

# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

## 23



## SUICIDIO

*Albamonte / Cordero / de la Cruz  
Espector / Matusevich / Sarró / Serfaty*

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

Volumen VII - Nº 23 Marzo - Abril - Mayo 1996



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

## 23

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

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barembli (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

### Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador);  
Gabriela Silvia Jufe, Sergio Strejilevich, Fabián Triskier

### Corresponsales en:

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). **CORDOBA:** H. López, C. Curtó, 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 CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

### Corresponsales en el Exterior:

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); 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. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Gerencia y Administración:  
Carlos De Lorenzo

Diseño:  
Ana Herrera  
Coordinación y Corrección  
Mabel Penette

Composición y Armado:  
Omega Laser Gráfica  
Callao 157 P.B. "C"  
(1022) Buenos Aires"

Impreso en:  
Chulca impresora s. a.  
Doblas 1753  
(1424) Buenos Aires  
Tel.: 921-5817 922-4937

### Informes y correspondencia:

**VERTEX**, Callao 157 P. B. "C",  
(1022), Capital Federal, Argentina,  
Tel. 373-0690 - 953-2353. Fax: 373-0690

### En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bvd. de Picpus,  
(75012) París, FRANCIA Tel.: (33-1)  
43.43.82.22. Fax: (33-1) 43.43.24.64

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. VII N° 23, MARZO - ABRIL - MAYO 1996

Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A.

\* **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Pólemos, 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.



Volumen VII - Nº 23 - Marzo - Abril - Mayo 1996

## **SUMARIO**

### **REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS**

- "Estructura espacial de lo fóbico", Héctor Pelegrina Cetrán. pág. 5.
- "Alexitimia y depresión en pacientes de consulta hospitalaria", Roberto Sivak, María M. Casullo, Adriana Wiater, María S. Alvarez y Marcela Torreiro. pág. 14.

### **DOSSIER**

- **SUICIDIO. Suicidio en adolescentes y jóvenes**, E. Serfaty, pág. 20, **Suicidios y supervivientes**, B. Sarró y C. de la Cruz, pág. 25; **El suicidio en la vejez**, D. Matusevich, pág. 32; **Suicidios en el departamento de Castellanos (Pcia. de Santa Fe) -Una encuesta epidemiológica-**, R. Cordero, pág. 40; **Hallazgos destacados en torno a la neurobiología del suicidio**, E. M. Espector, pág. 44; **Responsabilidad profesional en Psiquiatría. El riesgo de suicidio**, J. Albamonte, pág. 48; **Evaluación del riesgo suicida. Perspectivas bibliográficas**, pág. 52.

### **EL RESCATE Y LA MEMORIA**

- **La tentación del suicidio**, por José María Ramos Mejía, pág. 54.

### **CONFRONTACIONES**

- **Síndrome de fatiga crónica**, Eduardo A. Matta, pág. 61.

### **LECTURAS Y SEÑALES**

- "Lecturas" pág. 74, "Señales", pág. 76, "Índice por autores", pág. 79.



## EDITORIAL

**I**

Investigación (científica), clínica y psiquiatría son tres términos que parecen difíciles de asociar. En efecto, la producción científica en las ciencias humanas es diferente a la de las ciencias naturales; es difícil reunir en una misma persona las condiciones y la formación de clínico e investigador a la vez —de hecho ambas tareas pueden entrar en conflicto tanto en sus aspectos metodológicos como éticos— y encontrar los medios materiales para concretar tal convergencia vocacional en la práctica.

En Argentina la investigación básica, en general, ha sufrido un progresivo deterioro y el desmantelamiento que actualmente la amenaza no hace sino incrementar la alarma que tal hecho genera. La investigación clínica ha seguido una ruta similar. En el campo de la Salud Mental en particular, los esfuerzos en investigación han sido solitarios, erráticos e inconstantes. Carecemos de una masa crítica de investigadores formados, de equipos de asesoramiento y de centros de documentación suficientemente provistos y fácilmente accesibles. Los fondos públicos dedicados al tema son inexistentes. Todo ello atenta, sin duda, contra la producción bibliográfica original —surgida de la investigación— disponible para publicación en nuestros medios especializados. No cabe duda de que ella es escasa.

Quizás allí se encuentre una explicación a la profusión de artículos que van desde la comunicación de experiencias individuales, las revisiones bibliográficas serias que incluyen un criterio de selección y crítica por parte de sus autores, los artículos de opinión, de información, etc., hasta los "refritos" producidos sin ton ni son con meros objetivos de engorde curricular cuya principal cualidad es la redundancia. La carencia de concursos y evaluaciones en muchos niveles académicos y asistenciales, la poca exigencia de cumplimiento de tesis, monografías, etc., para los niveles universitarios y hospitalarios contribuye a este estado de cosas.

Por otro lado la investigación científica no puede limitarse a un mero ejercicio de aplicación de método para estudiar temas intrascendentes, como muchas veces encontramos en nuestra literatura, cuando nuestra Salud Mental se encuentra plagada de problemáticas urgentes que requieren inmediato esclarecimiento a fin de orientar políticas (o denunciar fundamentadamente su ausencia) orientadas a remediarlas.

Todo ello constituye una tarea inmediata —aunque difícil no imposible— si pensamos que hay una tradición sobre la cual apoyarse, psiquiatras con niveles muy aceptables de entrenamiento clínico, e investigadores capaces de brindarles el asesoramiento adecuado para lanzarse a la tarea. Los medios especializados tenemos una gran responsabilidad en el acompañamiento de tal proyecto. Los responsables de la aprobación de artículos en los Comités Científicos y redacciones de revistas debemos recorrer un estrecho sendero que discurre entre el fomento a la escritura, a la originalidad y honestidad intelectual de la misma al tiempo que a su pertinencia y solidez científica priorizando aquella surgida de la investigación seria centrada en problemáticas candentes de nuestra sociedad ■

J. C. Stagnaro D. Wintrebert



## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina 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 y teléfono. 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 no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
  - 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 inmediatamente 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 en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. 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 no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.





# Estructura espacial de lo fóbico

Héctor Pelegrina Cetrán

Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta. Ex Profesor de Psiquiatría. Universidad Austral de Chile. Ex Profesor Fac. de Psicología, Univ. Autónoma de Madrid. Miembro ordinario del Seminario "Xavier Zubiri".

Pza. Basilea Nº 4, Entrepr. izqda. Madrid 28028, España. Tel-Fax: 34-1-3560591.

## Resumen

En este trabajo se explora fenomenológicamente la "estructura del espacio" de la relación fóbica. Se postula que hay una específica estructura espacial constituyente de lo fóbico. El objeto fóbico no está "dentro" de un espacio real, sino que él mismo tiene carácter de "ámbito" (de amenaza), dentro del cual se encuentra el sujeto fóbico, en una actitud adinámica, que lo convierte en "objeto" de la acción del objeto. El sujeto no constituye un "aquí", que lo distancie del "allí" del objeto. En la relación fóbica no hay distancia. El sujeto ha perdido la propiedad de la tercera dimensión, de la "profundidad". El objeto invade al sujeto con su presencia de "estímulo fisiognómico" con "sentido" de amenaza. El objeto es una significación en el ámbito mental interno del sujeto, quien al no apropiarse del espacio real se aliena en un espacio imaginario. Este espacio fóbico imaginario es de carácter primario: infantil-primitivo.

Palabras Clave: Fobia - Espacio - Fenomenología.

## STRUCTURE OF THE SPACE IN THE PHOBIC RELATION

### Summary

In this paper is shown, from the phenomenological point of view, the specific structure of the space where the phobic relation takes place. Phobic object doesn't take place into a real space. The phobic object presents in himself the character of an "ambit" (setting) (threatening) where the subject is included. The static subject turn over himself in a passive object respect the action of the phobic object. The subject doesn't set a "here" in a distance facing to a "there" of the object. In phobic relation there isn't "deepness", the third dimension. The object invades the subject through his own physiognomic character, with the sense of threat. The phobic operatively object is only a mental symbol into the inner space of the subject, who doesn't make his own real space. On the contrary he "alienated" himself in an imaginary space. This kind of space is a primary one, like the infantile-primitive space.

Key Words: Phobic - Space - Phenomenology.

