	0-1,59	0,12
Aviso Posterior a la Tentativa	2	5	0,56	0,05-4,42	0,67
Ideación Suicida	12	18	No definido	No definido	1
Desesperanza	10	7	8,57	1,19-95,33	0,03
Trastorno Depresivo Mayor	12	16	No definido	No definido	0,26
Demencia	2	9	0,22	0,02-1,52	0,12
Trastorno Narcisista de la Personalidad	8	10	1,80	0,32-10,97	0,69
Dolor Físico	7	11	1,02	0,19-5,72	0,72
Tratamiento Psiquiátrico Actual	5	14	0,77	0,15-3,61	0,96
Tentativa Suicida Previa	6	11	0,73	0,13-3,93	0,95
Antecedentes Familiares de Tentativa de Suicidio o Suicidio	2	5	0,56	0,05-4,42	0,67

* test de Student

lo, nivel académico, aviso anterior y posterior a la tentativa suicida, ideación suicida durante la semana previa, Trastorno Depresivo Mayor, Demencia, Trastorno Narcisista de la Personalidad, tratamiento psiquiátrico actual, tentativas suicidas previas, antecedentes familiares de tentativas o suicidios.

De los 12 pacientes que dejaron nota suicida el 75% (n=9) realizaron tentativas suicidas graves y el 83,33% (n=10) estaban moderadamente o gravemente desesperanzados. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre este grupo de pacientes y el grupo que no dejó notas suicidas para tentativa suicida grave (p=0,022) (Gráfico 1) y para desesperanza (p=0,03) (Gráfico 2).

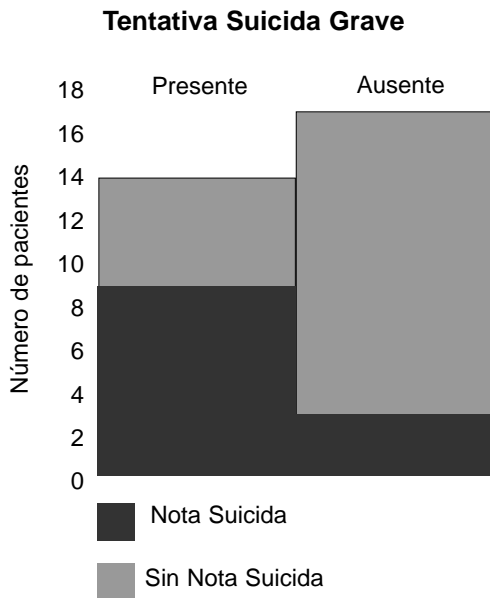
Discusión

Deben mencionarse algunas cuestiones metodológicas antes de discutir los resulta-

dos. En primer lugar, la muestra es pequeña y no permite, aunque se encuentren diferencias estadísticamente significativas, generalizar los resultados. Además, incluye pacientes internados, no siendo representativa ni de pacientes ambulatorios ni de la población general. Los datos obtenidos para la confección de los formularios pueden estar influenciados por la tentativa suicida y sus consecuencias; las conclusiones sobre la relación temporal entre los diagnósticos y las conductas suicidas no son posibles, por lo tanto, las relaciones causales no pueden establecerse. La presencia de asociaciones estadísticamente no significativas se podrían deber a un error tipo II o β.

Creemos que el alto porcentaje de pacientes que dejaron nota en nuestra muestra (38,7%) podría deberse a la búsqueda específica de estas comunicaciones. Ya hemos mencionado las dificultades que se presentan para la obtención de las mismas. Com-

Gráfico 1

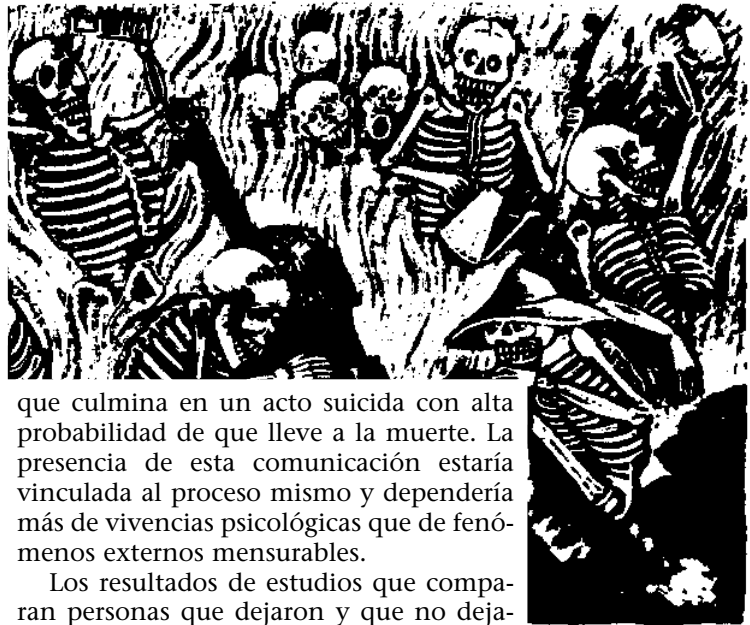
Relación entre tentativa suicida grave y presencia de nota suicida

probamos que si bien los familiares relatan haber encontrado las notas les es muy difícil entregárselas al médico. Las excusas, los olvidos y otras resistencias quedan diluidas cuando se les transmite la importancia que éstas tienen para la comprensión del paciente. Sorprendentemente pocos familiares reclaman la devolución de las notas suicidas.

Sin embargo, los datos más relevantes de este estudio surgen de la búsqueda de asociación entre la presencia de nota suicida y desesperanza y tentativas suicidas graves.

Aunque no hemos encontrado en la bibliografía consultada asociación entre dejar nota suicida y desesperanza no es llamativo que en este trabajo ambas variables se asocien significativamente ($p=0,022$) ya que, por un lado, Beck et al.(1) sostienen que la gravedad de la tentativa suicida se correlaciona en mayor medida con el grado de desesperanza que con cualquier otro indicador de severidad de depresión y, por otro, la presencia de nota suicida se menciona asociada a tentativas graves. Por lo tanto, estar desesperanzado y dejar nota suicida se asociarían a tentativas suicidas graves. A pesar de encontrar una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de nota suicida y tentativas graves ($p=0,03$), las limitaciones metodológicas de este estudio no permiten explicar la manera en que estas variables se relacionan entre sí.

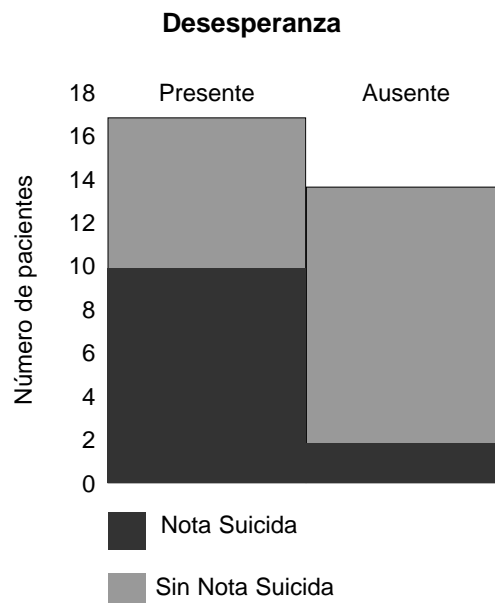
Como en otros estudios no encontramos diferencias en ciertas variables epidemiológicas como sexo, estado civil, vivir solo, etc. Pensamos que dejar nota suicida no simplemente refleja aptitudes literarias sino que es la comunicación de un proceso



que culmina en un acto suicida con alta probabilidad de que lleve a la muerte. La presencia de esta comunicación estaría vinculada al proceso mismo y dependería más de vivencias psicológicas que de fenómenos externos mensurables.

Los resultados de estudios que comparan personas que dejaron y que no dejaron nota antes de suicidarse son contradictorios. En pacientes que realizaron tentativas suicidas existen pocos estudios que comparen estos grupos y no hallamos ningún trabajo de estas características en pacientes mayores de 65 años. Creemos que es importante el estudio de la nota suicida en la vejez para profundizar los conocimientos de este tipo de comunicación en una población de alto riesgo suicida. Aunque la nota suicida se relaciona con tentativas graves no debe desestimarse la gravedad de una tentativa cuando ésta no está presente. Tampoco debe desestimarse la presencia de una nota suicida sin tentativa ya que es probable que quien la escribió realice un acto suicida grave ■

Gráfico 2

Relación entre desesperanza y presencia de nota suicida



Referencias bibliográficas

1. Beck AT, Kovacs M, Weissman A., Hopelessness and Suicidal Behavior. *JAMA* 1975; 234: 1146-1149
2. Beck AT, Steer A., *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. Psychological Corporation, San Antonio, 1988
3. Beck AT, Morris J, Lester DS., Suicide notes and risk of future suicide. *JAMA* 1974; 228: 495-496
4. Capstick A., Recognition of emotional disturbance and the prevention of suicide. *BMJ* 1960; 1: 1179-1182
5. Cohen S, Fiedler J., Content analysis of multiple messages in suicide notes. *Life Threat Behav* 1974; 4: 75-95
6. Conway J., The investigation of suicide notes. *J Forensic Sciences* 1960; 5: 48-71
7. Darbonne AR., Study of psychological content in the communications of suicidal individuals. *J Consult Clin Psychol* 1969; 33: 590-596
8. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta Edición, Ed. Masson; España 2000: 39-128, 181-189, 345-352, 645-690
9. Fishbain DA, D'Achille L, Barsky S, Aldrich T., A controlled study of suicide pacts. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 154-157
10. Folstein ML, Folstein SE, McHugh PR., Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198
11. Gunderson JG, Ronningstam E, Bodkin A., The diagnostic interview for narcissistic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 676-680
12. Ho TP, Yip PS, Halliday P., Suicide notes: what do they tell us. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 467-473
13. Heim N, Lester D., Do suicides who write notes differ from those who do not? A study of suicides in West Berlin. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 372-373
14. Kaplan MS, Adamek ME, Rhoades JA., Prevention of elderly suicide: physician assessment of firearm availability. *Am J Prev Med* 1998; 15: 60-64
15. Leenars AA., Suicide notes, communications and ideation. En *Assesment and prediction of suicide*. Eds. Maris R, Berman A, Maltsberger J., *Gilford Press*, New York; 1992
16. Linn M, Lester D., Content differences in suicide notes by gender and age: serendipitous findings. *Psychol Rep* 1996; 78: 370
17. Moreno-Ceballos N., *Nomenclatura en Suicidología Clínica*. Ed. Búho; Santo Domingo 2000
18. O'Donnell I, Farmer R, Catalan J., Suicide notes. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 45-48
19. Peck DL., Completed suicides: correlates of choice of method. *Omega* 1986; 16: 309-323
20. Roy L., Suicide. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII*. Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins 2000; vol II, cap 29: 2039
21. Salib E, Cawley S, Healy R., The significance of suicide notes in the elderly. *Aging Ment Health* 2002; 6: 186-190
22. Sheehan DV, Lecrubier Y. M.I.N.I. *Mini International Neuropsychiatric Interview*. English Version 5.0.0; 1998
23. Shneidman ES, Farberow NL., *Clues to suicide*. McGraw-Gill, New York; 1957
24. Shneidman ES., *Voices of death*. Harper & Row, New York 1980
25. Stengel E., *Suicide and attempted suicide*. Penguin Books, Baltimore 1964
26. Tuckman J, Youngman W., Emotional content of suicide notes. *Am J Psychiatry* 1959; 116: 59-63
27. Tuckman J, Kleiner RJ, Lavell M., Emotional content of suicide notes. *Am J Psychiatry* 1959; 116: 59-63

Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez

Daniel Matusevich

Medico especialista en psiquiatría. Coordinador Sala de Internación. Coordinador de Psicogeriatría. Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Lafinur 3351 3 F. C. P. 1425. dmatusevich@ciudad.com.ar

Introducción

Una de las grandes dificultades para aproximarse al suicidio es la obtención de datos que permitan reconstruir la situación; Farberow, Maris, Shneidman y otros autores que trabajan en este tema han sugerido las siguientes fuentes posibles de información y estudio: estadísticas, entrevistas a familiares y personas significativas del entorno, estudio de las tentativas de suicidio y análisis de las notas dejadas por personas que llevaron a cabo tentativas de suicidio o por aquellas que se suicidaron(3, 13).

El estudio de las notas suicidas constituye un recurso muy valioso para acercarse a la comprensión de uno de los problemas más complejos y misteriosos de la psiquiatría: porqué una persona decide poner fin a su vida. Leenaars plantea que estos documentos constituyen un invalorable punto de partida para echar luz acerca de un fenómeno "incomprensible para todos aquellos que nunca hemos experimentado la emoción del deseo de muerte"(9, 10, 11, 12).

Desde el punto de vista epidemiológico la importancia de las notas fue confirmada por Tuckman y Youngman en 1968 en un artículo publicado en el *Journal of clinical psychology* donde estos autores hallaron que el dejar una nota suicida constituye uno de los mayores factores de riesgo de un suicidio completado(18).

La etapa moderna de la suicidología comenzó en el año 1940 cuando Edwin Shneidman descubrió por casualidad en la oficina del forense de la ciudad de Los Angeles una gran cantidad de notas; en ese momento ese autor consideró que las notas eran la mejor evidencia posible para comprender el hecho sui-

cida. El paso de los años modificó un poco las cosas y en 1980 el mismo Shneidman planteó que el análisis de las notas suicidas solamente adquiere sentido en el contexto de una detallada historia de vida de la persona que cometió la tentativa o el suicidio; finalmente en 1993 sostuvo que el valor de las notas en aquéllos que llevan a cabo una tentativa frustrada es una señal que nunca debe ser pasada por alto por el clínico o por el investigador(3, 13).

Existe un acuerdo entre todos los investigadores sobre que las notas de suicidio son dejadas por una minoría de las personas que se matan o que llevan a cabo tentativas. El primer estudio epidemiológico acerca de notas suicidas es el clásico trabajo de Shneidman y Farberow que analiza 721 notas suicidas escritas en la ciudad de Los Angeles entre 1944 y 1953; esas notas representan el 15% de todos los suicidios durante esos años(3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16).

Tuckman en 1959 y Cohen y Fiedler en 1974 hallaron una prevalencia de entre el 21% y el 24% de notas suicidas escritas en más de 1700 casos revisados; de todas formas es importante señalar que en una gran cantidad de casos las notas suicidas son destruidas o escondidas por la propia familia por motivos que pueden ir desde la vergüenza y la protección de los beneficios de los seguros, hasta evitar el estigma social que acarrea este tipo de muerte para la propia familia(17, 13).

En el libro clásico de Stengel, de los 73 hombres y 44 mujeres sobre los cuales este autor realizó su investigación en un tribunal del crimen de la ciudad de Londres en el año 1953, 18 y 21 respectivamente dejaron una nota, siendo esa una proporción desusadamente alta(16).

Resumen

En este artículo analizaremos y clasificaremos ocho notas suicidas dejadas por pacientes ancianos que realizaron tentativas de suicidio; los gerontes son el grupo etareo que deja más notas. Para analizar las notas utilizaremos la tipología creada por Jacobs en 1967 y que clasifica las notas en cinco tipos. Los temas que más frecuentemente aparecen en las notas son los referidos a enfermedades físicas, dolor crónico, soledad, depresión, discapacidad y aislamiento.

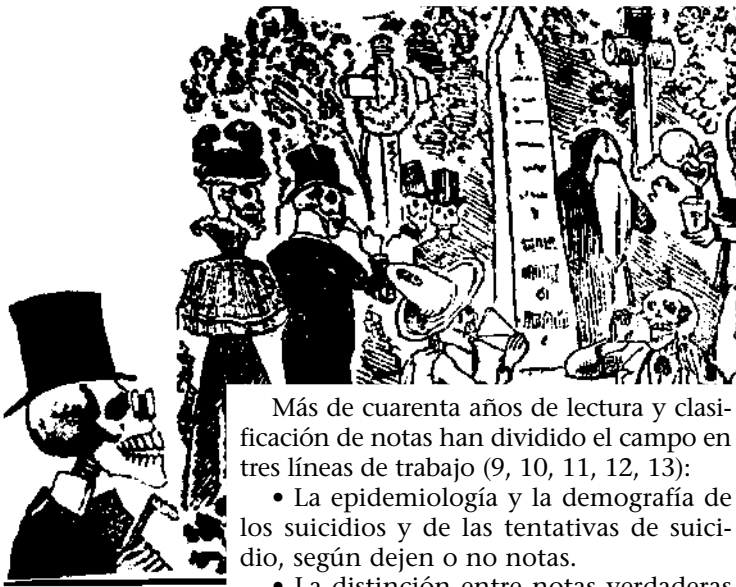
Palabras clave: Tentativa de suicidio en la vejez – Nota suicida – Tipología de Jacobs.

QUALITATIVE ANALYSIS OF EIGHT SUICIDE NOTES OF ELDERLY PEOPLE

Summary

We analyze and classify eight suicide notes left by elderly patients who attempted suicide; older adults leave more frequently suicide notes. We used the typologie created by Jacobs in 1967 who classifies the notes in five categories. The issues which frequently appear are: physical illness, chronic pain, loneliness, disability, depression and isolation.

Key words: Attempted suicide in the elderly – Suicide notes – Jacob's typologies.



Más de cuarenta años de lectura y clasificación de notas han dividido el campo en tres líneas de trabajo (9, 10, 11, 12, 13):

- La epidemiología y la demografía de los suicidios y de las tentativas de suicidio, según dejen o no notas.
- La distinción entre notas verdaderas y notas falsas.
- El análisis cualitativo del contenido de las notas.

En este artículo clasificaremos y analizaremos ocho notas dejadas por pacientes que llevaron a cabo tentativas de suicidio y que luego fueron internados en la sala de psiquiatría de un hospital general; todos esos pacientes son mayores de sesenta y cinco años de edad, por lo que sus notas se incluyen dentro del grupo 3 propuesto por Leenaars para el estudio de estos documentos(10, 12). En la última parte de esta comunicación comentaremos brevemente un tipo especial de nota, que es aquella dejada por las personas que llevan a cabo un suicidio asistido, a partir del análisis de dos notas recolectadas por Marc Etkind en su libro "... Or not to be. A collection of suicide notes"(2). Para la confección de este trabajo se solicitó y se obtuvo el consentimiento informado tanto de los pacientes como de sus familias.

Antoon Leenaars, siguiendo la teoría de los estadios de Erickson, divide a las notas en tres grandes grupos, tomando en cuenta simplemente la edad de los redactores: entre 18 y 25 años, entre 25 y 65 años y finalmente más de 65 años(10, 12). La elección de enfocar nuestro trabajo en tentativas de suicidio y no en suicidios consumados se apoya en tres motivos fundamentales: la dificultad para obtener datos fiables acerca de suicidios completados en nuestro país, las grandes dificultades metodológicas que conlleva el estudio de estos fenómenos y el gran valor para la prevención que implica la adecuada comprensión y profundización de las historias de aquéllos que deciden matarse y no lo logran.

A pesar de las recomendaciones de diversos comités de estudio y prevención sobre el suicidio así como sugerencias de los autores que más han investigado acerca de esta cuestión, la bibliografía internacional muestra

una gran escasez de estudios con un enfoque cualitativo del tema; Maris, Berman y Silverman plantean que esto se debe a tres cuestiones: la dificultad para obtener notas, el rechazo por gran parte de la psiquiatría de las metodologías cualitativas y la resistencia que genera el tema en los propios investigadores(13). En nuestro país, hasta donde hemos podido averiguar, no contamos con estudios de estos documentos en la vejez.

Vejez y Notas suicidas

Heim y Lester publicaron un trabajo en 1990 en la revista *Acta Psychiatrica Scandinavica* donde afirman que los ancianos dejan notas suicidas más habitualmente que los demás grupos etáreos(4); Ho sostiene que mientras el 20% de la población que se suicida o lleva a cabo tentativas deja notas, el 26% de los viejos lo hace(6). Stengel confirma las proporciones halladas por los dos autores anteriormente citados en su estudio realizado en el Reino Unido(16).

Antoon Leenaars observó dos patrones de análisis que se pueden rastrear en las notas suicidas de personas de más de sesenta y cinco años(10, 12):

- *Ambivalencia*: en un trabajo anterior planteamos que los viejos más que llamar la atención lo que buscan es llevar a cabo su intención. De acuerdo con esta visión, en las notas escritas por ancianos la ambivalencia se observa menos ya que sus notas son menos contradictorias, más directas y con una explicación más clara de los motivos que los impulsaron a cometer el acto. Este hallazgo tiene implicancias directas tanto en la comprensión del suicidio como en las estrategias de intervención, enfrentándonos al hecho de que la mayoría de los viejos que llevan a cabo una tentativa presentan un verdadero deseo de morir.

- *Género*: los conflictos en las relaciones interpersonales casi siempre están presentes en las notas masculinas; los hombres manifiestan un problema mayor que las mujeres en establecer y mantener relaciones significativas y es muy habitual que estas dificultades estén descriptas en sus notas como situaciones que los enfrentan a un callejón sin salida. En general la destinataria de la nota es la esposa; Osgood sostiene que en las notas femeninas aparecen mucho menos los conflictos de relación debido a que este grupo construye en la vejez con mucha mayor frecuencia lo que esta autora dio en llamar soportes alternativos(15).

Los grandes temas que aparecen en las notas suicidas de los ancianos son los siguientes: enfermedad física, dolor crónico, discapacidad, depresión, soledad y aislamiento. Bennet encontró que las notas en la vejez son más cortas, con un menor con-

tenido emocional y con instrucciones específicas, aunque otros autores no pudieron repetir sus hallazgos(1).

Siguiendo la teoría de Menninger de los tres componentes del acto suicida, Shneidman y Farberow clasificaron 483 notas y encontraron que con la edad aumenta el deseo de morir mientras que el deseo de matar y el de ser matado disminuyen. Para estos autores, desde un punto de vista psicodinámico, las notas en la vejez son "documentos que proveen un gran *insight*, con abundante información que explica genuinamente las razones humanas que llevan a una persona a cometer el acto y permiten acercarse al mundo inconciente del suicida"(3).

En cambio otros autores, como Hendin, plantean que las notas solamente son la expresión de un momento de desesperación en donde el individuo busca comunicarse y producir un efecto en los demás sin esperar ningún tipo de respuesta(5); existe entonces una polémica acerca de si las notas revelan o no los verdaderos motivos del acto suicida: en lo que todos los investigadores acuerdan es en que las notas proveen una oportunidad única para asomarse a los momentos finales del escritor.

Clasificación y análisis de las notas

Existen varias formas de clasificar las notas, todas ellas de orientación psicodinámica:

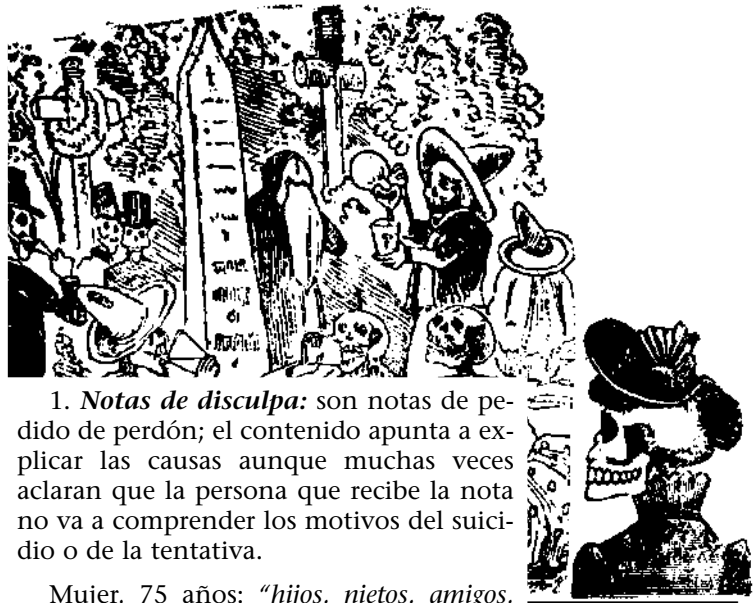
- *Shneidman y Farberow*(1957, 619 notas): tres tipos de notas según expresen deseo de matar, deseo de morir o deseo de ser matado(3, 13).

- *Tuckman y cols.*(1959, 165 notas): según manifiesten emociones positivas, emociones negativas o neutras; esta clasificación se nutrió también de aportes de la psicología cognitiva(17).

- *Edland y Duncan*(1973, 330 notas): 23 años de recolectar notas en el condado de Monroe les permitió a estos autores desarrollar una tipología que incluye 6 categorías: abandono retaliatorio, reunión, renacimiento, autocastigo, castigo a la sociedad y solución justificable(13, 14).

- *Tanney*(1992): inspirado por el modelo anterior, clasifica las notas según el motivo: rescate, reunión, renacimiento, revancha, reparación y rigidez(13).

En 1967 John Jacobs publica su trabajo *Phenomenological Study of Suicide Notes* en la revista *Social Problems*; las tipologías creadas por Jacobs siguen manteniendo plena vigencia y son quizás el modo más utilizado de clasificar notas de adultos mayores debido a su sencillez y a que su aplicación es más fácil; este autor divide a las notas en cinco categorías (en la transcripción de las notas hemos decidido respetar la ortografía y la sintaxis original)(8):



1. **Notas de disculpa:** son notas de pedido de perdón; el contenido apunta a explicar las causas aunque muchas veces aclaran que la persona que recibe la nota no va a comprender los motivos del suicidio o de la tentativa.

Mujer, 75 años: "*hijos, nietos, amigos, perdón pero no doy más. Los quiero mucho*".

Mujer, 80 años: "*Perla, Viviana, Tito, Luis, hermanos, Marta los quiero a todos... Ramon sabe perdonarme, te amo.... que dios me perdone*".

2. **Notas basadas en enfermedades incurables o muy dolorosas:** aquí el centro de la comunicación esta constituido por el sufrimiento que habitualmente es incommensurable y sin solución y es el que llevó a la persona a tomar la decisión.

Hombre, 72 años: "*Silvia y Olga: tome esta decisión porque mi enfermedad estaba muy avanzada y no quería sufrir mas ni afrontar una internación hasta mi muerte. Les pido se hagan tratar por un medico especialista en lo que yo tengo, ustedes están a tiempo... en la autopsia hallaran mis causas: pulmones, cuello cabelludo, mis brazos, orejas y otras, les deseo mucha suerte, quien las quiso mucho*".

Mujer, 78 años: "*Querida Milagros: desde el viernes he tenido perdidas muy grandes y se que este es el fin. Yo se que los doctores no me dicen la verdad pero igual me doy cuenta, acordate de lo que le paso a mama, no quiero terminar así Ya he vivido lo suficiente y deseo descansar en paz... decile a todos que mi muerte se ha debido a una hemorragia masiva y no avises hasta que todo haya pasado*".

Mujer, 82 años: "*Yo no quiero vivir esta vida inútil me envenenan todas estas cosas (pastillas) que me dan los médicos pero nadie me puede curar el dolor que siento doy gracias a todos los que trataron de ayudarme pero esto es insufrible Que Dios me perdone no puedo seguir esta vida no se culpe a nadie por mi muerte, muero feliz sabiendo que Dios sabra comprenderme, no aguanto mas este sufrimiento*".

3. **Notas acusatorias y/o culpabilizadoras:** directamente responsabilizan y culpan



de la muerte al destinatario de la nota.

Mujer, 77 años: *"Gustavo: nunca me acompañaste ni creíste mi dolor quizás si me hubieras acompañado la última vez las cosas ahora serían diferentes, no te culpo, yo se que tu vida es mas importante... Quiero que sepas que fui a ver a un psiquiatra me dijo que lo que necesito es una psicóloga, que el me iba a buscar una y me iba a llamar; me llamo hace unos días para disculparse, que no se olvido pero que todavía no pudo encontrarla. Como vos Gustavo el tampoco me tomo en serio, los entiendo, tendrá tantas cosas que hacer. Tenes que comprenderme, no soy una compañía agradable, no tengo ganas de hablar ni de nada, así no puedo seguir, los amo a todos tanto, por eso es que también tomo esta decisión"*.

4. **Notas con instrucciones:** en estas quedan consignados los deseos y la voluntad del suicida, en general de forma impersonal; varios autores sostienen que este es el modelo más común de nota.

Mujer 69 años: *"Queridos Martín y Marta: los he querido mucho y les deseo que la vida muy pronto les sea mas propicia. En lo del abogado hay otra carta donde les explico que hacer con las cosas, yo se que es poco y que nunca voy a poder pagar lo que hicieron por mí. Un abrazo y un beso muy grande para los dos y muchas gracias por la ayuda que me han prestado. P. D. no se olviden de Feli que va a quedar muy sola, haganle compañía lo mas que puedan, lo va a necesitar"*.

5. **Notas mixtas:** son una mezcla de todas las notas anteriores.

Hombre 84 años: *"Lamento haber tomado la decisión de terminar de mi vida hay suficientes motivos a tomar esta decisión: 1) por confiar en Roberto fui estafado mi dinero que era la reserva para cuando ya no pudiera trabajar y para golpe de gracia hipoteco las 4 cocheras. 2) mi salud no era buena, la depresión y el cáncer no me dejan en paz, no me dejan vivir tranquilo. hoy me siento mal de salud y no estoy en condiciones de salir a vender perdonenme por esta decisión mía. 3) les pido que cuando vendan mi departamento le paguen al señor T... la suma que le debo, el teléfono de el es... es mi deseo que me cremen y tiren mis cenizas alrededor de la sepultura*

de mi querida e inolvidable esposa. 4) que nadie se culpe por lo que decidí hacer".

Nuestro análisis cualitativo de las notas es coincidente con el que realizó Leenaars, siendo éste el único de este tipo registrado en la bibliografía en relación a notas en la vejez(10, 12); señalaremos algunos temas que se repiten consistentemente en la lectura de las notas:

- Aparecen repetidamente pedidos de disculpas tanto a familiares como a amigos; creemos nosotros a partir de que el suicidio es un hecho condenado tanto desde la sociedad como desde la cultura. Estos pedidos van más allá de que la persona que comete el acto encuentre el hecho lógico o justificable.