## STRUCTURE SPATIALE DE LA PHOBIE

### Résumé

Dans ce travail l'auteur traite phénoménologiquement la "structure de l'espace" du rapport phobique. Il soutient qu'il existe une structure spatiale spécifique qui constitue la phobie. L'objet phobique ne se trouve pas "à l'intérieur" d'un espace réel, mais il a lui même un caractère d'"ambiance" (de menace), dans laquelle on trouve le sujet phobique, avec une attitude adynamique qui le transforme en "objet" de l'action de l'objet. Le sujet ne constitue pas un "ici" qui puisse l'éloigner du "là-bas" de l'objet. Dans le rapport phobique il n'y a pas de distance. Le sujet a perdu la propriété de la troisième dimension, de la "profondeur". L'objet envahit le sujet avec sa présence de "stimulus physiognomique" avec un "sens" de menace. L'objet est une signification dans le domaine mental intérieur du sujet, qui ne s'appropriant pas l'espace réel s'aliène dans un espace imaginaire. Cet espace phobique imaginaire est un espace de caractère primaire: enfantin-primitif.

Mots Clé: Phobie - Espace - Phénoménologie.

## Introducción

Los síntomas fóbicos tienen una gran importancia dentro de la psicopatología.

Por lo pronto, algún tipo de estructura fóbica está presente en todo cuadro psicopatológico no psicótico (neurosis, reacciones vivenciales anormales, perversiones, etc.) en forma de fobia desarrollada o al menos de "actitud fóbica".

Menciono rápidamente la fobia al esfuerzo en los cuadros psicasténicos. La fobia a hacerse cargo de la propia existencia en la neurosis depresiva. La fobia a "dejar inscritos signos gráficos personales" en el grafoespasmo o Calambre del escribiente. La fobia a la "pérdida de la posición y rango" en los cuadros paranoides.

La fobia a "lo informe" de la neurosis obsesiva, en la cual subyace siempre un horror fóbico "al compromiso moral" con el mundo y con la propia existencia.

La fobia al "encuentro comunicativo con el otro" en las "anorexias nervosas", junto con la fobia a la propia gordura (a "tener volumen") que se da en este cuadro; o, lo que es lo mismo, la manía adictiva a la delgadez ("Magersucht" en alemán), ya que toda fobia puede ser vista -por su otra cara- como una adicción a su opuesto y viceversa.

Así, la neurosis histérica puede



ser vista como una necesidad (adictiva) a llamar la atención o como una fobia a la "desestima" por los otros; la fobia a la desaparición "en" el campo de atención del otro. Así el "voayeurismo" o "escoptofilia" es una adicción morbosa a "ver sexo" como puro espectador, que implica una fobia a "el encuentro personal en el campo de la erótica" etc., etc.

De las innumerables fobias, sólo menciono aquí, las omnipresentes aunque soterradas fobias a "no ser", "no ser yo" y a "la libertad" en todo cuadro neurótico.

Lo dicho líneas atrás sobre la ambivalencia sintomatológica "fobia-adicción", me permite sostener (sin entrar aquí a fondo ni en detalles, ya que no es el tema de este artículo) que toda la psicopatología no psicótica se funda en dos estructuras dinámicas básicas: las fobias y las filias. Entiendo estas últimas como "adicciones o vicios"\*; esto es, como "deseo irresistible" o "atracción forzosa".

Para el objeto de nuestro trabajo, podemos presentar -esquemáticamente en esta introducción- la estructura dinámica contrapuesta de estas dos actitudes fundamentales de todo el campo de patología de la personalidad.

a. *Fobia*: Vivencia de estar al alcance de algo que me amenaza con mi destrucción total y que me fuerza necesariamente a ponerme fuera de su ámbito, para seguir existiendo.

b. *Filia* (adicción morbosa -"sucht"): necesidad de alcanzar algo que vivencio como imprescindible para "existir", para seguir siendo o para llegar a ser. Es la necesidad imprescindible (esta expresión es redundante) de estar en posesión de lo que siento me constituye.

Como puede verse, en ambos casos -fobia/filia- se produce una "pérdida de libertad (forzosidad) dentro del ámbito personal", que es lo que constituye la "enfermedad personal".

Estas dos dinámicas básicas de

\* Hablo aquí de vicio o adicción psicopatológica morbosa en el sentido del "sucht" alemán (una "Krankhafte Neigung"), intraducible al castellano, como no sea por una larga perifrasis. Ver nota Dr. Soria, traductor de la Antropología Médica de von Gebattel(2).

la psicopatología de la personalidad implican una dinámica de necesidad (absoluta) en el ámbito de la libertad personal (lo relativo), con la consiguiente despersonalización-desrealización, por "absolutización neurótica de lo relativo"(9).

Pero lo que quiero destacar aquí, es lo que encierra ese término de "alcance", que aparece nuclearmente en ambas dinámicas.

En las filias, lo he presentado como verbo: "alcanzar", porque así se presenta fenoménicamente en las vivencias compulsivas, aunque el desvelamiento fenomenológico de esta dinámica (que aquí no haré) mostraría que el paciente lo que necesita no es alcanzar (el objeto de su deseo) sino "poseer el alcance" (o el poder) para poseer lo que siente que necesita (esta necesidad de "sentir poder sobre el objeto" del deseo, es lo que subyace en toda dinámica "morbosa"; esto es obvio, por ej., en las "perversiones").

En el caso de las fobias, la dinámica del "alcance" se presenta ya fenoménicamente como una estructura "estática" que encarna no en un verbo, sino en un sustantivo: "el alcance". El fóbico se encuentra "dentro del alcance" del objeto fóbico que lo amenaza y necesita "permanecer fuera de dicho alcance".

El verbo "alcanzar" denota tanto una dimensión espacial (llegar hasta un objetivo o una meta, separada por la distancia que hay que salvar) cuanto una dimensión temporal (ir yendo, -tras lo que se aleja: etimológicamente "ir caminando tras los talones", de lo alcanzable). Este verbo sustantivado: "el alcance", denota un espacio ya constituido, un espacio ya recorrido. Y denota un tiempo espacializado, ya cumplido (en el sentido de Bergson y Minkowski).

Denota un espacio atemporal y no una duración en el espacio de una acción trans-currente. Es "el alcance" de un arma o "el alcance" de una ley. Algo que no evoca el "ir alcanzando" de una acción real, sino la dimensión teórica de un espacio simbólico, irreal: el territorio legal, o el ámbito posible del alcance.

Esta simple presentación nos sirve de hipótesis para nuestro trabajo de dilucidación de la es-

tructura espacial implicada en lo fóbico. Estructura que no sólo está siempre presente en estos fenómenos, sino que constituye la condición de posibilidad de la aparición de las fobias.

### La estructura sintomatológica

Partiré de lo dado descriptivamente en la sintomatología clínica de los fenómenos fóbicos, apuntando un par de salvedades metodológicas: Primero hablo aquí de "lo" fóbico (y no de las fobias), pues lo que percibe y tiene que analizar el sujeto epistemológico del semiólogo-psicopatólogo es un "comportamiento" (fóbico) entre un sujeto fóbico y sus objetos fóbicos. Por lo tanto, el análisis "completo" de lo fóbico tiene que realizarse sobre la estructura fóbica del sujeto, sobre la estructura fóbica del objeto y sobre la estructura de la propia relación fóbica sujeto-objeto.

Segundo, apunto aquí -como tesis de este trabajo de desvelamiento fenomenológico- que una específica estructura espacio-temporal de la relación sujeto-objeto subyace a todo lo fóbico. Estructura sin la cual no podrían darse ni el objeto fóbico, ni el sujeto fóbico, en tanto que fóbicos.

Esto se funda en una segunda salvedad metodológica: Se trata aquí de una aproximación "fenomenológica" al comportamiento, en el sentido de un análisis de las intencionalidades tanto "propositivas" cuanto "posicionales" de la relación sujeto-objeto en sus mutuas relaciones reales (respectivamente fácticas) y no de una fenomenología "de la conciencia" y sus "re-presentaciones"(10).

Formulemos una definición ecléctica de fobia: "temor angustioso irracional e incoercible frente a un objeto o situación, cuya realidad no justifica dicha vivencia y que determina la necesidad de efectuar conductas evitativas".

Hagámonos ahora algunas preguntas a partir de los elementos de esta descripción más o menos clásica. Desde el punto de vista de la estructura espacial:

1° ¿Qué significa que el temor sea angustioso?

2° Si la realidad del objeto no justifica la vivencia fóbica... ¿qué



la justifica? ¿Cómo es el objeto fóbico?

3° ¿Cuál es la estructura espacial de la relación fóbica, del "en dónde", del escenario donde se desarrolla el drama fóbico?

4° ¿Cómo es el "sujeto relacional" en la fobia para poder sufrir dicho ataque?

5° ¿Cómo se relaciona esto con el carácter incoercible del temor fóbico y con la necesidad de conductas evitativas? ¿Cuál es la estructura espacial evitativa?

Como se puede ver, estas preguntas tematizan todos los elementos nucleares de la definición... salvo el de la "irracionalidad" del temor fóbico. Sin entrar en el tema, sólo diré aquí que el temor y la conducta evitativa del fóbico suele experimentarlos éste como siendo bastante racionales, tanto o más racionales que las actitudes y conductas de los "normales" frente al mismo objeto o situación(10). El paciente siente, experimenta, el peligro como "real" y como "realmente amenazador". Y siente su temor como "co-responsiente" a dicha amenaza, cuando la está experimentando. Otra cosa es la actitud de "juicio racional" que efectúa el fóbico "fuera de la situación fóbica", cuando *reflexiona sobre su vivencia*, p. ej. cuando responde a las preguntas del semiólogo.

Intentemos obtener respuestas a estas preguntas a través de lo que nos aporte el desvelamiento fenomenológico\*:

\* No haré aquí la transcripción del estricto desvelamiento fenomenológico, enormemente dilatado para un artículo. Tomaré los resultados de mis análisis y los de otros autores y los someteré al juicio y experiencia de los lectores.



1° Que el temor fóbico sea "angustioso" significa -de cara a nuestro tema- que ese temor implica vivencialmente el carácter de amenaza. Y no hay amenaza parcial, toda amenaza es total. "La amenaza relativa es amenaza sólo porque en su fondo está la amenaza absoluta"(28). La amenaza lo es de destrucción total.

Ahora bien... ¿a "qué" o a "quién" amenaza la fobia?

Vivencialmente, el objeto fóbico amenaza al "sujeto fóbico", quien siente que "él mismo" está en trance inmediato de ser aniquilado. Por ello, porque es el sujeto mismo, "como núcleo operativo de la identidad personal" lo que está amenazado, por lo que el

temor fóbico es angustioso; el temor es a la destrucción de él mismo, no a la destrucción de "algo en él o algo de él", que podría ocasionar un mero temor (parcial). Lo que está amenazado es el sujeto en su *ser*, no en su *tener*. Es la "amenaza yoica".

Ahora bien: la amenaza tiene el carácter "necesario" de ser *inmediata e inminente*. Algo amenazador en la lejanía espacial y/o temporal no despertaría la vivencia de amenaza. De hecho, el fóbico percibe al objeto o situación fóbica como "echándose encima"(18), por ello la situación fóbica es vivenciada como "agobio intolerable". Esto es especialmente notable cuando la fobia implica explícitamente el movimiento del objeto. Por ej. en las microzoofobias, como el caso de ratones o pájaros o insectos que se desplazan "dentro del espacio habitacional" del paciente y que son percibidos como animales invasores del espacio propio, que rápida e indeteniblemente penetrarán hasta la intimidad del sujeto.

También es explícita en la vivencia fóbica este "echarse encima" de lo amenazador, cuando la relación fóbica implica el movimiento del propio sujeto dentro del espacio amenazador, como en el caso de algunas "dromofobias" variantes de la "agorafobia". Es el caso de algunos conductores o pasajeros de vehículos que se sienten a sí mismos "lanzados con velocidad exponencialmente creciente" hacia el paisaje, que -a su vez- perciben acercándose a ellos a una velocidad correspondiente, enorme y progresiva.

Esta "relación" fóbica, donde el sujeto no percibe al objeto en un lugar determinado, patentiza que "el espacio físico no es el lugar ni la colocación: es la estructura de una conjunción determinada por un movimiento respectivo"(32).



Esta velocidad, que tiende a ser percibida por el fóbico como "aceleración infinita", pone de manifiesto la "tendencia" a *desaparecer la distancia objeto-sujeto* en la propia relación fóbica. Estas situaciones fóbicas presentan explícitamente la pérdida de distancia sujeto-objeto para el propio paciente fóbico y -por lo tanto- para el semiólogo, pero todas las relaciones fóbicas, por estáticas que sean, implican la "pérdida de distancia" frente al objeto fóbico. Este es percibido por el sujeto fóbico como estando en una absoluta inmediatez, o, lo que es lo mismo, sintiéndose él -como víctima- dentro del alcance inmediato de la potencia amenazante del objeto.

La "no distancia" sujeto-objeto toma distintas modalidades de *presencia*, según el tipo de patología y el tipo de sensorio involucrado en el síntoma. Así, p. ej., en las fobias anancásticas a la contaminación, donde el sujeto está nuclearmente alterado, las fobias se presentan como contacto con lo amenazante dentro del sentido del tacto, en el cual es naturalmente necesaria una aproximación total sujeto-objeto para percibir algo. Aquí lo amenazante está *pegado* al sujeto fóbico (¡La amenaza se ha cumplido!).

También en el caso de las fobias ópticas (con mucho las más frecuentes) está presente esta inmediatez espacial del objeto fóbico, aunque aquí se presente de un modo más encubierto. En efecto, el paciente "se siente al alcance inmediato de lo amenazador. Esto es, se siente "dentro" del "espacio de amenaza" del objeto fóbico.

El fóbico no "se" distancia del objeto, por lo tanto "no se distingue" de él como sujeto. Con palabras de Zubiri (35), hablándonos de la "individuación": "El dinamismo éste de colocar las cosas en su lugar (...) es un *distanciamiento*. Y el distanciamiento es la forma más elemental, pero ineludible, de la *distinción*".

### 2º ¿Cómo es el objeto fóbico?

Desde el punto de vista del análisis psicopatológico del espacio, el objeto fóbico tiene "siempre" el carácter vivencial de "ámbito" dentro del cual se halla el sujeto fóbico. Esto es fácil de ver

en las llamadas "fobias de situación" (agorafobia, claustrofobia, acrofobia, etc.) en las cuales el objeto fóbico es una determinada configuración espacial(9), *dentro* de la cual se siente (se vive) atrapado el sujeto fóbico. Aquí no caben dudas sobre el carácter de ámbito del polo objetual de la relación fóbica.

Aunque menos obvio, esto también es así en las llamadas "fobias de objeto". Todo objeto fóbico es *algo concreto* (temor) con el carácter de *ámbito amenazador* (angustioso). El "pirofóbico" (fobia al fuego) ve delante de él unas llamas, pero el pánico que siente se refiere a la inmediata presencia amenazante -en las llamas- del incendio como ámbito a punto de rodearlo, de atraparlo. (Esto es igual si la llama es la de un hornillo de cocina, que el fóbico no puede encender sin sentir que las llamas atraparán su mano encendedora, donde se encuentra -en ese momento- el "yo operativo": "yo enciendo... con mi mano").

El que tiene fobia a los perros, se siente dentro del ámbito de ataque del perro, aunque éste esté atado o tras una valla insalvable. En el caso de la fobia a pequeños animales ya citada, por ej. a los pájaros (relativamente frecuente en la población), que puede presentarse en espacios abiertos por un pájaro que vuela cerca del fóbico, el síntoma se incrementa si el vuelo sucede dentro de un espacio cerrado, "dentro" de cuyo ámbito se halla el sujeto.

Resumiendo, habría tres tipos de polos objetuales en la relación fóbica: a) los ámbitos desestructuradores del sujeto; b) los objetos que desestructuran el ámbito vivencial del sujeto y c) los objeto-ámbitos amenazadores de destrucción.

a) los ámbitos situacionales cuya estructura espacial es desestructuradora del sujeto: caso de la agorafobia, en la cual la amplitud desolada, sin objetivos alcanzables, -que organicen el espacio propositivamente como "camino hacia"- (ver más adelante) puede desencadenar un vértigo psicológico, que puede llegar desde la oscilación del piso o de las cosas en el espacio, hasta el vértigo giratorio del espacio mismo de configu-

ración del entorno entero. O en la acrofobia, donde la "altura" es para el paciente tan solo vacío de precipitación abismática, vacío en el cual desaparece la distancia vertical del espacio como tercera dimensión, como "profundidad" de separación yo-situación, quedando atrapado el sujeto en la altura como puro espacio de caída, de profundidad de precipitación. La altura para el fóbico es tan sólo "precipicio".