- Las notas pueden ser leídas como una última manifestación de amor o de cariño.

- Las diversas enfermedades a las que hacen referencias las notas presentan algunas de estas tres características: son incurables, muy dolorosas y se encuentran en un estadio avanzado de su evolución.

- Muchas de las notas reflejan el temor a cómo va a ser el final de la persona, entonces el fenómeno suicida aparece como un último intento desesperado por conservar el control hasta el final. Al mismo tiempo representa muchas veces a la última discusión donde el que escribe tiene la palabra final.

- Las referencias religiosas son frecuentes en los escritos de los suicidas, en general aluden a que las personas que cometen el acto serán comprendidas y perdonadas.

Notas suicidas y suicidio asistido en la vejez

Have a nice trip.

Jack Kevorkian's words to Janet Adkins as she flipped the switch of his suicide machine.

Her response: "thank you"(pág. 100).

La decisión de incluir dos notas dejadas por personas que cometieron suicidio asistido se relaciona con la necesidad de instalar en la comunidad científica la discusión acerca de este fenómeno que está adquiriendo importancia filosófica y epidemiológica en países como Holanda y los Estados Unidos(2, 13).

Este modelo de notas no está considerado en la bibliografía, probablemente debido a que es relativamente reciente y al rechazo que produce en la mayoría de los profesionales. Es necesario tener en cuenta que este tipo de notas constituyen tanto una declaración política como un manifiesto por el derecho a matarse; la visión y la lectura que el médico tenga de estas cuestiones muchas veces definirá el futuro del paciente. Szasz sostiene que debido a que el profesional está comprometido en salvar la vida de las personas, frente a la temática

del suicidio, en general, la reacción es como si el paciente lo atacara o lo desafiara en sus convicciones(13).

Las notas dejadas por personas que llevan a cabo suicidio asistido constituyen un alegato a favor de la racionalidad del suicidio ya que en general gran parte de su contenido está dedicado a justificar y a explicar la lógica de la decisión tomada; las notas de ancianos que hemos podido rastrear en la literatura corresponden a personas que padecían enfermedades muy graves (cáncer, Alzheimer, esclerosis múltiple), que les producían un intenso sufrimiento y una gran pérdida de la autonomía(2).

Siguiendo a Stengel podemos decir que estas notas reflejan una notable atención a la realidad presente y al futuro; el escritor parece estar muy interesado en lo que va a suceder después de su muerte y de alguna manera trata de influir en esa realidad provocando una respuesta emocional en la sociedad(16).

Hombre, 72 años, enfermo de cáncer: "... no es decente permitirle a la sociedad que le haga esto a un hombre. Probablemente este sea el último día que yo sea capaz de hacerme lo a mi mismo".

Mujer, 75 años, asistida por el doctor Ke-vorkian en su suicidio: "Después de tres años y medio yo no puedo seguir con este dolor y esta agonía. No he salido de esta casa en tres años excepto para ir a Detroit a ver a mis médicos. Yo en llamaría vida a esto... Estoy feliz de que exista un doctor kevorkian para ayudarme... Si Dios no viene hacia mi yo ire hacia Dios".

El análisis de este tipo de notas junto con la historia de vida de las personas que

tomaron esta decisión nos permiten asomarnos, aunque sea de reojo, a uno de los dilemas éticos, morales, filosóficos y religiosos más apasionantes de nuestro tiempo; también nos enfrenta a la preparación que debe poseer el médico psiquiatra para poder ayudar y acompañar a sus pacientes en el caso de que los mismos deban transitar estas encrucijadas que inevitablemente cuestionan el sentido de nuestra profesión y de nuestra propia vida ■



Bibliografía

- Bennett A, Collins K., Elderly suicide. A 10 year retrospective study, *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 2001; 22 (2): 169-172.
- Etkind M., *...Or not to be. A collection of suicide notes*, Riverhead Books, New York, 1997.
- Farberow N, Shneidman E., *Necesito Ayuda*, La prensa Medica Mexicana, Mexico D. F., 1972.
- Heim N, Lester D., Do suicides who write notes differ from those who do not? A study of suicides in West Berlin, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1990; 82: 372-373.
- Hendin H., *A Handbook for the Understanding of suicide*, Jason Aronson Inc., New Jersey, 1994.
- Ho T, Yip P, Halliday P., Suicide notes: what do they tell us, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998; 98: 467-473.
- Humphry D., *Final Exit*, Dell Trade Paperback, New York, 1991.
- Jacobs J., *A phenomenological study of suicide notes*, *Social Problems*, 1967; 15: 60-72.
- Leenaars A., "Suicide across the life span with particular reference to the elderly" en Lester D, Tallmer M., *Now I lay me down, Suicide in the elderly*, The Charles Press, Philadelphia, 1994. 31-42.
- Leenaars A., "Suicide notes of the older adult" en Leenaars A, Maris R, Mc Intosh J, Richman J., *Suicide and the older adult*, The Guilford Press, New York, 1992. 62-79.
- Leenaars A., Suicide notes of the older adult, *Suicide Life Threaten Behavior*, 1992; 22: 62-79.
- Leenaars A., *Suicide Notes*, Human Sciences Press, New York, 1988.
- Maris R, Berman A, Silverman M., *Comprehensive textbook of sociology*, The Guilford Press, New York, 2000.
- Odonell I, Farmer R, Catalan J., Suicide notes, *British Journal of Psychiatry*, 1993;163: 45-48.
- Osgood N., *Suicide in Later Life*, Lexington Books, New York, 1992.
- Stengel E., *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*, Paidós, Buenos Aires, 1987.
- Tuckman J, Kleiner J, Lavell M., Emotional contents of suicide notes, *American Journal of Psychiatry*, 1959; 116: 59-63.
- Tuckman J, Youngman W., A scale of assessing suicide risk of attempted suicides, *Journal of Clinical Psychology*, 1983; 24: 179-180.

La clínica del proceso suicida en los ancianos y recomendaciones para su prevención

Una revisión bibliográfica

Juan Carlos Stagnaro

Médico psiquiatra (UBA) Profesor Adjunto, Depto. de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires Miembro del Consejo Directivo y Docente del Instituto EOS/Fundación Kaleidos
Rivadavia 1984, 12 "E", Ciudad de Buenos Aires. E-mail: stagnaro@sminter.com.ar

Introducción

La edad avanzada no protege de la muerte por suicidio. Todos los datos de la literatura médica indican que hay una sobremortalidad por suicidio en los ancianos. En casi todos los países del mundo, en los que se llevan a cabo estadísticas confiables, la tasa de suicidio de las personas de edad avanzada es mayor que la de la población general (OMS). Entre los hombres la tasa de suicidio comienza a aumentar a partir de los 65 años de edad y llega a su máximo nivel en torno a los 85 años (18). Sin embargo, parecería que éste fuera un fenómeno que tiende a ser ignorado, en el escenario social, tanto por la población general como por el personal de salud (20). A pesar de la evidencia que aporta la epidemiología, un alto número de médicos e, incluso, de los especialistas en psiquiatría, consideran que el suicidio de los viejos es excepcional.

Objetivos y aproximación bibliométrica a un tema en expansión

Desde 1965 hasta la fecha, en la base de datos Medline, se pueden contabilizar 5811 referencias sólo bajo la combinación de las palabras clave: suicidio y vejez (*suicide and elderly*). La progresión de artículos publicados bajo ese rubro –en esta última década se está aproximando al doble que durante la anterior y al triple de las publicaciones de las dos décadas precedentes– es un índice del interés que el tema ha despertado

entre los clínicos e investigadores (Tabla 1).

Una gran cantidad de los trabajos publicados se centran en estadísticas o características de un solo país y están condicionados por factores culturales locales. Otra importante serie presenta análisis institucionales, estrategias terapéuticas, fenómenos toxicológicos u otros tópicos particulares. Para esta revisión se han privilegiado artículos que, a su vez, presentaron síntesis de etapas anteriores o novedades de investigación sobre la clínica y la prevención del proceso suicida en ancianos. Se consultó, también, la revisión bibliográfica realizada por los expertos de la importante Conferencia de Consenso (*Conférence de consensus sur la crise suicidaire* (22)) que se llevó a cabo en Francia en Octubre de 2000 y el estudio sobre la epidemiología del suicidio aparecida en la última actualización de la *Encyclopedie Médico Chirurgicale* (6). Al carecer en nuestro país de suficiente investigación –aunque hay desarrollos actuales interesantes– y de cifras estadísticas detalladas en este tema, en todos los casos se intentó otorgar prioridad a aquellos datos clínicos y epidemiológicos que pudieran ser utilizados por nuestros profesionales para su práctica por tratarse de fenómenos de más probable aplicación transcultural.

Las medidas propuestas para la prevención del suicidio de los ancianos en gran cantidad de los artículos publicados, que dependen de la organización de los sistemas de salud, ya sean éstos estatales o privados (campañas de información, encuestas poblacionales, adecuación al problema de las estructuras de atención primaria, secundaria y terciaria y muchas otras acciones

Resumen

En casi todos los países del mundo, en los que se llevan a cabo estadísticas confiables, la tasa de suicidio de las personas de edad avanzada es mayor que la de la población general (OMS). Entre los hombres la tasa de suicidio comienza a aumentar a partir de los 65 años de edad y llega a su máximo nivel en torno a los 85 años. Sin embargo, parecería que este fuera un fenómeno que tiende a ser ignorado y, a pesar de la evidencia que aporta la epidemiología, un alto número de médicos e, incluso, de los especialistas en psiquiatría consideran que el suicidio de los viejos es excepcional.

Palabras clave: Suicidio – Vejez – Prevención del suicidio

CLINIC AND PREVENTION OF SUICIDE IN ELDERLY. A LITERATURE REVIEW

Summary

In almost all countries where reliable statistics researches are conducted, the rate of suicide among elderly people rises in people over 65 years old, reaching its highest point at 85 years old. Nevertheless, it seems that this phenomena is tended to be ignored. Although the evidence given by the epidemiology, many physicians and even of psychiatrists claim that the suicide among elderly is rare.

Key words: Suicide – Elderly care – Suicide prevention.

Tabla 1
Artículos en Medline sobre
suicidio y vejez
(suicide and elderly)

1965 - 1974	740
1965 - 1984	780
1985 - 1994	1500
1995 a la fecha	2600

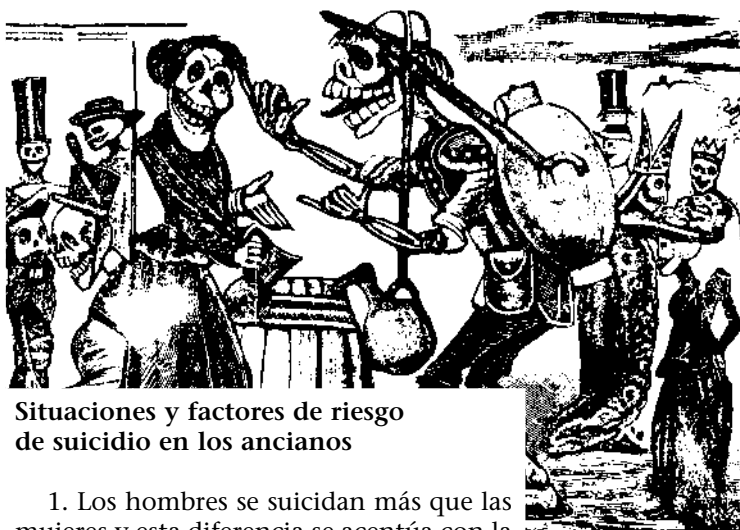
del ámbito de la Salud Pública, en general, y de la Salud Mental, en particular) no son tema de esta revisión por su especificidad particular. Se ha focalizado la búsqueda en los principales y más frecuentes aspectos clínicos y en criterios y problemas que enfrenta el médico general, el psiquiatra y los demás miembros de los equipos de salud.

Percepción del riesgo suicida en ancianos por el personal de salud

Como ya se señaló en la Introducción hay un alto número de profesionales médicos generales, de diversas especialidades y aún psiquiatras, y demás miembros de los equipos de salud, que tienen una opinión errónea en cuanto al riesgo de suicidio en los ancianos. Esta creencia parece apoyarse en dos argumentos(22):

1. Como a medida que se avanza en edad la esperanza de vida disminuye y la muerte por diversas causas es más frecuente, al registrar las causas de muerte en su casuística los médicos tienen la impresión de que la muerte por suicidio es una causa rara, lo cual oculta que, en realidad, la muerte por suicidio es más frecuente en la población añosa que en la más joven. Esta evidencia surge más claramente de las estadísticas comparativas de suicidio entre los diferentes grupos etáreos.

2. Los psiquiatras son consultados más frecuentemente por las ideas de suicidio que por los suicidios intentados y consumados (que son más registrados por los servicios de urgencia y/o de terapia intensiva). Con el avance de la edad la relación Ideas de suicidio/Tentativa y pasaje al acto suicida disminuye, es decir, que los ancianos pasan al acto más directamente que los adolescentes y los adultos jóvenes, y, por lo tanto, los especialistas tienen la impresión, en función de la experiencia que surge de su casuística, de que el suicidio de los viejos es raro. La verificación de este fenómeno conduce a la necesidad de instruir al personal de salud sobre el hecho de que el avance en edad se acompaña de una atenuación e inclusive una disminución de la crisis que precede a la muerte por suicidio(22).



Situaciones y factores de riesgo de suicidio en los ancianos

1. Los hombres se suicidan más que las mujeres y esta diferencia se acentúa con la edad(10). Las mujeres se adaptan mejor a la pérdida de sus seres queridos y a las limitaciones que impone la edad avanzada porque expresan más sus pesares ligados a ella. La viudez en los hombres multiplica por tres el riesgo de suicidio en relación a las mujeres(38).

2. En los varones, la "tanatofobia"—ansiedad ligada a la idea de una muerte dolorosa o producida luego de un período de vejez con sufrimiento y deterioro— puede inducir la idea del suicidio como una forma de aliviar dicha ansiedad por medio de la certeza de un pasaje rápido y con poco sufrimiento hacia la muerte(33). Habría una tasa de suicidio mayor en las fechas simbólicas que marcan un avance en el envejecimiento como los cumpleaños de los 60, 70 u 80 años(47).

3. La aparición de ciertas enfermedades debe alertar sobre el riesgo de suicidio: las enfermedades somáticas severas, sobre todo cuando se combinan bajo la forma de una polipatología(35), el cáncer(27, 56) y las patologías cardiovasculares con disnea(30) parecen estar ligadas a una mayor posibilidad de aparición de riesgo suicida.

4. La alta frecuencia de depresión en los ancianos suicidas está confirmada por múltiples trabajos(15, 4). La utilización de cuestionarios para detectar un estado depresivo en los viejos es poco útil debido a la frecuencia de quejas hipocondríacas como síntoma más frecuente en relación a otras manifestaciones sintomatológicas de la depresión(41). El dolor moral y las ideas de suicidio son frecuentemente enmascaradas por dichas quejas hipocondríacas, déficits cognitivos, indiferencia afectiva, ansiedad o agitación que llevan, más bien, a un diagnóstico de demencia o trastorno de conducta senil(51). Un estudio muestra que solamente 12% de un grupo de ancianos suicidas tenía indicado un tratamiento antidepressivo(13). Cuanto mayor es la edad, mayor es el riesgo de que un paciente deprimido se suicide(25). En el 25% de los casos de suicidas ancianos

se trata de un primer episodio, en el 75% restante hay antecedentes de depresión a lo largo de la vida(22).

5. Las demencias de tipo Alzheimer, las demencias vasculares y las alcohólicas, sobretudo al principio de su evolución, pueden generar una gran ansiedad y conductas que hacen sospechar el riesgo de suicidio, aunque el suicidio en esos pacientes es raro. Con el avance de la demencia lo es más aún por lo que algunos autores consideran a la demencia como un factor protector contra el riesgo de suicidio(22).

6. La pérdida de la vida en el seno de las familias multigeneracionales de antaño, propia del mundo post industrial contemporáneo, conduce al aislamiento de los viejos. Pero el riesgo de suicidio parece estar más ligado a la falta de integración familiar y social que al hecho de vivir solos(49). La soledad es un tema que se encuentra en el 9% de las cartas que dejan los viejos que se suicidan(12). Un estudio muestra que las personas ancianas que se suicidan sufren de una disminución de la autoestima dada por el hecho de no poder trabajar y dar algo a los otros(34).

7. El anuncio del pasaje a una institución geriátrica y la vida en ella pueden constituir un momento de crisis que aumenta el riesgo suicida(39, 36).

8. Los traumatismos infantiles, como la pérdida de uno o ambos padres(8), o el hecho de ser un "sobreviviente" de catástrofes, accidentes o masacres, puede ser un factor de riesgo de suicidio, aún cuando hubieren pasado muchos años después de esos acontecimientos sin manifestaciones aparentes de un efecto de los mismos sobre la conducta y la personalidad(23). Un estudio australiano muestra que los individuos que migraron en su juventud hacia ese país tienen, en la vejez, una tasa de suicidio más alta que las personas de su misma nacionalidad y edad en el país de origen(9).

9. La disminución de la relación Tentativa suicida/Suicidio consumado que va en aumento con la edad (20 a 1 en los adultos jóvenes versus 3 a 1 en los viejos)(17) se debe a una determinación mayor a suicidarse disimulada, frecuentemente, bajo pseudo-proyectos de futuro que engañan al entorno y la utilización de medios más letales para alcanzar el propósito autolítico (ahorcamiento, armas de fuego, defenestración, asfixia).

10. Se ha observado que una caída con mantenimiento de la conciencia que dura largo rato sin que el anciano pueda levantarse (síndrome de la tortuga) y sin poder solicitar ayuda, puede entrañar la instalación de un estrés post-traumático y podría favorecer un pasaje al acto suicida posterior, como si la experiencia de impotencia vivida le impidiera retomar su vida normal(25, 45).

11. Los trastornos de personalidad, que pueden ser causa de un riesgo suicida independientemente de la existencia de un trastorno caracterizado en el Eje I del DSM, son fácilmente ignorados en la consulta médica por confundirlos con los "cambios de carácter" de la vejez y/o por no explorarlos convenientemente teniendo en cuenta la patobiografía del paciente(24).

12. Si bien la impulsividad no es identificada en los viejos de la misma manera que en los adultos jóvenes(15) algunos autores infieren que una auto-agresividad latente puede revelarse tardíamente en relación con la rabia y la impotencia que traen las dificultades y limitaciones de la vejez(14). Hay personalidades que se caracterizan por ser personas poco curiosas, con intereses restringidos, que soportan mal los cambios, con metas en la vida concretas y a corto plazo, que verbalizan poco, no hablan de ellas y no confían sus problemas a los otros (Síndrome OTE: *openess to experience*); un puntaje malo en la escala de OTE sería un factor de riesgo suicida(19) y se acompañaría de una baja percepción de lo que podría acarrear al entorno el suicidio(20).

13. Una personalidad dominante, rígida, inflexible y orgullosa, que presentó siempre una dificultad para percibir que necesita la ayuda de otros, ha sido detectada en la autopsia psicológica de ciertos suicidas(30); también se ha verificado que este tipo de rasgos de personalidad con narcisistas puede presentar en la edad avanzada –cuando aparece una marcada necesidad de dependencia de su entorno, y luego de un período de hostilidad y oposicionismo– un cambio brusco hacia una conducta de rechazo de alimento y contacto que, sin aparentar un suicidio, constituye una forma de conducta mortífera pasiva(44). Este cuadro se inscribe en lo que ha sido denominado por los autores franceses síndrome de deslizamiento (*Syndrom de glissement*) y por los especialistas ingleses depresión con anorexia (*depression with anorexia*: estado depresivo mayor del anciano con anorexia grave). Otras personalidades presentan una incapacidad, una verdadera parálisis para actuar –en forma semejante a como lo ha descrito Bettelheim en algunos sobrevivientes de campos de concentración (fenómeno de hacerse el muerto o *Playing dead*)– y se muestran como esperando la muerte ineluctable que los acecha a corto plazo en ausencia de signos físicos o enfermedades que lo justifiquen(37).

14. Un estudio realizado en Alemania(52) sugiere que entre las muertes de ancianos puede registrarse un número significativo de lo que en los EE. UU. se denomina actos suicidas indirectos (*Indirect-self-destructive behaviors*) y que consiste en la toma de medicamentos adecuadamente indicados pero en dosis excesivas o con interac-

ciones desaconsejadas o, por el contrario, la suspensión deliberada de un medicamento indispensable.

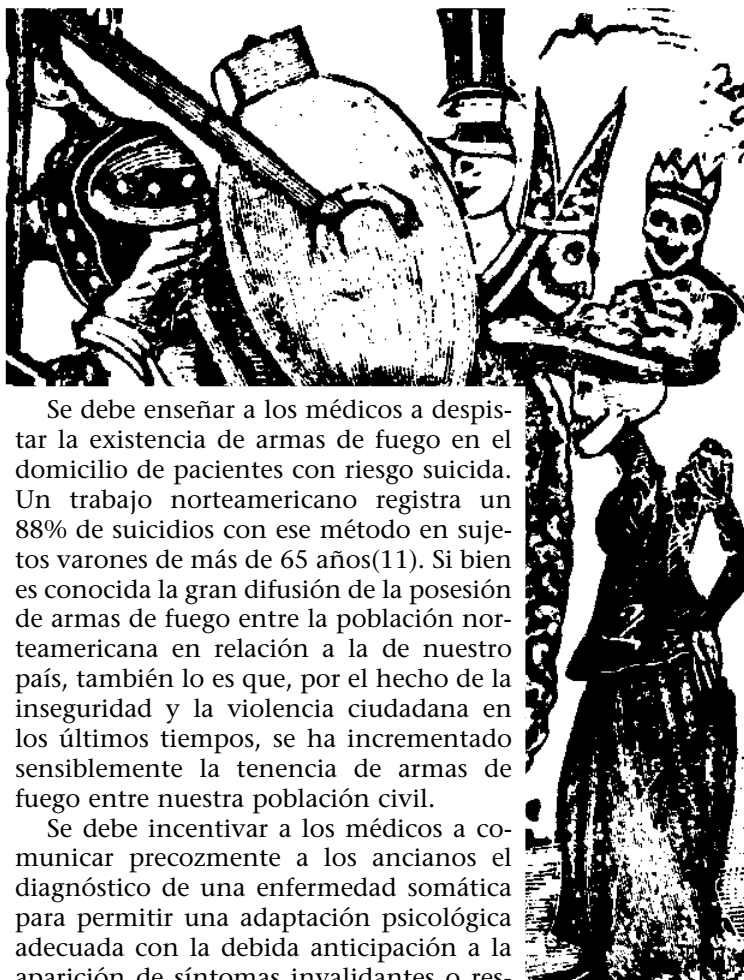
Prevención del suicidio en los viejos

En primer lugar se aconseja, enfáticamente, entrenar a los médicos generales y a los psiquiatras para identificar mejor los síntomas de depresión en las personas de edad y tratarlos adecuadamente(50, 29). Un estudio muestra que sólo el 10% de ancianos suicidas había recibido una prescripción de antidepresivos(31). En un estudio realizado en Inglaterra sobre cien suicidios consecutivos en una misma zona geográfica determinada se comunicó que 43% de los suicidas había consultado a su médico en los meses que precedieron al suicidio y que sólo 14% eran atendidos en un servicio de psiquiatría. Entre las personas de edad que habían visitado a un médico 2/3 fueron diagnosticadas como deprimidos pero sólo la mitad de ellos recibió la prescripción de un antidepresivo y como el cumplimiento de la medicación alcanzó apenas el 50% de los pacientes se concluyó que solamente el 5% de los viejos deprimidos estaba recibiendo medicación antidepresiva al momento del suicidio. Una gran cantidad de otros trabajos confirma que 50 a 75% de los ancianos que se suicidaron habían consultado a su médico en los meses precedentes al suicidio(22, 29).

El medio más eficaz para entrenar a los médicos clínicos en la detección y tratamiento de la depresión en los ancianos no es el estudio de materiales bibliográficos sino la participación en seminarios y grupos de discusión(43); recordemos que en nuestro medio el método de grupos Balint ha sido empleado con éxito.

Es necesario alertar a los médicos sobre la importancia de sospechar la depresión, y el consecuente riesgo suicida, oculto bajo los signos de una dolencia somática, frecuente en los viejos(53), así como disipar el temor de que interrogar –con toda delicadeza y prudencia pero con claridad– sobre un eventual riesgo suicida, no sólo no induce ni aumenta el mismo sino que constituye un factor de protección para el paciente(53).

Los médicos deben saber que las quejas hipocondríacas son frecuentemente la máscara de una depresión que no debe ser ahogada con placebos, vitaminas o ansiolíticos. Un trabajo pionero mostró que hay tres veces más tentativas de suicidio en viejos que presentan quejas hipocondríacas que en aquellos que no las presentan e intentan suicidarse(16). Asimismo se ha verificado, posteriormente, dos veces más de quejas hipocondríacas en pacientes que intentaron suicidarse que en pacientes con ese tipo de quejas que no lo hicieron(54).

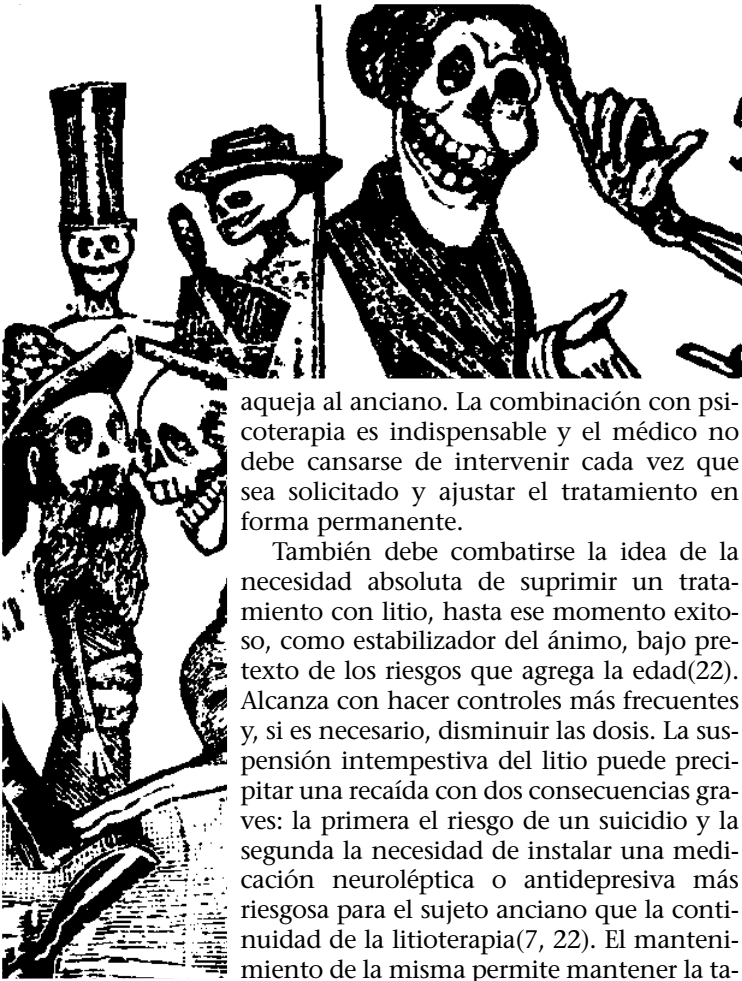


Se debe enseñar a los médicos a despitarse la existencia de armas de fuego en el domicilio de pacientes con riesgo suicida. Un trabajo norteamericano registra un 88% de suicidios con ese método en sujetos varones de más de 65 años(11). Si bien es conocida la gran difusión de la posesión de armas de fuego entre la población norteamericana en relación a la de nuestro país, también lo es que, por el hecho de la inseguridad y la violencia ciudadana en los últimos tiempos, se ha incrementado sensiblemente la tenencia de armas de fuego entre nuestra población civil.

Se debe incentivar a los médicos a comunicar precozmente a los ancianos el diagnóstico de una enfermedad somática para permitir una adaptación psicológica adecuada con la debida anticipación a la aparición de síntomas invalidantes o restrictivos severos(22).

Debe combatirse el pesimismo terapéutico del personal de salud respecto a la posibilidad de tratamiento y mejoría de las depresiones en los ancianos ya que el pronóstico de la depresión tratada es tan bueno en los viejos que en los adultos jóvenes(40). La cuestión es hacer las adaptaciones adecuadas como, por ejemplo, saber que el tratamiento medicamentoso debe mantenerse por un lapso mayor, hasta dos años si es necesario(46).

Es frecuente observar que los viejos ofrecen una fuerte resistencia a aceptar que atraviesan una depresión. Por ello se recomienda mencionarles el diagnóstico con prudencia insistiendo más bien en la toma de conciencia de una fatiga, una falta de energía y una angustia desusadas para su edad y luego, proponer el tratamiento antidepresivo como un test de prueba para “recuperar energía”, según proponen algunos psiquiatras canadienses(28). La técnica para evitar serios problemas de *compliance* es la de comenzar a bajas dosis, aumentar lentamente, pero buscar resueltamente la dosis óptima (*start slow, go slow, but go all along the way*) evitando las dosis subterapéuticas que desalientan y confunden al paciente, a la familia y al médico, creando una resistencia a la medicación y sugiriendo una sensación de gravedad o incurabilidad del malestar que



aqueja al anciano. La combinación con psicoterapia es indispensable y el médico no debe cansarse de intervenir cada vez que sea solicitado y ajustar el tratamiento en forma permanente.