O en la claustrofobia, donde el espacio circundante (del ascensor, por ej.) es tan solo "ámbito de encierro absoluto", que no sólo atrapa, sino que aprisiona en un ámbito cerrado y "totalmente aislado" del resto del espacio, del espacio exterior desde donde se nutre la vida. De allí que ese espacio claustrofóbico sea para el paciente, "féretro mortal".

b) Los objetos que, por su dinámica espacial desestructuran el "ámbito del espacio vital", como es el caso no sólo de los mencionados animales pequeños, sino también de la mayoría de las "meteorofobias" (a las tormentas, p. ej.) en que los fenómenos de alteración del espacio atmosférico circundante son vividos como amenaza de "caos" (pérdida de toda estructura coherente) situacional, con sensación de amenaza para la propia integridad espacial (física) del fóbico.

El trueno, el relámpago, no son vividos por el fóbico como una perturbación local del orden atmosférico, sino como un "estallido" del orden circundante.

c) Por último, los objeto-ámbitos que abarcan la mayoría de los objetos de las llamadas "fobias de objeto". Ya mencioné la fobia a los perros donde el paciente se siente dentro del ámbito de ataque del perro. Esto puede suceder aún cuando sólo oiga los ladridos tras el seto de una casa. Aquí la fobia se presenta en el espacio acústico que, por sí mismo, es ya un espacio en el cual el estímulo no se percibe como objeto "en" la distancia, sino como estímulo que "penetra" nuestro espacio, con cierta direccionalidad, hasta nuestra intimidad. Como nos indica con claridad Erwin Strauss(27) analizando "las formas de la espacialidad": "el sonido mismo (...) se nos acerca penetrando, llenan-





do y homogeneizando el espacio". El estímulo sonoro no es un objeto, es una señal del objeto. En este caso, de un objeto amenazador, cuya señal sonora nos invade. Por ello el "sobresalto emocional" es frecuente ante este estímulo, aunque se trate de sujetos no fóbicos. El estímulo sonoro no puede ser distanciado; lo que puede ser *diferenciado* del objeto que lo produce, cosa que el fóbico no hace nunca. Pero esto pertenece a otro punto del análisis que presentaré luego.

Insisto en que los objetos fóbicos, aún los ópticos que permiten fácilmente su "captación a distancia", no son percibidos por el fóbico como colocados "en" el espacio. "Percibir una cosa (... real; nos dice Sartre)(21) es ponerla en su lugar entre otras cosas". Por el contrario, los objetos fóbicos son percibidos como "constituyentes" de un espacio -amenazador- con carácter de ámbito. En la fobia a los cuchillos u objetos punzantes, el fóbico se siente dentro del ámbito de agresión (para sí mismo o para otros) de las "posibilidades" destructores del objeto. Aquí aparece claramente manifiesta la característica del "ámbito" (fóbico)

de ser ámbito de "posibilidad", no ámbito de "realidad"

### 3ª ¿Cuál es la estructura espacial de la relación fóbica?

¿"En donde" se desarrolla el drama fóbico?

Hace muchas décadas que fue señalada la pérdida de la "profundidad" perceptiva en algunos cuadros psicopatológicos, pero este descubrimiento quedó acotado a la psicopatología de la percepción visual de algunos cuadros psicóticos: la llamada "visión plana" en algunos cuadros melancólicos. Mi experiencia clínica de los últimos 15 años me lleva a postular que todas las fobias, aún en su grado de "actitud fóbica" implican una alteración de la *tercera* dimensión.

Toda fobia implica una *alteración*, una enajenación de la "tercera dimensión", de la profundidad, que es, como nos dice Merleau Ponty(7) "de todas las dimensiones, la más 'existencial', por-

\* No es posible aquí presentar esta esencial diferencia -con rigor, lo que implica extensión- entre ámbito de "posibilidad" y ámbito de "realidad". Para ello véase Zubiri, (39, 36).

que (...) no se señala sobre el objeto mismo, sino que pertenece evidentemente a la perspectiva y no a las cosas".

Las perturbaciones que presenta la profundidad percibida por el fóbico van desde el alejamiento del piso (suelo), que se presenta frecuentemente en el mareo de los agorafóbicos, hasta la sensación de opresión del ojo por los objetos o estímulos visuales en la "poliopía psicasténica", como es el caso estudiado por von Gebattel(3) dentro de la psicopatología de las fobias y que, como el autor sugiere(4) es frecuente de encontrar si uno la busca\*\*.

También están en relación intrínseca con esta perturbación de la tercera dimensión, la "macropsia" y la "micropsia", que se presentan frecuentemente en la percepción fóbica. Así, en las fobias de objetos amenazantes, éstos son

\*\* Especialmente frecuente como hipersensibilidad a una multiplicidad o abundancia de estímulos (más si son fuertes) que se le hacen insoportables al paciente "porque no puede integrarlos" y, por lo tanto, los vive como "desintegradores de su espacio perceptivo y de su mente".



percibidos no sólo como estando en gran proximidad, sino también con un tamaño incrementado.

Por el contrario, en las agorafobias, donde es la amplitud del espacio lo amenazador, los objetos percibidos dentro de ese espacio —entre ellos el cuerpo propio— tienden a percibirse como pequeños-lejanos.

Esta macropsia y micropsia corresponden plenamente a la "perspectiva subjetual" del fóbico, situado vivencialmente en la proximidad de lo amenazador o en la lejanía de lo protector.

Y es que *próximo* o *lejano* son categorías vivenciales, son dimensiones "páticas" de la relación sujeto-objeto, en íntima relación con la sensación de *dominio* en dicha relación. Con la palabra precisa de Merleau-Ponty(13): "Cuando decimos que un objeto es gigantesco o minúsculo, que está cerca o lejos (...) se hace en relación con un determinado 'alcance' de nuestros gestos, con un determinado 'dominio' del cuerpo fenoménico sobre su ambiente".

El problema, en la relación fóbica, es que el *dominio* lo ejerce el objeto fóbico sobre el sujeto, quien se siente dominado por la potencia amenazante del objeto-situación. El sujeto fóbico es la víctima pasiva de la amenaza activa del objeto fóbico. Si tomamos en cuenta que "la profundidad del espacio se abre con el movimiento", como nos dice Dieter Wyss (30), la profundidad, la distancia, le *pertenece* al objeto en el caso de lo fóbico. Es el objeto fóbico el que se ha adueñado de la distancia respecto al paciente, quien sufre la *alienación de su tercera dimensión*. El paciente no pone activamente "su" distancia frente al objeto, sino que padece (pasivamente) la distancia de alcance amenazador que configura activamente el objeto-ámbito, dentro del cual se siente "incluido" el fóbico.

En una relación *no fóbica*, el sujeto "produce" la profundidad *propia*, por distanciamiento objetivo y por asimilación del objeto, en tanto que "recurso para la realización de sus intenciones", en su propio espacio de vida. Algo que tenga el pleno carácter de *objeto* o, en palabras de Heidegger(7)

"algo 'ante los ojos', no lograría jamás 'descubrir' nada parecido a lo amenazador".

El objeto fóbico no es un "utensilio" (a-la-mano) en el "espacio práxico" del sujeto, que éste pueda utilizar para realizar su acción. El objeto fóbico es una *fisognomía* (amenazante) en el "espacio mental" (imaginativo-ideatorio) del paciente, con una pura presencia "pática". Una imagen fotográfica, por ejemplo de un perro en actitud feroz, puede ser suficiente estímulo desencadenante de la vivencia fóbica.

La *presencia* de los objetos imaginarios es "fisiognómica", como nos dice Sartre, y las relaciones entre entidades fisiognómicas se construyen con "gestos"; como sucede en la pantomima, donde el espacio (y sus objetos) son creados fantásticamente por los gestos del mimo. Esto es, "cuando los cuerpos no son parte de un espacio (...) se relacionan mutuamente por medio de sus ademanes"(15).

Tampoco es el objeto fóbico un "recurso" de la realidad para la apropiación personal del mundo por el sujeto. No es un objeto-recurso que el sujeto incorpore a su "espacio biográfico", a su "espacio histórico personal". El fóbico no se *apodera* del poder de los recursos exteriores para desarrollar y desplegar su *poder* personal-personalizador. El fóbico es presa, es víctima del poder despersonalizante del objeto fóbico, aunque sea éste un poder imaginario, (el poder (maléfico) del objeto fóbico es un "poder animista", de origen conceptual por parte del fóbico(33), en cuanto que el objeto fóbico tiene sólo presencia imaginada o en tanto la amenaza es tan solo una "posibilidad pensada" respecto del objeto real presente que, como realidad, pertenece al mundo estímulo impersonal.