También debe combatirse la idea de la necesidad absoluta de suprimir un tratamiento con litio, hasta ese momento exitoso, como estabilizador del ánimo, bajo pretexto de los riesgos que agrega la edad(22). Alcanza con hacer controles más frecuentes y, si es necesario, disminuir las dosis. La suspensión intempestiva del litio puede precipitar una recaída con dos consecuencias graves: la primera el riesgo de un suicidio y la segunda la necesidad de instalar una medicación neuroléptica o antidepresiva más riesgosa para el sujeto anciano que la continuidad de la litioterapia(7, 22). El mantenimiento de la misma permite mantener la tasa de suicidio de esos pacientes en el mismo nivel que el de la población general(2).

La terapéutica electroconvulsiva debe conservarse en el arsenal de tratamiento de la depresión en los viejos con riesgo elevado de suicidio o síndrome de desnutrición-deshidratación y polipatología somática, ya que puede ofrecer una serie de ventajas como la eficacia, la rapidez de acción, la escasez de efectos secundarios y la buena aceptación en esa edad(18).

El abordaje psicoterapéutico en las personas de edad que sufren una depresión con riesgo de suicidio debe partir de la noción de que el paciente experimenta una fuerte desvalorización y que sus sentimientos agresivos se dirigen hacia sí mismo; él o ella ya no pueden ser su propio objeto de amor. Por lo tanto, la primera urgencia es la de revalorizar a la persona, ayudarla a reencontrar su propia identidad en la nueva etapa que atraviesa, ayudarla a aceptar la vejez como otra etapa de la vida y no como una enfermedad. Rememorar y verbalizar su trayecto vital y reconocer las cosas que logró aceptando lo que no alcanzó, reconociendo la importancia que tuvo su existencia para otros significativos(34) de su entorno, para su grupo social, tiene un efecto catártico que establece una posibilidad de reconciliación con su pasado y ayuda a aceptar la condición de humano y mortal. La mejoría del confort vital en la eta-

pa de la vejez que precede a la muerte aleja las ideas de suicidio de aquellos que temen desembocar en una "mala" muerte(42), dolorosa y sufrida, prefigurada por los males que ya sienten y que una correcta ayuda geriátrica permite paliar.

En los viejos, en el año que sigue a una hospitalización por depresión, el 10% de ellos intenta suicidarse(57). Las personas ancianas más desesperadas son las que tienen el peor cumplimiento a un tratamiento con antidepresivos a mediano plazo(48). Por ello, cuando se instala un tratamiento antidepresivo por un cuadro con ideas suicidas, el seguimiento de los pacientes debe ser regular y frecuente(40, 55).

Algunos criterios útiles para despistar el riesgo de suicidio en viejos que deben tenerse prioritariamente en cuenta son (32):

- a. ¿El paciente atraviesa una situación de ruptura tal como crisis económica, pérdida de estatus, entrada en institución, etc?
- b. ¿Ha enviudado recientemente o es una fecha aniversario del duelo?
- c. ¿Experimenta un sentimiento de inutilidad, se siente una carga para el entorno?
- d. ¿Se encuentra aquejado de una enfermedad somática invalidante o muy dolorosa?
- e. ¿Piensa en su muerte? ¿En qué términos? ¿Presenta ideas de suicidio? ¿Tiene planes para ello? ¿Ha hecho testamento?
- f. ¿Existen antecedentes de tentativas de suicidio, enfermedad mental (depresiones, toxicomanías, alcoholismo, trastornos de personalidad, etc.)(3)?
- g. ¿Se encuentra aislado socialmente o con fuerte conflicto con su entorno? ¿Vive en la precariedad?
- h. ¿Qué tipo de personalidad tiene? ¿Cómo ha enfrentado otras crisis vitales? ¿Cuál es su estilo de reacción ante las pérdidas y duelos anteriores?
- i. ¿Es religioso? ¿Se guía por preceptos morales que condenan el suicidio?

Conclusión

El riesgo y las tentativas de suicidio de los viejos son una realidad clínica y epidemiológica de gran importancia no siempre comprendida y anticipada por los médicos generales y aún por los especialistas en psiquiatría, tanto en sus aspectos diagnósticos como terapéuticos preventivos. Es deseable y necesaria una mejor información y formación de los mismos para brindar una mayor seguridad a los pacientes añosos que enfrentan las dificultades de estimulación psicosocial, de convivencia, económicas, etc., inherentes a esa etapa de la vida y, especialmente, cuando sufren trastornos depresivos, otros trastornos psiquiátricos o enfermedades somáticas con polipatología y/o dolor ■

Referencias bibliográficas

1. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF, Psychopharmacological treatment and psychiatric morbidity in 390 cases of suicide with special focus on affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 104; 2001:458-465.
2. Ahrens B, et al., Extended survival of patients on long term lithium-treatment. *Can J Psychiatry* 1995; 40:241-6
3. Baxter D, Appleby L., Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*, 175, 1999:322-326.
4. Bille-Brahe U, Jensen B, Jessen G., Suicide among the Danish elderly: now and in years to come. *Crisis*, 1994; 15:37-43
5. Bioulac S, Bourgeois M, Ekouevi DK et al., Facteurs prédictifs du suicide: étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *Encéphale*, 26 (1) 2000:1-7.
6. Bourgeois M, Facy F, Rouillon F, Verdoux H., Épidémiologie du suicide, *Encyclopedie Médico Chirurgicale*, Paris, 2003
7. Bourgeois M, Verdoux H., Le risque suicidaire dans les troubles bipolaires. *Encéphale Sp 1*, 1997:35-41
8. Brown G, Harris T., *Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. New York, Free Press, 1975
9. Burvill PW., Suicide in the multiethnic elderly population of Australia 1979-1990. *Int Psychogeriatr* 1995, 7:319-33
10. Canetto SS., Gender and suicide in the elderly. *Suicide Life Threat Behav*, 1991, 22:80-97
11. Casey DA., Suicide In the elderly: a two-year study of data from death certificates. *South Med J* 1991; 84:1185-7
12. Catell HR., Elderly suicide in London: an analysis on coroner 's inquests. *Int J Geriatr Psychiatr*, 1988; 3:251-61
13. Catell H, Jolley DJ., One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry*, 1995,166:451-7
14. Clark DC., Narcissistic crises of aging and suicidal despair. *Suicide Life Threat Behav* 1993, 23:21-6
15. Conwell Y, Brent D., Suicide and aging. I. Patterns of psychiatric diagnosis *Int Psychogeriatr*, 1995; 7:149-64
16. De Alarcon R., Hypochondriasis and depression in the aged. *Gerontol Clin* 1964; 6:266-77
17. Demling J, Lungershausen E., Suicidal tendencies. In: *Handbook of gerontology neurology and psychiatry*. Stuttgart: Gustav Fisher Verlag, 1989:285-96
18. Devons CA., Suicide in the elderly: how to identify and treat patients at risk. *Geriatrics* 1996,51:67-72
19. Digman JM., Personality structure: emergence of the five-factor model. *Ann Rev Psychol* 1990,41:417-40
20. Duberstein PR., Openness to experience and completed suicide across the second half of life. *Int Psychogeriatr* 1995; 7:183-98
21. Finkel SI, Rosman M., Six elderly suicides in a 1-year period in a rural Midwestern community. *Int Psychogeriatr* 1995, 7:221-230
22. Fédération Française de Psychiatrie. "Conférence de Consensus: La crise suicidaire. Reconnaître et la prendre en charge", 19-20 octobre 2000, Paris, Jhon Libbey, 2001
23. Fisher DJ., The suicide of a survivor: some intimate perceptions of Bettelheim's suicide. *Psychoanal Rev* 1992; 79:591-602
24. Foster T, Gillespie K, McClelland, Patterson C., Risk factors for suicide independent of DSM III R axis I disorder. *Br J Psychiatry*, 175, 1999:175-179
25. Gaudet M, et al., Le syndrome de régression psychomotricité du vieillard. *Méd Hyg* 1986; 44:1332-6
26. Gladstone GL, Mitchell PB, Parker G, et al., Indicators of suicide over 10 years in a specialist mood disorders unit sample. *J Clin Psychiatry*, 62, 2001:945-951
27. Grabbe L et al., The health status of elderly persons in the last year of life: a comparison of deaths by suicide, injury, and natural causes. *Am J Public Health*, 1997; 87:434-7
28. Groulx B., Éléments d'une psychothérapie simple à l'usage des soignants de personnes âgées déprimées. *Nervure* 1995; 8:37-8
29. Hardy P., *La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins*. Références en psychiatrie. Doin Ed., Paris, 1997:77
30. Horton-Deutsch SL, Clark DC, Farran CJ., Chronic dyspnea and suicide in elderly men. *Hosp Commun Psychiatr* 1992; 43:1198-203
31. Isacson G, Boethius G, Bergman U., Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide: 15 years of experience from a population based drug database in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:444-8
32. Jehel L. Quels sont les éléments essentiels de l'évaluation clinique de la crise suicidaire et de son intensité? In Fédération Française de Psychiatrie. "Conférence de Consensus: La crise suicidaire. Reconnaître et la prendre en charge", 19-20 octobre 2000, Paris, Jhon Libbey, 2001
33. Kastenbaum R. Death, suicide and the older adult. *Suicide Life Threat Behav*, 1992; 22:1-14
34. Kjolseth I, Ekeberg O., Suicide attempts among elderly. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 1997; 117:3988-91
35. Kockott G. The problematic of suicide. In: *Depressive syndrome in old age*. Stuttgart: Verlag, 1989:126-37
36. Kristensen IB, Nielsen KR., Suicide among the elderly in the country of Arhus. A 10- years retrospective study of suicide among persons aged 65 and over. *Ugeskr Laeger*, 1996; 158:579-83
37. Léger JM., Rôle des troubles psychiques. In: *Psychopathologie du vieillissement*. Paris: Soin, 1989
38. Li G., The interaction effet bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly. an historical cohort study. *Soc Sci Med*, 1995;40:825-28
39. Loebel JP et al., Anticipation of nursing home placement may be a precipitant of suicide among the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1991;39:407-8
40. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, et al., Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry*, 157, 2000:1084-1088.
41. Meakin CJ., Screening for depression in the medically ill. The future of paper and pencil tests, *Br J Psychiatry*; 1992;160:212-6
42. Mellick E, Buckwalter KC, Stolley JM., Suicide among elderly white men: development of a profile. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1992; 30:29-34
43. Michel K, Valach L., Suicide prevention: spreading the gospel to general practitioners. *Br J Psychiatry* 1992; 160:757-60
44. Monfort X., The difficult elderly patient: curable hostile depression or personality disorder? *Int Psychogeriatr* 1995; 7:95-111
45. Murphy J, Isaacs, B, The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology* 1982; 28:265-70
46. Old Age Depression Interest Group. How long should elderly take antidepressant? A double blind placebo controlled study of continuation/prophylaxis therapy with dothiepin. *Br J Psychiatry* 1993; 162:175-82
47. Phillips D, Ruth T. Adequacy of official suicide statistics for scientific research and public policy. *Suicide Life Threat Behav*, 1993;23:307-19
48. Rifai AH, et al., Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1687-90
49. Rao AV., Suicide in the elderly: a report from India. *Crisis*, 1991;12:33-9
50. Rutz W, et al., An education program on depression disorders for general practitioners on Gotland; background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:19-26
51. Schmid H, Manjee K, Shah T., On the distinction of suicide ideation versus attempt in elderly psychiatric inpatients, *Gerontologist*, 1994; 34:332-9
52. Schmidtke A, Weinacker B. Suicide rates, suicide methods and uncertain cause of death in the elderly. *Z Gerontol* 1991; 24:3-11
53. Stoppe G, et al., Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *J Affect Disord* 1999; 54:193-8
54. Takahashi Y, et al., Suicide and aging in Japan: an examination of treated elderly suicide attempters. *Int Psychogeriatr* 1995; 7:239-51
55. Warn M, et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet* 1999; 354:917-8
56. Younger SC et al. Availability of knowledgeable informants for a psychological autopsy study of suicides committed by elderly people. *J Am Geriatr Soc*, 1990;38:1169-75
57. Zweig RA, Hinrichsen GA., Factors associated with suicide attempts by depressed older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1687-92.

el rescate y la memoria



Sobre el suicidio y otros ensayos

Por David Hume

En su obra primera, Tratado de la naturaleza humana (Treatise of Human Nature), David Hume (1711-1776), expuso los principios fundamentales de la escuela filosófica empírica a la que pertenecieron Francis Bacon y John Locke. La obra, clara y argumentada, expone la tesis básica del autor: el conocimiento no es sino la conciencia de las relaciones entre las distintas impresiones sensoriales. En el artículo que sigue, presentamos la perspectiva crítica sobre el suicidio que Hume expuso a sus contemporáneos y que interpela ciertas opiniones, aún hoy presentes, relativas a la muerte autoinfligida.

Una considerable ventaja que surge de la filosofía consiste en el soberano antídoto que ella procura contra los males de la superstición y de la falsa religión. Todos los otros remedios contra esa pestilente enfermedad son inútiles o, por lo menos, de eficacia dudosa. El simple sentido común y el comercio con el mundo, que por sí solos sirven para la mayoría de los propósitos de la vida, son en esto ineficaces. La historia y la experiencia cotidiana nos proporcionan ejemplos de hombres que están dotados de la mayor capacidad para



David Hume

los negocios y asuntos del vivir, y que, al mismo tiempo, padecen una existencia condicionada y esclavizada por la más burda superstición. Incluso la alegría y la dulzura de temperamento, que sirven de bálsamo para casi todas las heridas, no proporcionan remedio alguno contra un veneno de tanta virulencia. Podemos observar esto muy particularmente en el bello sexo, pues aunque, por lo común, las mujeres poseen estos valiosos dones naturales, sienten que muchas de sus alegrías se ven destrozadas por la presencia de intruso tan inoportuno. Mas cuando

la filosofía ha tomado posesión de nuestro espíritu, la superstición es eliminada de una vez por todas, y uno puede legítimamente afirmar que su triunfo sobre este enemigo es más completo que el que se logra sobre la gran mayoría de los vicios e imperfecciones inherentes a la naturaleza humana. El amor o la ira, la ambición o la avaricia tienen sus raíces en el temperamento y en los afectos, realidades ambas que la sana razón apenas tiene fuerza para corregir totalmente. Pero la superstición, al estar fundamentada en falsas opiniones, debe desvanecerse inmediatamente cuando la verdadera filosofía ha sido capaz de inspirarnos más justos sentimientos, dotados de una fuerza superior. La lucha entre la enfermedad y la medicina es en este caso más igualada; y nada impedirá que el medicamento sea aquí eficaz, a menos que se pierda en falsedades y sofisterías.

Resultaría superfluo ensalzar los méritos de la filosofía, comparándolos con las perniciosas tendencias de ese vicio del espíritu humano que ella cura. El hombre supersticioso, dice Tulio¹, lleva consigo el sufrimiento en todas las situaciones y episodios de la vida; incluso el sueño mismo, que anula todas las demás preocupaciones de los infelices mortales, ofrece al supersticioso materia para nuevos terrores, pues, cuando analiza sus sueños, encuentra en esas visiones nocturnas presagios de calamidades futuras. Y añadiré que, aunque sólo la muerte podría poner fin a su sufrimiento, no se atreve a buscar refugio en ella, sino que prolonga su miserable existencia por miedo injustificado de ofender a su Hacedor ejercitando un poder que ese Ser benevolente ha puesto en sus manos. Los dones de Dios y de la naturaleza nos son arrebatados por tan cruel enemiga; y a pesar de que un solo paso podría alejarnos de las regiones del dolor y de la tristeza, las amenazas de la superstición siguen encadenándonos a un existir que odiamos y que ella misma ha contribuido de modo principal a convertir en algo insoportable.

Quienes se han visto obligados por las calamidades de la vida a la necesidad de recurrir al empleo de este remedio fatal, y la injustificada preocupación de sus amigos les ha hecho renunciar al tipo de muerte que planeaban para sí mismos, han hecho la observación de que rara vez se atreverían a buscar otro modo de darse muerte y que no podrían acumular la decisión necesaria para ejecutar su propósito una segunda vez. Nuestro horror a la muerte es tan grande, que cuando ésta se presenta bajo cualquier otra forma distinta de la que un hombre se había esforzado en reconciliar con su imaginación, adquiere nuevos aspectos aterradores y resulta abrumadora para sus pocas fuerzas. Y cuando las amenazas de la superstición se añaden a esta natural timidez, no es extraño que consigan privar a los hombres de todo poder sobre sus vidas. Hasta muchos placeres y alegrías hacia los que estamos inclinados por propensión natural nos son violentamente prohibidos por esta inhumana tiranía. Tratemos aquí de regresar a los hombres a su libertad original, examinando todos los argumentos que comúnmente se han esgrimido contra el suicidio, y mostrando que esa acción puede ser liberada de toda acusación de culpa o de censura, según los sentimientos de todos los filósofos antiguos.

Si el suicidio es de naturaleza criminal, ha de constituir una transgresión de nuestros deberes para con Dios, para con nuestro prójimo, o para con nosotros mismos. Para probar que el suicidio no implica una transgresión de nuestros deberes para con Dios, quizá puedan bastar las siguientes consideraciones.

Para gobernar el mundo material, el todopoderoso Creador ha establecido leyes generales e inmutables por las que todos los cuerpos, desde el planeta más grande hasta la menor partícula de materia, son mantenidos en su propia esfera y función. Para gobernar el mundo animal ha dotado a todas las criaturas vivientes de poderes corporales y mentales; de sentidos, pasiones, apetitos, memoria y juicio, por los que son impulsados o regulados en ese curso de vida al que han sido destinados. Estos dos principios del mundo material y del mundo animal, aunque se distinguen claramente el uno del otro, pueden afectarse mutuamente de una manera continua, y retrasan o aceleran sus operaciones respectivas. Los poderes de los hombres y de todos los demás animales son restringidos y dirigidos por la naturaleza y las cualidades de los cuerpos que los rodean; y las modificaciones y acciones de estos cuerpos se ven incesantemente alteradas por la operación de todos los animales. El hombre es detenido por los ríos en su camino por la superficie de la tierra; y los ríos, cuando son adecuadamente dirigidos, comunican su fuerza al movimiento de máquinas que prestan su servicio al hombre. Pero aunque las regiones de los poderes materiales y animales no están enteramente separados, de ello no se deduce que en la creación exista discordia o desorden alguno. Muy al contrario, de esa mezcla, unión y contraste entre todos los diferentes poderes de los cuerpos inanimados y de las criaturas vivientes surge esa simpatía, armonía y proporción que nos procura el argumento más seguro a favor de una Suprema Sabiduría. La providencia de la Deidad no se muestra inmediatamente en ninguna operación en particular, sino que gobierna cada cosa sirviéndose de esas leyes generales e inmutables que han sido establecidas desde el origen de los tiempos. En un cierto sentido, puede decirse que todo lo que ocurre es acción de Todopoderoso; todos los acontecimientos proceden de esos poderes que Dios ha dado a sus criaturas. Una casa que se derrumba por su propio peso no es destruida por la providencia divina en mayor medida que si dicha destrucción fuese realizada por las manos del hombre. Las facultades humanas no son menos obra de Dios que las leyes de la gravitación y el movimiento. Cuando actúan las pasiones, cuando el juicio dicta, cuando los miembros del cuerpo obedecen, todo ello es una operación de Dios; y sobre estos principios animados, igual que sobre los inanimados, ha establecido el gobierno del universo. Cada cosa que ocurre tiene la misma importancia a los ojos de este Ser infinito, el cual, con una sola mirada, es capaz de abarcar las más distantes regiones del espacio y los más remotos períodos de tiempo. No hay acontecimiento, por importante que a nosotros nos parezca, que esté fuera de las leyes generales que gobiernan el universo, o que Dios se haya reservado de una manera particular para realizarlo mediante una acción u operación que pro venga directa e inmediatamente de El. Las revoluciones

1. Cicerón, *De Devinatione* [II. 149-50].

que tienen lugar en estados e imperios dependen del insignificante capricho de unos cuantos hombres; y las vidas de los hombres son abreviadas o alargadas por el más pequeño accidente relacionado con el aire, la alimentación, el sol o las tempestades. La naturaleza continúa progresando y operando; y si sus leyes generales son alguna vez alteradas por alguna volición particular de la Deidad, ello ocurre de un modo que escapa enteramente a nuestra observación. Igual que los elementos y otras partes inanimadas de la creación siguen adelante con sus actividades sin prestar atención a los particulares intereses y situaciones de los hombres, así a los hombres mismos les es permitido usar de su juicio y discreción para hacer frente a las operaciones del mundo material, y para que puedan emplear todas sus facultades en lograr su propio bienestar, su felicidad y su preservación. ¿Qué sentido tiene, por consiguiente, el principio que afirma que si un hombre, cansado de la vida y perseguido por el dolor y el sufrimiento, decide escapar de tan cruel escenario, provoca con ese acto la indignación de su Creador al estar interfiriéndose en los planes de la divina providencia y trastornando el orden del universo? ¿Es que de verdad podemos decir que el Todopoderoso se ha reservado para sí, de un modo particular, el derecho a disponer de las vidas de los hombres, y que no ha sometido este suceso, como todos los demás, a las leyes generales por las que es gobernado el universo? Esta suposición es, evidentemente, falsa. Las vidas de los hombres dependen de las mismas leyes de las que dependen las vidas de todos los otros animales, y están sujetas a las mismas leyes generales que rigen la materia y el movimiento. El derrumbamiento de una torre o una infusión de veneno destruirán tanto a un hombre como a la criatura más insignificante; una inundación arrastra sin hacer distinción, todo lo que está al alcance de su ímpetu. Consiguientemente, como las vidas de los hombres dependen siempre de las leyes generales que rigen la materia y el movimiento, ¿es un acto criminal el que un hombre disponga de su propia vida porque también es criminal infringir esas leyes o estorbar sus operaciones? Tal conclusión parece absurda: todos los animales son confiados a su propia maña y prudencia para conducirse en el mundo, y gozan de plena autoridad para hacer cuanto puedan para alterar las operaciones de la naturaleza. Sin el ejercicio de esta autoridad, no podrían subsistir ni un solo momento. Toda acción, todo movimiento realizado por un hombre modifica el orden de alguna parte de la materia, y aparta de su curso ordinario las leyes generales del movimiento.

Si sumamos estas conclusiones, nos daremos cuenta de que la vida humana depende de las leyes generales de la materia y el movimiento, y que no implica ninguna transgresión de los planes de la Providencia el modificar o alterar dichas leyes generales. Por consiguiente, ¿no podemos disponer todos libremente de nuestra propia vida? ¿Acaso no podemos emplear legítimamente ese poder que nos ha sido dado por naturaleza? Para destruir la evidencia de esta conclusión nos veríamos obligados a mostrar una razón por la que se nos permitiera excluir este caso de la regla general. ¿Es porque la vida humana es de tanta importancia que sería imprudente el disponer nosotros de ella? Pe-

ro resulta que la vida de un hombre no tiene para el universo más importancia que la de una ostra. Y aun concediendo que alguna vez fuera la vida algo tan importante, el orden de la naturaleza humana la ha sometido de hecho al orden de la prudencia humana, y nos ha puesto en la necesidad de tomar constantemente determinaciones respecto a ella.

Si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al Todopoderoso, y fuese un infringimiento del derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla. Si yo rechazo una piedra que va a caer sobre mi cabeza, estoy alterando el curso de la naturaleza, y estoy invadiendo una región que sólo le pertenece al Todopoderoso, al prolongar mi vida más allá del período que, según las leyes de la materia y el movimiento, El le había asignado.

Un caballo, una mosca, un insecto son capaces de destruir a este poderoso ser cuya vida es de tanta importancia. ¿Es acaso un absurdo suponer que la prudencia humana puede con derecho disponer de algo que depende de causas tan insignificantes? No sería un crimen el que yo desviara de su curso el Nilo o el Danubio, contando con que tuviera los medios para efectuar ese propósito. ¿Por qué habría de ser un acto criminal el que yo desviase unas cuantas onzas de mi sangre de su curso natural? ¿Podría alguien imaginar que estoy violando los planes de la Providencia o maldiciendo el orden de la creación porque yo deje de vivir y ponga punto final a una existencia que, de continuar, haría de mí un ser desdichado? Nada más lejos de mí que esos sentimientos. De lo único que estoy convencido es de un hecho que todo el mundo admite como posible: que la vida humana puede ser desdichada, y que mi existencia, de prolongarse por más tiempo, resultaría indeseable; pero doy gracias a la Providencia por todos los bienes de los que ya he disfrutado, y por el poder que ella me ha dado de escapar de los males que me amenazan². Quien estúpidamente piense que no dispone de tal poder, estará de hecho quejándose de la Providencia, al verse obligado a prolongar una vida odiosa, llena de dolor, de enfermedades, de humillación y de pobreza. ¿No se nos ha enseñado que cuando un mal nos aqueja, aunque sea provocado por la malicia de nuestros enemigos, debemos resignarnos a los planes providenciales, y que las acciones de los hombres son obra del Todopoderoso, lo mismo que las acciones de los seres inanimados? Si ello es así, cuando yo me dejo caer sobre mi espada, estoy muriendo a manos de Dios, igual que si mi muerte proviniese del ataque de un león, de caerme por un precipicio, o de una fiebre. La sumisión a los planes providenciales que se nos pide en todo lo que nos acontece no excluye el que, haciendo uso de mis recursos y conocimientos humanos, trate de evitar o de escapar a las calamidades. ¿Por qué no emplear un recurso con el mismo derecho que cualquier otro? Si mi vida no me perteneciera a mí, sería ciertamente criminal ponerla en peligro o disponer de ella; no podría un hombre merecer el ape-

2. *Agamus Deo gratias, quod nemo in vita teneri potest.* Séneca, *Epist.*, xii. 10. [*Demos gracias a Dios de que ningún hombre pueda permanecer en la vida.*]

lativo de *héroe* por arriesgarse a los mayores peligros en busca de gloria o en defensa de la amistad, ni otro hombre el calificativo de *vil* o *miserable* porque pone fin a su vida por iguales o parecidos motivos. No hay ser que posea ningún poder o facultad sin que los haya recibido de su Creador, ni hay tampoco nadie que mediante una acción, por irregular que ésta sea, esté de hecho estorbando los planes de la Providencia o esté ocasionando un desorden en la marcha del universo: las operaciones de éste son también operaciones de Dios, como también es suya esa cadena de sucesos que lo pueblan. Y por esa razón podemos concluir que el principio que prevalezca, sea éste el que fuere, es el que Dios mismo ha favorecido sobre los demás. Ya se trate de un poder animado o inanimado, racional o irracional, siempre ocurre lo mismo: su fuerza se derivará del Supremo Creador y estará incluida en su plan providencial. Cuando el horror al sufrimiento prevalece sobre el amor a la vida; cuando una acción voluntaria anticipa los efectos que serían igualmente producidos por otras causas ciegas, ello será consecuente con esos



poderes y principios que Dios ha implantado en sus criaturas. La Divina Providencia permanecerá inviolable y seguirá estando muy lejos del alcance de interferencias humanas³. Es impío, dice la antigua superstición romana, desviar el curso de los ríos o invadir las prerrogativas de la naturaleza. Es impío, dice la superstición francesa, inocular contra la viruela o usurpar lo que es asunto de la Providencia, produciendo voluntariamente afecciones y enfermedades. Es impío, dice la moderna superstición europea, poner fin a nuestra vida y rebelarse contra nuestro Creador. ¿Y por qué no es impío, pregunto yo construir casas, cultivar la tierra o navegar sobre los mares? En todas estas acciones empleamos nuestros poderes mentales y corporales para producir alguna innovación en el curso de la naturaleza, y en ninguna de ellas hacemos nada más. Todas estas acciones son igualmente inocentes o igualmente criminales.

Pero es que la Providencia nos ha situado, como si fuéramos centinelas, en un puesto especial; y cuando desertamos de ese puesto sin haber sido llamados, somos culpables de rebelión contra nuestro Todopoderoso Soberano, y provocamos su disgusto.

Mas yo pregunto: ¿Cómo puede concluirse que la Providencia me ha asignado a mí este puesto especial? Por mi parte, lo único que sé es que debo mi nacimiento a una larga cadena de causas, muchas de las cuales han dependido de las voluntarias acciones de los hombres.

Pero la Providencia ha guiado todas estas causas, y

nada sucede en el universo sin su consentimiento y cooperación.

Si ello es así, entonces tampoco mi muerte, aunque sea voluntaria, tiene lugar sin su consentimiento; y cuando el dolor o la tristeza superan mi paciencia hasta el punto de hacer que me canse de la vida, puedo sacar la conclusión de que se me está pidiendo, en los más claros y expresivos términos, que deje mi puesto. Ciertamente, la Providencia me ha situado en este preciso momento en la habitación donde estoy; pero ¿es que no puedo salir de aquí cuando me parezca oportuno sin que por ello se me acuse de haber desertado de mi puesto? Cuando yo esté muerto, los principios de los que estoy compuesto continuarán desempeñando su función en el universo y serán tan útiles en esa gran maquinaria como cuando componían mi ser individual. Para el todo, la diferencia no será mayor que la que existe entre el hecho de que yo permanezca en esta habitación o salga al aire libre. El único cambio es que una cosa tendrá para mí más importancia que la otra; para mí, pero no para el universo.

Es una especie de blasfemia imaginar que una criatura cualquiera pueda perturbar el orden del mundo o interferirse en los planes de la Providencia. Ello supondría que dicha criatura posee fuerzas y facultades que no ha recibido de su Creador y que no están sometidas a su gobierno y autoridad. Sin duda, un hombre puede provocar disturbios en la sociedad y causar, por esta razón, el disgusto del Todopoderoso. Pero el gobierno del mundo es algo que está mucho más allá de su alcance y libre de los efectos de su violencia.