#### 4º ¿Cómo es el sujeto fóbico... para poder sufrir esa amenaza en el espacio?

Las señaladas características del "en donde", del escenario donde se presentan los objetos fóbicos como: espacio mental, imaginativo-ideatorio (no es un espacio fáctico de acción), como espacio de representación simbólica (no es un espacio real de realización),

como espacio estímulo impersonal (no es un espacio histórico-personalizador), nos permiten captar más acuciadamente las características del sujeto fóbico en su dimensión de "sujeto de relación espaciosa".

El fóbico —en su relación fóbica— no es una persona (libre y autónoma) que objetive desde sí las cosas reales allí donde están, en el mundo real, apoderándose del poder de la realidad para realizar sus propias intenciones y, de ese modo ir realizando su propia personalidad.

Por el contrario, el fóbico (en sus relaciones fóbicas) es un sujeto impersonalizado, desrealizante, en una actitud adinámica, desde un posicionamiento de total impotencia, que *subjetiviza imaginariamente al objeto y se objetiviza desanimada y pasivamente a sí mismo*.

Como el propio Gebattel (5) señala: "Todos los investigadores que han estudiado la psicopatología de la psicostenia (...) afirman que existe una relación entre fobia y reacción adinámica".

Veamos en aproximación fenomenica:

Un claustrofóbico a los ascensores por ejemplo, no se dirige al ascensor como a un instrumento de transporte vertical, que él pueda usar para subir al octavo piso, para realizar allí su intención "X". Jamás lo percibe, ni lo usa, como un recurso a su servicio personal.

Tampoco utiliza este claustrofóbico al ascensor como una parte real de un todo real estructurado. El ascensor, para el fóbico, es una caja aislada-aislante, *sin conexiones operativas* (al menos practicables) con el edificio, sus pisos, sus puertas, sus rellanos, su aire ambiental, sus usuarios, la calle, la ciudad, etc. Un fóbico jamás explora ni constata la estructura del objeto fóbico y su situación, *no lo objetiva*. "El espacio del objeto irreal no tiene partes", como nos dice Sartre (22), por ello, "el objeto (imaginario...) se da por entero (fisiognómicamente) y a la vez no se deja observar" (23).

El ascensor "se" le presenta al fóbico sólo por su aspecto fisiognómico de encierro absoluto, no como un instrumento relativo de transporte: de estructura relacio-



nante de distintos espacios reales. (ab-soluto quiere decir "sin relación" con nada, lo cual puede existir sólo como objeto ab-stracto, sacado de la realidad, pero no como una realidad, que es siempre relativa-relacional en el campo de lo real).

El fóbico, no "mete" con su acción al objeto (fóbico) dentro de "su" espacio, por el contrario, se siente metido dentro del espacio objetual. Hablándonos del "fenómeno Isakower", Sami-Alí(19) nos dice "que la visión, a causa de la coincidencia del sujeto y el objeto, se encierra en un espacio estrictamente carente de profundidad" (...). La relación "aquí-allá" es reemplazada por la relación, mas primitiva "adentro-afuera".

Hay aquí una actitud (fóbica) de pasividad cósmica, de adinamia, de no ejercicio del posicionamiento de un verdadero sujeto-activo, que se diferencia del entorno para constituir un "aquí" originante del "allí", donde queda colocado el ob-jecto (ob-yecto: arrojado delante), por un enfrentamiento objetivador. En la relación fóbica el fóbico no objetiva realmente ni al objeto ni a la situación, ni a la posible amenaza, de la que tan solo huye.

Tampoco en esta relación el fóbico se "subjetualiza" realmente: no se diferencia, ni independiza, ni se distancia del objeto-ámbito, como un sujeto personal. El fóbico no se libera a sí mismo del medio-ambiente, ni libera un espacio real desde el ambiente por retracción distanciadora. Ni "dimensiona" el espacio "recorriéndolo".

Según la filosofía del espacio de Zubiri, expuesta por Ellacuría(1): "Que las cosas dejen entre sí un cierto ámbito (...) no significa que eso sea un espacio". (...) "El espacio no es el ámbito, sino la estructura métrica de los movimientos que en él se producen. Para que haya espacio es necesario 'recorrer' el ámbito".

En la relación fóbica no existe un verdadero aquí, tampoco un verdadero allí. Estos términos (aquí/allí) gramaticalmente son "deícticos" (término que proviene de "dedo"), señaladores del correlativo posicionamiento (co-localización) de sujeto-objeto. No señalan lugares ya existentes por sí mis-

mos en una geografía, ni siquiera humana, o existentes en un espacio geométrico o físico.

"Aquí" es donde estoy yo. "Allí" es donde está *mi objeto*. No es que yo esté aquí, sino que yo constituyo el aquí, donde se origina mi (propia) relación con el mundo. Aquí es desde donde yo origino mi mundo. La relación fóbica -de amenaza- se origina en el objeto-ámbito y recae sobre un sujeto-cosificado, víctima pasiva e impotente de la amenaza.

El fóbico no es una persona que da respuesta personal a una situación, tan solo reacciona al estímulo (amenazante).

La relación fóbica implica una dinamización imaginaria del objeto, que se presenta al fóbico con "animadversión" hacia él. E implica una paralización del sujeto.

En la relación fóbica hay un "animismo" imaginario del objeto

el fóbico está alienado de su condición natural de ser sujeto de lo suyo.

Esa mismidad propia (ser sí mismo) por apropiación: la "suidad" en términos de Zubiri; (40, 34) es lo que llamamos "intimidad". Es precisamente la intimidad como ámbito de lo propiamente personal lo que está amenazado en lo fóbico.

En el caso de las fobias de situación, donde es el ámbito espacial lo que desestructura al sujeto, esto aparece claramente como un estar espacialmente "ex-puesto" de forma absoluta, desligado de sí mismo. En la claustrofobia el sujeto se siente ex-puesto (puesto fuera) en una circunstancia que justamente elimina el espacio exterior, por lo tanto, todo el espacio: aquí no hay dentro y fuera, interioridad y exterioridad, ya que la exterioridad espacial es vivida



y un correlativo "des-ánimo" del sujeto. El ánimo (en el sentido de energía y propósito: "el alma desplegándose en el espacio") se ha alienado del sujeto, pertenece al objeto. Esta alienación anímica del fóbico se plasma fundamentalmente en una alienación espacial fóbica, en el doble sentido de que el espacio (fóbico) no es propio, es ajeno, es del objeto, y de que el fóbico mismo está alienado en un espacio ajeno-enajenante:

como opresión total, como amenaza de desaparición del espacio exterior, por tanto también del interior subjetual, ya que no puede existir realmente interior sin exterior.

En la agorafobia, esta "amenaza de la intimidad" se explicita aún más en lo fenoménico. Aquí lo que vive el fóbico es precisamente la amenaza directa a su subjetualidad que le produce todo espacio exterior, ya que dicho es-



pacio lo percibe como opuesto y destructor del ámbito íntimo o familiar. El agorafóbico va así restringiendo "su" espacio de salida al exterior en una regresión desde lo más ajeno a lo más íntimo: desde el extranjero a su cama, pasando por lo alejado de su ciudad, hacia el barrio y la casa propia. El agorafóbico es incapaz de sentir un espacio propio, íntimo, dentro del espacio exterior, público. No distingue intimidad de interioridad, de allí que toda salida al exterior la viva como pérdida de su interioridad-intimididad. Esta es la razón estructural-espacial que nos permite comprender la usual presencia de socio-fobias (antropofobias) en la agorafobia.

Las frecuentísimas socio-fobias muestran paradigmáticamente esta falta de apropiación de la interioridad, por parte del fóbico, que convertiría a ésta en intimidad. El sociofóbico vive amenazadamente su intimidad -sus deseos, sentimientos, creencias y criterios- por la simple exposición frente a "otra conciencia". El sujeto siente aquí que su intimidad está enajenada por la conciencia del otro. Es la intimidad del otro (sus cánones, especialmente valorativos) la que se apropia del sentido -subjetivo- de lo vivido. El sociofóbico encarna explícitamente la enajenación de la intimidad descrita por Sartre como "cosificación por la mirada del otro".

Estos fóbicos no pueden vivir aquello de que "la expresión pone de manifiesto (...) una realidad mía. (pero que) No sale del ámbito de mi intimidad"(37).