¿Y cómo se muestra que esas acciones que perturban la sociedad disgustan al Todopoderoso? Por los princi-

3. Tácito, *Anales*, Libro I, 79.

pios que El ha implantado en la naturaleza humana y que nos producen un sentimiento de remordimiento si hemos sido nosotros mismos los culpables de tales acciones, o con sentimientos de censura o desaprobación si observamos esas acciones cuando son efectuadas por los demás. Examinemos ahora, según el método propuesto, si el suicidio pertenece a este tipo de acciones y constituye un infringimiento de nuestros deberes para con nuestro prójimo y para con la sociedad.

Un hombre que se retira de la vida no hace daño alguno a la sociedad; la único que hace es dejar de producirle bien. Y si esto es un ofensa, es, ciertamente, de la más modesta especie. Todas nuestras obligaciones de hacer bien a la sociedad parecen implicar algún bien recíproco. Yo recibo beneficios de la sociedad, y por lo tanto me veo obligado a promover sus intereses. Pero cuando yo me aparto totalmente de ella, ¿podré seguir estando atado a esas obligaciones? Aun suponiendo que nuestro deber de hacer bien fuese un deber perpetuo, tiene que haber por fuerza algún límite. No estoy obligado a hacer un pequeño bien a la sociedad, si supone un gran mal para mí. ¿Por qué debo, pues, prolongar una existencia miserable sólo porque el público podría recibir de mí alguna minúscula ventaja? Si a causa de la edad o de las enfermedades me está legalmente permitido jubilarme de cualquier empleo y utilizar todo mi tiempo en combatir esas calamidades y en aliviar en lo posible las molestias de la vida que me quede, ¿por qué no ha de estarme permitido acabar de una vez por todas con esos sufrimientos llevando a cabo una acción que no es más perjudicial para la sociedad? Pero supongamos que ya no tengo el poder de promover los intereses de la sociedad; supongamos que me convierto en una carga para ella; supongamos que el hecho de permanecer vivo está impidiendo a otra persona ser mucho más útil a la sociedad. En casos así, mi renuncia a la vida no sólo sería un acto inocente, sino también laudable. Y la mayoría de la gente que se ve tentada a abandonar la existencia se encuentra en una situación de ese tipo. Quienes disfrutan de salud, de poder o de autoridad, tienen comúnmente más motivos para avenirse con el mundo.

Un hombre participa de una conspiración a favor del interés público; da lugar a sospechas, y es detenido; se le amenaza con someterlo a tortura, y él sabe que es una persona débil y que acabarán por arrancarle el secreto. ¿Podría este individuo servir mejor al interés público de otro modo que no fuera poniendo fin inmediato a su desdichada vida? Este fue el caso del famoso y valiente Strozzi de Florencia⁴. Supongamos, asimismo, que un malhechor es justamente condenado a una muerte vil: ¿podríamos imaginar alguna razón por la que a este hombre no le está permitido anticipar su castigo y salvarse a sí mismo de toda la angustia de pensar en las horribles circunstancias que

4. [Filippo Strozzi (1488-1538). Rico comerciante de Florencia que fue capturado tras el fracaso de la rebelión que había planeado contra Cósimo de Médicis. Fue encontrado muerto en su celda. Junto a él, una nota en la que se decía: "Hasta ahora no he sabido cómo vivir, sabré ahora cómo morir." Parece que, contra lo que pensaba Hume, fue el propio Cósimo de Médicis quien asesinó a su enemigo, disfrazando el crimen de acto suicida.]

habrán de rodearlo? Este hombre no estará interfiriéndose en los planes de la Providencia más que el magistrado que ordenó su ejecución; y el hecho de que se mate voluntariamente a sí mismo será igualmente benéfico para la sociedad, ya que ésta se verá libre de uno de sus elementos perniciosos.

Que el suicidio puede a menudo ser consistente con el interés y el deber para con nosotros mismos es algo que nadie puede cuestionar, una vez que se admite que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga, y hacer de ella algo peor que la aniquilación. Creo que ningún hombre ha renunciado a la vida si ésta merecía conservarse. Porque tal es nuestro horror a la muerte, que motivos triviales nunca tendrán fuerza suficiente para hacer de ella algo deseable; y aunque quizás la salud o la fortuna de un hombre no parezca requerir este remedio, al menos podemos estar seguros de que cualquiera que, sin razones aparentes, haya recurrido a él, tuvo que estar en una situación depravada totalmente incurable, o tuvo que padecer una melancolía espiritual de tan alto grado que envenenase todo posible disfrute, haciendo que se convirtiera en un ser infeliz en extremo, como si sobre sus hombros hubiese caído la más grave desgracia. Si se admite que el suicidio es un crimen, sólo la cobardía puede empujarnos a cometerlo. Pero si no es un crimen, sólo la prudencia y el valor podrían llevarnos a deshacernos de la existencia cuando ésta ha llegado a ser una carga. Es éste el único modo en que podemos ser útiles a la sociedad, sentando un ejemplo que, de ser imitado, preservaría para cada uno su oportunidad de ser feliz en la vida, y lo libraría eficazmente de todo peligro o sufrimiento⁵ ■

5. Sería fácil probar que el suicidio es tan legítimo dentro de la doctrina cristiana como lo fue para los paganos. Esa grande e infalible norma de fe y de costumbres que debe dar dirección a toda filosofía y a todo razonamiento humanos, nos ha dejado en completa libertad en lo que se refiere a este punto. La resignación a la Providencia se nos recomienda, ciertamente, en la Escritura; pero eso implica solamente sumisión a males que son inevitables, no a esos otros que pueden remediarse con el ejercicio de la prudencia o de la fortaleza. No *matarás* es, evidentemente, un mandamiento que prohíbe matar a los demás, sobre cuya vida no tenemos autoridad. Que este precepto, como la mayoría de los preceptos de la Escritura, debe ser modificado mediante la razón y el sentido común, queda de manifiesto en la práctica de los magistrados, quienes castigan a criminales con la pena capital, a pesar de lo que dice la letra de la Ley. Pero si ese mandamiento se refiriera también al suicidio, ahora no tendría autoridad, porque toda la Ley de Moisés ha sido abolida, excepto en aquellos puntos que se basan en la ley natural. Y ya nos hemos esforzado en probar que el suicidio no está prohibido por esa ley. En todos los casos, los cristianos y los paganos participan exactamente del mismo fundamento; *Catón y Bruto, Arrea y Porcia* actuaron heroicamente. Quienes ahora imitan su ejemplo, deberían recibir las mismas alabanzas de la posteridad. El poder de cometer suicidio es considerado por Plinio como una ventaja que los hombres poseen, incluso sobre la misma Deidad. "Deus non sibi potest mortem consciscere si velit, quod homini dedit optimum in tantis vitae poenis" [*Historia natural*, II. 5: Dios, aun cuando quisiera, no podría darse muerte y ejercitar ese privilegio que concedió al hombre en medio de tantos sufrimientos de la vida.]

lecturas y señales



LECTURAS

Ilse Grubrich-Simitis, Volver a los textos de Freud. Madrid, Asociación Psicoanalítica de Madrid/Biblioteca Nueva, 2003, 414 págs.

1. En los últimos años hemos visto una gran controversia sobre las ediciones y las traducciones de Freud, en especial sobre la de James Strachey al inglés, la conocida *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Con la intención de participar en esas disputas, Ilse Grubrich-Simitis, con largos años de estudio sobre estos temas, se puso a estudiar los manuscritos de Freud y, de pronto, se encontró con un paisaje inesperado.

No es casual que los manuscritos de Freud le hablaran a Grubrich-Simitis, ya que lleva muchos años interrogándolos. Por ella conocemos desde 1980 un intercambio epistolar de Freud con Ferenczi, que se publicó originariamente en un libro en honor de Wolfgang Loch y apareció después en *The International Journal of Psychoanalysis* en 1986, con juiciosos comentarios de la autora sobre estas cartas de los años veinte, los temas teóricos y técnicos que discuten y, también, sobre la relación personal entre esos dos colosos. A Ilse Grubrich-Simitis debemos, también, el hallazgo entre los papeles póstumos de Ferenczi, en 1983, del borrador "Sinopsis de las neurosis de transferencia" (Barcelona: Ariel), que iba a ser el duodécimo escrito de la Metapsicología de los años quince. Grubrich-Simitis presentó ese perdido ensayo en 1985 y le agregó un comentario crítico "Metapsicología y metabiología", donde lo estudia en el contexto biográfico de un Freud muy unido a Ferenczi, muy solo y abatido en medio de la Prime-

ra Guerra Mundial, y lo ubica en el conjunto de los trabajos metapsicológicos, en un momento histórico-científico que oscilaba entre Lamarck y Darwin. Grubrich-Simitis nos ofrece un meditado análisis de esa privilegiada coyuntura de la vida de Freud y de su entrañable y conflictiva amistad con el gran Sandor, que a veces se definió abiertamente lamarckiano. Vale la pena recordar la insistencia de Freud para que Ferenczi publicara *Thalassa*, su teoría de la genitalidad (Ferenczi, 1924). De todos modos, el sitio singular que tuvieron las fantasías filogenéticas en el pensamiento de Freud (y de Ferenczi) se destaca en el concienzudo estudio de Grubrich-Simitis, quien también comenta el intento de ambos de escribir un trabajo sobre Lamarck y el psicoanálisis. Sobre este tema se encuentran referencias en el reciente ensayo de Riccardo Steiner, que traza con mano maestra el desarrollo del concepto de fantasía inconsciente (*Unconscious Phantasy*. Riccardo Steiner, editor. Londres: Karnac, 2003, p. 21) y señala el enorme atractivo que ejerció Lamarck en el pensamiento de Freud y Ferenczi y en la concepción de las *Urphantasien* como patrimonio filogenético del *Homo sapiens* adquiridas por herencia.

En el creciente interés que actualmente despierta la inmensa personalidad de Freud, Grubrich-Simitis descubre y denuncia una gran paradoja: cuanto más se estudia su vida más se van olvidando sus escritos. Uno de los muchos méritos de este libro, justamente, es que nos invita a volver a los textos del maestro sin dejarnos llevar por la tentación de escudriñar su vida a nivel de lo anecdótico y hasta lo trivial.

La Dra. Grubrich-Simitis afirma, y es fácil comprenderla, que el contacto con los manuscritos provoca un efecto de magia y nos pone en relación con un Freud vivo y presente, con un Freud esforzado, inteligente y cuidadoso. Lejos de ese Freud mítico que a veces se nos ha hecho creer que escribía iluminado y sin necesidad de

volver sobre sus pasos, el Freud que descubre Grubrich-Simitis en los textos, en los manuscritos resulta un ejemplo vivo de la tarea cotidiana y dolorosa que culmina en creación.

Como dijo alguna vez Starobinski, la principal preocupación del intérprete debe ser garantizar la presencia del texto, su autonomía, su existencia propia, para que revele su perfil más auténtico. Siguiendo estas palabras, que no inspiraron su esfuerzo pero lo definen, Ilse Grubrich-Simitis toma partido por los textos "para que se nos pueda mostrar de manera nueva y fresca el pensamiento de Freud" (p. 29). Lo consigue realmente, y en tal forma que el lector de su libro se siente de pronto en ese ambiente de juicio y reflexión, de aventura y descubrimiento, de creación científica y belleza literaria que emergen de la obra en su totalidad. El lector lo ve a Freud *trabajando* y se siente llamado otra vez por sus textos, por sus grandes textos.

2. El libro se compone de tres partes. La *primera* historia las ediciones en Viena, en Londres después del Anschluss y en Fráncfort hasta nuestros días. Es una sección entretenida y vital que nos pone en contacto con el Freud que no sólo piensa y escribe sino que se preocupa en publicar sus hallazgos. Los libros fueron sin duda una pasión profunda y permanente de Freud, tal vez la mayor de su vida, y es notable su empeño por publicar sus escritos, lo que culmina en 1919 cuando, gracias a su mecenas Anton von Freund, funda la Internationaler Psychoanalytischer Verlag, que acompañó por muchos años al psicoanálisis (y a Freud). Allí se publicaron *Más allá del principio de placer* (1920), *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), *El yo y el ello* (1923), *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) y *El malestar en la cultura* (1930), entre otros.

Resulta muy grato recorrer en este capítulo la fundación de las revistas psicoanalíticas. Como nos recuerda la autora, la primera publicación periódica de psicoanálisis fue el *Jahrbuch* (Anuario) *für psychoanaly-*

tische und psychopathologische Forschungen, fundada en 1909, que después de la ruptura con Jung fue editado por Freud hasta el comienzo de la Guerra Mundial en 1914.

La primera revista de psicoanálisis propiamente dicha fue la *Zentralblatt für Psychoanalyse*, editada por Freud desde 1911. Luego de la ruptura con Adler pasó a ser en 1913 la *Internationale Psychoanalytische Zeitschrift*, el órgano oficial de la *Internationale Psychoanalytische Vereinigung*, la Asociación Psicoanalítica Internacional (API), fundada por Freud y Ferenczi en 1910, que publicó el editor vienés Hugo Heller. Un año después se fundó *Imago*, también a cargo de Heller. Mientras tanto, la casa Deuticke publicaba desde 1906 diversas recopilaciones (*Sammlung*), lo que se prolongó hasta 1922 y que siempre encabezó la nota necrológica de Charcot de 1893, donde Freud rinde culto a su maestro y define algunos puntos de divergencia que marcan el comienzo de su propia investigación.

A finales de 1925 apareció el *Almanach* de la API, donde al año siguiente se anuncian las *Gesammelte Schriften*, las primeras obras completas de Freud. Este gran esfuerzo editorial nació en 1923; primero se limitó a diez tomos ordenados por temas, publicados entre 1924 y 1925, con dos tomos complementarios de trabajos de los últimos años (1928-1933), entre ellos *El malestar en la cultura* (1930) y las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933). Los editores responsables de esta magna empresa fueron Anna Freud, A.J. Storfer y Otto Rank.

Con el exilio de Freud a Londres en 1938 la Verlag se extinguió; pero pronto fue reemplazada por la Imago Publishing Company, a cargo del editor inglés John Rodker, hombre culto y atento al movimiento intelectual de Europa, familiarizado con el psicoanálisis desde 1926 que, a poco de su llegada, se encontró con Freud y no dudó en consagrarse a la nueva edición de sus obras completas en alemán, auspiciada por María Bonaparte.

Después de la muerte de Freud, la Imago siguió publicando algunas obras suyas, de Anna Freud y de Ferenczi; pero su objetivo principal fue, sin duda, la publicación de las obras completas en su idioma original, según el contrato firmado por la editorial y el autor el 16 de mayo de 1939, meses antes de la muerte de Freud. El nuevo emprendimiento, un esfuerzo colosal para una casa inglesa en aquellos años de ruina y de crisis, se con-

virtió en las *Gesammelte Werke*, que empezaron a aparecer en 1940. La publicación se extendió por doce años (1940-1952) y comprendió doce volúmenes, con lo que superaron a las *Gesammelte Schriften*, que sólo habían alcanzado hasta el año 1934. La nueva edición incorporó, también, escritos no incluidos en la anterior.

Si bien esta nueva edición de la obra freudiana es más completa que la anterior no incluye, por expresa decisión del autor, los trabajos prepsicoanalíticos, ni desde luego su correspondencia. Como la anterior es una edición de lectura y no una edición crítica, aunque tomó un dispositivo distinto, cronológico y no temático.