Esta "pérdida de la intimidad" por la simple exposición, "exteriorización" de ella, lleva al sociofóbico y al agorafóbico a una conducta evitativa de las manifestaciones personales y, por lo tanto, frecuentemente a la "alexitimia", a la pérdida del lenguaje de manifestación afectiva.

##### 5. ¿Porqué el temor fóbico es incoercible y cómo es la estructura evitativa?

Si ya "el temer abre (...) algo amenazador"(8) el temor angustioso, como hemos visto, instala al fóbico dentro del ámbito de la amenaza como inminencia de destrucción del sujeto, por des-

trucción del "espacio (propio) personal" y del "espacio real de percepción".

El temor llega a ser incoercible porque encarna la amenaza total de su desaparición (si esto sucede es un ataque de pánico) y porque el fóbico *no "dis-pone" ni de espacio ni de tiempo* -en la realidad- para alejar el peligro; *ni dispone de recursos* reales para enfrentarse a él, como se puede concluir de todo lo visto.

Al fóbico sólo le resta la conducta evitativa, esto es, intentar no "entrar en contacto" con los objetos o situaciones fóbicos, puesto que éstos son ámbitos (de amenaza) que lo atrapan. Lo tremendo para el fóbico es que su conducta evitativa es desapropiativa del mundo real y de sus recursos, para desplegar su vida en el espacio exterior. Su conducta impersonal es despersonalizadora de sí mismo y desrealizadora del espacio del mundo, por lo tanto de éste.

Y si su mala fortuna lo pone en una situación fóbica, el fóbico necesita imperiosamente "huir" de ese espacio. Su problema es que, la conducta de huida no es un "salir" de un espacio real por construcción de otro espacio real, hacia el cual uno ha dirigido su intencionalidad propositiva. La huida es sólo "movimiento desde", no "acción hacia". Por ello toda huida es altamente peligrosa. El que huye ni siquiera mira hacia donde va.

Pero es que, además, la huida es siempre imaginaria. Se da dentro de la espaciosidad (ámbito) no real de la amenaza fóbica, donde no hay distancia sujeto-objeto.

##### Tipificación del espacio fóbico

Las características espaciales de la sintomatología fóbica que nuestro análisis ha ido mostrando, tanto en el objeto y en el sujeto, cuanto en la relación fóbica, nos ha desvelado una espaciosidad que, sintéticamente, podemos llamar "espacio fóbico de enajenación" (antónimo de "apropiación").

Formulado de un modo más riguroso diríamos: el comportamiento fóbico -más una actitud que una conducta, si obviamos

las evitativas- implica una espaciación alienante que no construye un espacio real propio, personal, y cuyo producto pasivo (el espacio de padecimiento fóbico) es un espacio irreal-despersonalizador.

Desde el punto de vista de la estructura genérica y sistemática de dicho espacio, podemos designarlo como un "espacio imaginario". Un espacio en el cual: "debido a una pérdida de distancia con relación al objeto, lo real se confunde con lo imaginario y la percepción, con la proyección", nos dice Sami-Ali(20) en su estudio sobre "El espacio imaginario".

Lo fisiognómico es lo pregnante de la presencia del objeto fóbico. Y la fisonomía es la expresión gestual de un "sentido" para el sujeto. En este caso de "amenaza". El objeto fóbico tiene preponderantemente una "presencia intencional" en la conciencia del fóbico. Pertenece al espacio mental de re-presentación significativa intencional.

El objeto fóbico operativo (la amenaza) es la presencia del *sentido de amenaza* y, como nos dice Diego Gracia(6): "de las 'cosas-sentido' sólo existe concepto (...) su existencia es puramente intencional".

Este espacio imaginario, descrito por muchos autores, ha sido muy bien explorado fenomenológicamente por Sartre en su obra sobre "Lo imaginario", de donde extraigo un par de citas: "el espacio imaginario tiene un carácter mucho más cualitativo que la extensión de la percepción: toda determinación espacial de un objeto en imagen se presenta como una propiedad absoluta"(22).

"El mundo imaginario está totalmente aislado, sólo puedo entrar en él irrealizándome"(25).

Por último, otra cita de la misma obra(26) nos permitirá apuntar al problema de la génesis de este espacio imaginario en la relación fóbica: "el acto de imaginación es un acto mágico. Es un encantamiento (...) En este acto hay siempre algo de imperioso y de infantil, una negativa a tener en cuenta las distancias".

En efecto, el espacio imaginario donde se desarrolla el drama fóbico, es un espacio de relación *primaria* yo-mundo. Es una rela-



ción que pertenece a la infancia, ya sea del individuo humano, ya sea de la humanidad.

Dieter Wyss(31) nos dice que en el niño y el salvaje "aparece no sólo la diferenciación insuficiente entre lo propio y lo ajeno, sino también el carácter predominantemente *plástico* de su mundo de representaciones".

Ese "mundo (y espacio) primitivo", cuyos "componentes (...) no son cosas, sustancias, esen-

cias, sino 'eficacias dinámicas' "(29) ha sido magníficamente descrito por este autor, como por Levy-Strauss y muchos otros antropólogos, como un mundo sin clara diferencia yo-no yo, ni interior-exterior, de causalidades a distancia, de un espacio "topológico" (no métrico) que se organiza por la dinámica de los poderes animistas, etc.

Este espacio primario-imaginario es donde habita ese sujeto es-

encialmente despersonalizado-desrealizante que es el fóbico en su relación fóbica adinámica-alienante (no apropiativa).

Para terminar, unas palabras del gran maestro de la exploración fonomenológica de la corporalidad, Merleau-Ponty(12): "Cuando nos dejamos ser en el mundo sin asumirlo activamente, o en las enfermedades que favorecen esta actitud, los planos no se distinguen ya unos de otros" ■

## Bibliografía

1. Ellacuría, I., El espacio; Realitas I (Semin. X. Zubiri); Soc. de Est. y Public.; Madrid; págs. 479-514.
2. Gebattel, V. von, Antropología Médica; Rialp; Madrid; 1966, pág. 174-175.
3. *Ibid.* pág. 74 y s. s.
4. *Ibid.* pág. 86.
5. *Ibid.* pág. 81.
6. Gracia, D., La estructura de la Antropología Médica; Realitas I (ob. cit.); págs. 293-397.
7. Heidegger, M., *El Ser y el Tiempo*; F. C. E.; México; 1951, pág. 155.
8. *Ibid.* pág. 369.
9. López Ibor, J. J., *Las neurosis como enfermedades del ánimo*; Gredos; Madrid; 1966.
10. Menzies, R. G. y Clarke, J. C., Danger expectancies and insight in acrophobia; *Behav. Res. Ther.*; Feb.; 33 (2); 1955; págs. 215-221.
11. Merleau-Ponty, M., *Fenomenología de la percepción*; F. C. E.; México; 1957, pág. 283.
12. *Ibid.* pág. 294.
13. *Ibid.* pág. 295.
14. Nitschke, A., *Comportamiento y percepción*; Nueva antropología; T 4; págs. 125-150; Ed. Gadamer, H. G. y Vogler, P., Omega; Barcelona; 1976.
15. *Ibid.* pág. 131.
16. Pelegrina, H., El síntoma neurótico como ámbito psicoterapéutico; *Actas Luso Esp. Neurol. y Psiq.*; En. -Feb.; N°1; 1974; págs. 21-32.
17. Pelegrina, H., Hacia una dialéctica estructural de la conciencia; *Archiv. Neurobiología*; (T 18, N°6); Nov-Dic; 1975; págs. 499-518.
18. Riskind, J. H.; Moore, R.; Bowley, L., The looming of spiders: the fearful perceptual distortion of movement and menace; *Behav. Res. Ther.*; Feb; 33 (2) 1995; págs. 171-78.
19. Sami-Ali: *El espacio imaginario*; Amorruutu; Bs. As.; 1976, pág. 122.
20. *Ibid.* pág. 164
21. Sartre, J. P., *Lo imaginario*; Losada; Bs. As.; 1964, pág. 54.
22. *Ibid.* pág. 161.
23. *Ibid.* pág. 54.
24. *Ibid.* pág. 161.
25. *Ibid.* pág. 166.
26. *Ibid.* pág. 157.
27. Strauss, E., *Psicología fenomenológica*; Paidós, Bs. As.; 1971, pág. 23.
28. Tillich, P., *El coraje de existir*; Laia; Barcelona; 1973.
29. Werner, H., *Psicología comparada del desarrollo mental*; Paidós; Bs. As.; 1965.
30. Wyss, D., *Estructuras de la moral*; Gredos; Madrid; 1975, pág. 185.
31. *Ibid.* pág. 198.
32. Zubiri, X., *El Hombre y Dios*; Alianza; Madrid; 1984.
33. *Ibid.* pág. 29.
34. *Ibid.* pág. 508.
35. Zubiri, X., *Sobre el Hombre*; Alianza; Madrid; 1986.
36. *Ibid.* pág. 141 y s. s.
37. *Ibid.* pág. 279.
38. Zubiri, X., *Estructura dinámica de la realidad*; Alianza; Madrid; 1989, pág. 133.
39. *Ibid.* pág. 229 y s. s.
40. *Ibid.* pág. 236 y s. s.

## L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

*Cahiers de psychologie clinique et de psychopathologie générale fondés en 1925*

*Rédacteur en chef: Yves Thoret*

**4 Números por año**

Solicitar informes y suscripción en la redacción de Vertex  
49-0690 de 10 a 16 horas

Revista

Cinco  
Años de

**TopiA**

Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE

Informes: 802-5434 / 785-5873

Fax: 943-0968 / 784-1967

Correo Electrónico: TOPIA@PSICONET-SATLINK.NET



# Alexitimia y depresión en pacientes de consulta hospitalaria

Roberto Sivak

María M. Casullo

Adriana Wiater

María S. Alvarez

Marcela Torreiro

Médico Psiquiatra. J.T.P. "UDH Alvarez", Dpto. S. Mental, Fac. Med. UBA, Coord. Equipo de Psicopatología de la Div. Psicopatología del Hosp. Municip. "T. Alvarez", Bs. As.

Psicóloga. Prof. Tit. Teoría y Técnicas de Evaluación y Diagnóstico Psicológico, Fac. de Psicología, UBA.

Psicóloga. Docente Fac. de Psicología, UBA.

Psicóloga. Equipo de Psicopatología de la División Psicopatología del Hosp. Municip. "T. Alvarez", Bs. As.

Terapista Ocupacional, Equipo de Psicopatología Hosp. Municip. "T. Alvarez", Cap. Fed.

## Introducción

Numerosos trabajos han demostrado la relación existente entre depresión y

trastornos somáticos, evidenciada a través de protocolos clínicos y diversas escalas de auto y heteroevaluación (como las escalas de Beck, Hamilton, Zung, etc.).

Consideramos a la *depresión* como un síndrome reconocible en mayor o menor medida por el sujeto que lo padece y por el entrevistador que lo evalúa. Para Zieher y Rojtemberg(18), lo conforman un conjunto de manifestaciones ideativas, conductuales y afectivas. Se caracteriza por la disminución de la autoestima, la angustia y sus diferentes expresiones somáticas. Entre estas últimas se describe la inhibición psicomotriz, la dificultad para dormir, el desgano, la falta de interés por el mundo que lo rodea, la irritabilidad, la alteración del apetito y trastornos funcionales como la constipación, la cefalea y dolores musculares.

Para algunos autores, los trastornos somáticos pueden, en algunas personas con rasgos particulares de personalidad, considerarse como el modo privilegiado del síndrome depresivo -*depresión enmascarada*- (17). En 1969 Walcher utiliza este término para designar todos los casos de depresión endógena en los que predominen los signos y síntomas físicos. En nuestro medio, Montanari equiparaba al igual que López Ibor Alino el concepto de depresión enmascarada al de alexitimia de Sifneos. "En estos cuadros, decía López Ibor(9), el malestar físico es leve, vago o difuso. El enfermo puede referir miedo en el estómago o una cefalea. Se hallan dificultad para identificar y comunicar los sentimientos, restricción en el mundo de la fantasía como medio de gratificación de los impulsos ins-

## Resumen

Este trabajo se propuso evaluar la correlación existente entre la depresión y el constructo alexitimia en pacientes con trastornos somáticos. Se tomó una muestra al azar de 52 pacientes que consultaron al Equipo de Psicopatología en un hospital general. Presentaban trastornos somatoformes, funcionales u orgánicos incluidos estos últimos en la categoría 316 del DSM-III-R. Se realizó entrevista clínica estructurada, se tomaron las Escalas de Depresión de Hamilton y Zung (hetero y autoevaluación de depresión) y Escala de Alexitimia UBA CONICET (adaptación al español de la escala TAS). La misma batería se tomó a una muestra de control de 52 personas de similar extracción sociocultural y edad. Las correlaciones calculadas permiten inferir que aún cuando puede observarse cierto grado de superposición o coincidencia entre alexitimia y depresión, se trataría de dos constructos diferentes. Palabras Clave: Alexitimia - Depresión - Trastornos psicofisiológicos.

## ALEXITHYMIA AND DEPRESSION IN HOSPITAL PATIENTS

### Summary

The objective of this article was to evaluate the correlation between depression and alexithymia in patients with somatic disorders. A sample of 52 patients that consulted the Psychosomatic Section in a general hospital was considered. These patients presented somatoform, functional and organic disorders, the last two were included in the 316 category of the DSM-III-R. An structured clinical interview, the Hamilton and Zung Depression Scales and the Alexithymia Scale UBA-CONICET (the TAS's spanish adaptation) where taken. The same was done with a control sample of 52 persons of similar age and sociocultural level. Taking into account the correlations between the scales, it can be concluded that, even when a certain degree of coincidence between alexithymia and depression can be observed, they are different constructs.

Key Words: Alexithymia - Depression - Psychophysiological disorders.

## ALEXITIMIE ET DEPRESSION CHEZ LES PATIENTS A L'HOPITAL

### Résumé

Le but de ce travail est d'évaluer le rapport entre la dépression et la construction alexitimie chez des patients avec des troubles somatiques. On a pris au hasard un échantillon de 52 patients qui avaient consulté l'Équipe de Psychosomatique d'un hôpital général. Ils présentaient des troubles somatoformes, fonctionnels ou organiques compris dans la catégorie 316 du DSM-III-R. On a fait un entretien clinique structuré, on s'est servi des Echelles de Dépression de Hamilton et Zung (hétéro et autoévaluation de dépression) et de l'Echelle d'Alexitimie UBA CONICET (adaptation à l'espagnol des échelles TAS). On a suivi la même procédure avec un échantillon de contrôle de 52 personnes de la même condition socioculturelle et du même âge. Les corrélations calculées nous ont permis de conclure que, malgré un certain degré de superposition ou coïncidence entre l'alexitimie et la dépression, il s'agirait de deux constructions différentes.

Mots Clé: Alexitimie - Dépression - Troubles psychophysologiques.



**Cuadro 1**  
**Descripción muestra de pacientes según patología**

	Varones n=12		Mujeres n=40	
	Organ.	Función	Organ.	Función
Gastroenterológicos	4	3	2	12
Dermatológicos	1	—	—	—
Respiratorios	1	1	1	4
Hipertensivos	1	—	1	3
T. Cond. Alimentaria	1	—	2	—
Diabetes	—	1	—	—
Reumatológicos	—	—	1	—
Neurológicos	—	—	2	6
Endocrinológicos	—	—	1	1
Fármacodependencia	—	—	1	—
Cardiológicos	—	—	—	2
Inmunológicos	—	—	—	1

tintivos y la comunicación de los cambios de humor debidos a la depresión”.

Actualmente, el concepto de depresión descrito en el DSM IV(1) incluye el desinterés o la dificultad para sentir placer y las manifestaciones somáticas como indicadores principales en el diagnóstico por lo que la somatización debería considerarse una expresión más y no el “enmascaramiento” de la depresión(2)

El constructo alexitimia fue estudiado en 1967 por Nemiah y Sifneos en Boston. Significa literalmente “ausencia de verbalización de afectos o sentimientos”. Se refiere a un estilo cognitivo, caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos. Los pacientes evidencian relaciones personales rígidas y estereotipadas, presentando tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas y mostrando enorme resistencia a las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales.

Taylor(15) considera cinco ejes clínicos en la alexitimia:

- Dificultad para explicar o describir sentimientos,
- Dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales,
- Falta de capacidad introspectiva,
- Tendencia al conformismo social,

e. Empobrecimiento de la capacidad de fantasear.