Tuvieron que pasar muchos años para que, después de la inesperada muerte de Rodker, los herederos de Freud buscaran una nueva casa editorial en Alemania, que fue la S. Fischer Verlag de Fráncfort, que compró los derechos a la Imago Publishing Company. A esa editorial asesoró inteligentemente Alexander Mitscherlich y pronto entró a trabajar allí (en 1963) la autora de este libro, Ilse Grubrich-Simitis. Su tarea fue comparar las *Gesammelte Werke* con los veinticuatro volúmenes de la *Standard Edition* de James Strachey, en proceso de publicación. La casa Fischer, asesorada por Mitscherlich y Grubrich-Simitis, proyectó la publicación de *dos* obras completas de Freud, una edición crítica en alemán al estilo de la *Standard Edition* pero más amplia y una versión de lectura, la *Studienausgabe* (edición de estudio). La primera era demasiado ambiciosa y tal vez prematura; la *Studienausgabe* pudo ponerse en marcha, no sin inconvenientes, una vez que se puso en claro el plan y las posibilidades de ese proyecto, que James Strachey y su colaboradora Angela Richards acompañaron generosamente. Cuando ya Strachey había fallecido (en 1967) empezó a publicarse la *Studienausgabe* en 1969, que se ajustó básicamente a la *Standard Edition* e incorporó los comentarios bibliográficos de Strachey. Sin ser una edición crítica, la *Studienausgabe* es una edición de lectura de buena calidad, que ahora se lee con atención en los institutos de psicoanálisis y también en los medios cultos del idioma alemán.

3. La segunda parte del gran libro de Grubrich-Simitis es la más extensa y sin duda la más significativa. Con amor, con rigurosidad y con un esfuerzo minucioso divide los manuscritos en tres categorías: las notas, los

borradores y las copias en limpio.

Las *notas* son las sobrevivientes, a lo largo de los años, de los primeros pasos que daba Freud para ir construyendo sus escritos. A veces son palabras o frases, preguntas y reflexiones; otras, más extensas, preludian los borradores. Se conservan las notas escritas entre 1911 y 1914, que remiten espontáneamente al lector a los escritos de esa época, como *Totem y tabú*, los trabajos de técnica, de metapsicología y el ensayo de los tres cofres. Por ejemplo, el 12 de junio de 1912 Freud dice apodícticamente: "Cordelia es la muerte"; y un poco antes las notas muestran la preocupación de Freud sobre la fantasía como opuesta al recuerdo.

De las notas se desprende, con meridiana claridad, que no es cierto que Freud abandonó la seducción (el trauma) por la fantasía, sino que considera válidas a ambas, según el caso clínico, a partir del sólido empirismo con que desarrolla siempre su investigación.

Grubrich-Simitis concluye este capítulo afirmando que "las notas servían a Freud como primera consolidación informal de sus observaciones, impresiones de lectura, ocurrencias e ideas, y que cumplieron durante décadas una función indispensable" (p. 178).

No menos atrayente es el capítulo siguiente, sobre los *borradores*, que representan una segunda etapa en la génesis de los escritos de Freud, puente entre las notas y las copias en limpio. En una suerte de definición estipulativa, Grubrich-Simitis no considera borradores a los manuscritos descubiertos en las cartas a Fliess y otros documentos similares que Freud enviaba a sus amigos y discípulos, porque no apuntaban a transformarse en una copia en limpio.

Los borradores pueden reconocerse hasta por su estructura formal. Se presentan siempre en los grandes pliegos de papel que Freud usaba también para sus copias en limpio, porque tienen una estructura telegráfica, con abreviaturas, y porque se van tachando a medida que avanza la copia en limpio. Sólo se conservan cinco borradores: el de la conferencia *Nosotros y la muerte*, que Freud pronunció en la B'nai B'rith en 1915, el borrador del duodécimo trabajo de la Metapsicología del que ya nos hemos ocupado y cuya copia en limpio Freud no publicó y se ha perdido; se conserva, también, el borrador de *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, el de *El yo y el ello* y de algunos

pasajes del tercer ensayo sobre *Moisés y la religión monoteísta* (1939).

Al comparar estos borradores con las copias en limpio Grubrich-Simitis concluye –con razón– que, casi siempre, la diferencia es lingüística y no de fondo: las ideas son substancialmente las mismas. La copia en limpio, sin embargo, difiere bastante del borrador en *El yo y el ello*. Es decir que, desde el borrador de *El yo y el ello* hasta la copia en limpio, se observan cambios no sólo estilísticos sino también de fondo.

El capítulo siguiente del libro de Ilse se ocupa de las copias en limpio, que pueden clasificarse con gran seguridad por su forma de presentación y otros rituales de la escritura freudiana. Es sorprendente el tamaño de las páginas de 50 x 40 cms (medio metro de ancho), algo distintivo de Freud el escribiente.

En este capítulo y el siguiente, el 6, pueden advertirse las variaciones que introduce Freud entre la copia en limpio y las pruebas de galera y en las galeras mismas, que lo muestran introduciendo modificaciones de estilo y hasta de contenido. Pueden apreciarse claramente, por ejemplo, las vacilaciones de Freud en temas substanciales, como ser entre recuerdo y fantasía (ontogenética y filogenética). A veces las variantes son emotivas como cuando Freud se refiere a Hoche, a Jung o a Adler y suaviza sus juicios.

Más allá de los borradores, las copias en limpio y las pruebas de galera, Grubrich-Simitis recupera en su admirable investigación otro tipo de manuscritos que estudia en el capítulo 7 como *primeras versiones*. No son borradores sino, más bien, copias en limpio que fueron desecha-

das. En esta categoría se encuentran una versión de *Más allá del principio de placer* y otra de *Moisés y la religión monoteísta*. Estos escritos ofrecen al perspicaz estudio de la autora un rico veneno de hallazgos y reflexiones.

Una de estas primeras versiones, la del Moisés, ya era conocida cuando se publicó esta obra; la otra, la de *Más allá del principio de placer*, la descubrió Grubrich-Simitis en la Library of Congress. Este hallazgo es por demás interesante, ya que muestra a las claras las dudas intelectuales (y afectivas!) que este gran libro provocó a su autor. Se guardan dos versiones iguales de este documento, una escrita totalmente a mano; la otra, en parte mecanografiada, es la que Freud había regalado a Eitingon y éste envió a la Library of Congress. Grubrich-Simitis encuentra que este manuscrito, redactado antes de la muerte de Sofía y de Anton von Freund, ofrece algunas variantes en relación al texto finalmente publicado.

En su biografía de Freud, Fritz Wittels sostuvo que *Más allá del principio de placer* era una reacción a la muerte de Sofía; pero Freud lo refutó diciendo que había escrito esa obra cuando su hija gozaba de excelente salud. (Sofía murió, como es sabido, por la pandemia gripal en enero de 1920). Esta afirmación freudiana es cierta para el texto de 1919 pero no tanto para el de 1920. Grubrich-Simitis muestra que el capítulo VI de la obra, donde aparece por primera vez el concepto de pulsión de muerte, fue escrito después de la muerte de Sofía y de Anton. Es cierto, sin embargo, que el nuevo dualismo de las pulsiones y el anhelo de un regreso al estado inorgánico ya estaban presentes en la ver-

sión de 1919. De todo esto concluye Grubrich-Simitis que "la precisión propiamente dicha del concepto de pulsión de muerte probablemente no se dio independientemente de la experiencia de las pérdidas recientes" (p. 250). Todo un hallazgo.

4. Después de comentar algunas obras póstumas e inéditas, Grubrich-Simitis cierra el estudioso paisaje de los manuscritos y pasa a la tercera parte de su obra, que trata de una futura edición crítica de la obra de Freud, sugiriendo algunas posibilidades para lograrla, "un ideal, pero uno que puede y debe ser realizado". Cree nuestra autora que la edición de una versión histórico-crítica de las obras completas de Freud debe incluir a pesar de los deseos del autor, también los trabajos pre-analíticos o, como ella prefiere llamarlos, *tempranos*, porque en ellos se encuentran muchos indicios de lo que vendría después. Un ejemplo paradigmático es *La concepción de las afasias*, de 1891, que ha merecido recientemente la atención de Solms y Saling. Estos autores piensan que este estudio es, más que el *Proyecto* de 1895, la base teórica del psicoanálisis, con sus reflexiones sobre el lenguaje y el funcionamiento del sistema nervioso.

Con respecto a la ingente correspondencia de Freud, Ilse se inclina por una selección de las cartas más significativas (incluidas las respuestas); pero no de todas para no alargar en demasía el texto. Son juiciosas, por cierto, las reflexiones de Grubrich-Simitis sobre el espíritu que debe orientar esta difícil pero imprescindible tarea de una edición histórico-crítica, que "no tiene más que 'anudar' los diferentes textos de manera confiable" (p. 347), para asegurarles su más fuerte presencia.

En conclusión, el libro de Ilse es realmente admirable y nos abre un camino nuevo para acercarnos a Freud.

La traducción española lleva el sello de otra mujer sobresaliente, Hilke Engelbrecht, que revisó el texto devota y cuidadosamente, como me consta personalmente. Ella hizo un camino singular desde Fráncfort a Lima, que la habilita como a nadie para esta ardua, fina tarea. También merece una palabra de elogio el trabajo editorial de la Asociación Psicoanalítica de Madrid y Biblioteca Nueva, que nos ofrecen para leer un texto agradable, con sus facsímiles y las fotografías de Freud, escribiendo el *Esquema del psicoanálisis* en Londres.

R. Horacio Etchegoyen

XI Congreso Argentino de Psiquiatría Infanto Juvenil

**Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil
y Profesiones Afines (AAPI)**

**Aportes de la Salud Mental Infanto Juvenil en
tiempos de incertidumbre**

20 y 21 de noviembre de 2003

Círculo de Oficiales de Mar Buenos Aires, Argentina

Valores de inscripción al Congreso hasta el 30 julio 2003

No socios: \$80 Socios con Cuota al día: \$50

Estudiantes Universitarios y Docentes: \$40

Informes: Organización Bayfem. Av. Córdoba 2302 6º K - Capital Federal -
Tel/Fax: (0054-11) 4951-8139 e-mail: aapi@bayfem.com.ar

V Congreso Mundial de Estados Depresivos Simposio Internacional de Desórdenes Cognitivos

Mendoza - Argentina, 25-27 de Setiembre 2003

Mendoza, Argentina, Mayo 2003

Queridos colegas amigos:

Con este mensaje deseo –en nombre de todos los miembros del Comité Ejecutivo- comunicar a ustedes que estamos organizando el "V Congreso Mundial de Estados Depresivos" complementado con el "Simposio Internacional de Desórdenes Cognitivos".

Para este año hemos programado –como lo hacemos tradicionalmente– el Simposio Internacional cuyo contenido temático abarcará los principales aspectos de los Desórdenes Cognitivos y, en especial, aquellos relacionados con la Tercera Edad. Sabemos de la progresiva incidencia de estos trastornos en la población mundial en los últimos años. El aumento de la expectativa de vida del hombre contemporáneo, ha llevado a que estos Desórdenes Cognitivos, incrementen notoriamente su incidencia en la población mayor de sesenta años de edad.

Por ello se hace necesario mantener permanentemente espacios de reflexión e investigación a propósito de estos problemas psicopatológicos, para que desde las neurociencias, se logren estrategias preventivas y terapéuticas suficientemente efectivas.

Hemos comprometido nuestro esfuerzo para lograr reunir a las figuras más sobresalientes de la Medicina Psiquiátrica, Psicológica y Humanística, para alcanzar el nivel de excelencia científica y académica que permita obtener resultados y conclusiones satisfactorias, para abordar estas patologías que tanto limitan al Ser Humano, como son los Estados depresivos y los Desórdenes cognitivos.

Esperamos que nos honren con su presencia, para que en el espacio de convivencia que estamos preparando, disfrutemos todos de otro encuentro de crecimiento científico y amistad.

Prof. Dr. Jorge Nazar
Presidente

Actividad científica Modalidad de Trabajo

Conferencias: Exposiciones magistrales dictadas por profesionales especialmente invitados. Cada una de ellas tendrá una duración de aproximadamente cincuenta minutos.

Sesiones Plenarias: Tendrán una duración de dos horas cada una. Estarán constituidas por un Presidente, un Co-Presidente y tres disertantes designados por el Comité Científico. Se le asignará 30 minutos.

Mesas Redondas: Se expondrán trabajos sobre un tema principal. Tendrán una duración total de 2 horas y serán coordinadas por un presidente, un copresidente. Cinco disertantes tendrán 20 minutos para sus exposiciones y se reservarán 20 minutos para discusión al finalizar las presentaciones.

Simposios: Diferentes simposios sobre temas específicos serán organizados por instituciones nacionales, internacionales y por la industria farmacéutica. Tendrán una duración de 2 horas.

Ponencias

Los envíos pueden hacerse por:

Correo electrónico a:

afesta@impsat1.com.ar

jorge_nazar@hotmail.com

jorge_nazar@hotmail.com, como un archivo adjunto en formatos de texto

Correo postal a: Rivadavia 122 - 1o piso - Dto. 25 . CP (5500) Mendoza - Argentina.

La fecha límite para la presentación de trabajos es el 30 de junio del 2003.

Los resúmenes de las exposiciones deberán comprender un texto de no más de 200 palabras, en castellano y en inglés, incluyendo el nombre del autor, el título, el tema y la exposición. Si la presentación requiere de equipo audiovisual, diapositivas, video u otro sistema, deberá especificarse el mismo al enviar el resumen. Los trabajos deberán presentarse en hojas tamaño A4, cuerpo de letra 10, en castellano y en inglés, y su extensión dependerá del tiempo asignado a la sección del programa de actividades científicas en el que se incluya. Si se envía por correo postal, se deben enviar dos (2) ejemplares y el diskette.

El autor/autores deberán estar "inscriptos" en el Congreso.

Idioma: Español e inglés. Traducción simultánea.

Inscripciones

Se pueden realizar llenando un formulario electrónico en página Web dirigido a la Secretaría del Congreso.

Costos de inscripción:

Profesionales: Argentinos: \$200

Extranjeros: US\$80

Residentes: Argentinos: \$100

Extranjeros: US\$40

Estudiantes: Argentinos: \$ 50

Extranjeros: US\$40

Acompañantes: \$50

Forma de pago:

1. *Depósito en Caja de Ahorro* - Banca Nazionale del Lavoro N° 40-600-266398-6 - Dr. Jorge Nazar. Si usted opta por inscribirse con este medio, deberá enviar copia de su boleta de depósito por FAX al Tel. 0261-429-4264/ 431-1209, con su *Solicitud de Inscripción* con datos personales completos (Apellido y nombre; profesión; categoría (a, b, c ó d) domicilio completo; teléfono; E-Mail.

2. *Correo certificado:* Con cheque cruzado "no a la orden" a favor de Jorge Nazar, a Calle Rivadavia 122 - 1er piso Dpto. 25 (5500) Mendoza.

3. Presenta Trabajo? SI / NO.