La alexitimia representa, en el campo de los trastornos psicofisiológicos o “psicosomáticos” un constructo de gran interés como un posible factor de vulnerabilidad o predisposición en la aparición o perpetuación de los trastornos somáticos.

Actualmente existen, respecto a la relación entre depresión y alexitimia, dos posiciones encontradas. Para López Ibor Aliño(19), las características de la alexitimia coinciden con ciertas manifestaciones de la depresión; esta opinión también ha sido sostenida por Montanari(11).

Taylor(15) creador de la Escala Alexitimia Toronto propone, en cambio, una serie de argumentos —entre otros el análisis factorial— para demostrar que la alexitimia es un constructo independiente y diferente a la depresión.

Para Fisch(4) la alexitimia puede presentarse en personas víctimas de situaciones vitales traumáticas en forma concomitante a la depresión, provocando un “enmascaramiento” de ésta a través de síntomas somáticos.

Haviland(6) estudia presencia de alexitimia y depresión en alcohólicos; para el autor, sólo la dimensión dificultad para reconocer sentimientos y diferenciarlos de sensaciones corporales pudo relacionarse con depresión,

sugiriendo la conveniencia de profundizar los estudios y proponiendo evaluar alexitimia en pacientes con depresión mayor.

Para Hendrix (6) la alexitimia es un constructo multidimensional que responde a estresores situacionales. Luego de estudiar alexitimia y depresión en 110 estudiantes, propone que ciertas dimensiones de la alexitimia, en particular la dificultad para identificar y comunicar sentimientos, se relacionan con la ansiedad y la depresión.

Heerlein(7) compara 21 pacientes con depresión endógena y 21 pacientes con depresión neurótica reactiva evaluando alexitimia por medio del cuestionario BIAQ y hallando puntajes significativamente mayores de alexitimia en el primer grupo.

En este trabajo, nos hemos propuesto analizar esta controversia a través de la evaluación de alexitimia y depresión en una muestra de 52 pacientes con trastornos orgánicos y funcionales\*.

#### Materiales y métodos

Se administraron el Protocolo de Evaluación clínica del Equipo de Psicopatología del Hospital Alvarez, las Escalas de Depresión de Hamilton y Zung y la Escala de Alexitimia UBA CONICET (adaptación de la Escala TAS de Taylor) a 40 mujeres y 12 hombres que consultaron en noviembre y diciembre de 1994 presentando trastornos funcionales y orgánicos. La misma batería se administró a una muestra similar de personas que no presentaban trastornos somáticos

La muestra estuvo constituida por 40 mujeres y 12 hombres con edades entre 25 y 60 años con estudios primarios y secundarios que presentaron diversos trastornos somáticos descritos en el Cuadro I. El número marcada-

\* Esta investigación se enmarca dentro de una serie de trabajos iniciados en 1989 en el Equipo de Psicopatología de la División Psicopatología del Hospital Alvarez en colaboración con la Cátedra de Teoría y Técnicas de Evaluación y Diagnóstico Psicológico, Módulo I, Técnicas Psicométricas, Facultad de Psicología, UBA, relacionados con la validación del constructo alexitimia.





mente mayor de mujeres refleja la modalidad de consulta en nuestro hospital. La población pertenece a Capital y zona oeste del Gran Buenos Aires.

## Resultados

### 1. Depresión según Escala de Hamilton

Tanto en mujeres como en varones, el grado de depresión fue significativamente más alto en el grupo de pacientes con trastornos psicossomáticos que en el grupo control, no hallándose diferencias significativas entre el grupo de varones y el de mujeres con trastornos psicossomáticos.

### 2. Depresión según Escala de Zung (autoevaluación)

Al igual que con la escala de Hamilton, el grado de depresión fue significativamente más alto en el grupo de pacientes que en el grupo control. Con esta escala, tampoco se hallaron diferencias significativas entre el grupo de los hombres con trastornos somáticos y el de las mujeres.

### 3. Alexitimia según Escala T. A. S.

Se hallaron puntajes más altos, estadísticamente significativos, en la muestra de pacientes que en el grupo control.

No se hallaron diferencias significativas entre los varones y las mujeres con trastornos psicossomáticos. En cambio se hallaron puntajes más altos de alexitimia en varones controles respecto a las mujeres del grupo control.

### 4) Alexitimia según género y factores de Taylor

Taylor considera cuatro factores o dimensiones en la escala TAS:

- F1 Dificultad para identificar y describir lo que se siente.
  - F2 Dificultad para comunicar sentimientos personales a otros.
  - F3 Dificultad para imaginar y fantasear.
  - F4 Tendencia a focalizarse más en problemas externos que en analizar experiencias personales.
- En la muestra estudiada se pudieron establecer los siguientes resultados:
- F1: Los puntajes fueron más altos en varones y mujeres psicossomáticos que en el grupo control.
  - F2: Los varones controles puntuaron más alto que las mujeres controles. Las mujeres psicossomáticas puntuaron más alto que las mujeres controles.
  - F3 y F4: No se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

### Correlaciones entre los factores de las escalas de alexitimia y depresión

La correlación entre medias según el coeficiente de correlación de Pearson mostró muy baja correlación entre alexitimia evaluada con TAS y depresión según Hamilton y, llamativamente, correlación negativa en los varones tanto psicossomáticos como controles. Considerando la escala de depresión de Zung, el grado de correlación siguió siendo bajo pero levemente mayor. Desde el punto de vista estadístico, este re-

sultado permite inferir que aun cuando exista cierto grado de superposición o coincidencia entre alexitimia y depresión, se trataría de dos constructos diferentes.

## Discusión

La utilización en este caso de dos escalas de depresión –de auto y heteroevaluación– permite observar diferencias en la percepción del grado de depresión en los dos casos. Justamente, nos interesa el grado de percepción como indicador en pacientes con dificultad en este aspecto. Cuando el sujeto se autoevalúa, se observa un nivel mayor de depresión y una mayor correlación con la alexitimia que cuando es evaluado por el entrevistador. Cabe preguntarse si este resultado pueda deberse a cierta reticencia u ocultamiento por parte del entrevistado así como al sesgo dado por las características del entrevistador en el caso de la escala de Hamilton.

A su vez es llamativa la correlación negativa entre alexitimia medida con la escala UBA Conicet y depresión según la escala de Hamilton. En relación a esta última, se discute la pertinencia y especificidad de sus últimos ítems en relación a depresión. En próximos trabajos podría considerarse la utilización de otros instrumentos quizás no tan clásicos pero sí más específicos.

Tanto en la depresión como en la alexitimia una variable a considerar es el género –masculino o femenino– tanto por el peso de las diferencias constitucionales como por el papel diferente de la cultura en promover la expresión verbal de los afectos en hombres y mujeres. La muestra tomada tiene cierto sesgo por el predominio de mujeres(10), factor que consideraremos en la eventual inclusión de más hombres en próximas tomas.

El papel de las variables socioculturales(3) –como la relación entre nivel educacional o la pertenencia a un determinado grupo social y el grado de alexitimia– nos preocupa y constituirá tema de un próximo trabajo.



## Conclusiones

La detección de alexitimia en una perspectiva de prevención(13) implica la conveniencia de un replanteo de las estrategias terapéuticas más convenientes considerando la dificultad evidenciada en los sujetos para incluirse en terapias verbales de *insight*.

Desde el punto de vista clínico, debemos mencionar la utilidad de las escalas y cuestionarios utilizados como disparadores de asociaciones en pacientes con cierta dificultad para expresar situaciones emocionales o vitales perturbadoras. La discriminación entre alexitimia y depresión llevaría a implementar una terapéutica antidepresiva de un modo más criterioso, y sólo cuando fuera realmente necesaria.

Los resultados hallados coinciden en principio con la propuesta de Taylor(16) al insistir en que, aun cuando depresión y alexitimia puedan coincidir en un sujeto en algún momento y situación, serían dos constructos diferentes ■



## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona, 1995.
2. Bertoldi, A., Comunicación personal, 1995. Programa de Educación Continua sobre Depresión.
3. Casullo, M., *Alexitimia consideraciones teóricas y empíricas*. Tekne, Bs. As., 1989.
4. Fisch, R. Z., Alexithymia, masked depression and loss in a Holocaust survivor. *Br. J. Psychiatry*, 1989, May, 154, 708-10.
5. Hamilton, M., "A rating scale for depression". *J. Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 1960, 23:56-62.
6. Hendrix M. S., Havilland M. G., Shaw, D. G., Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *J. Pers. Assess.* 1991, Apr. 56 (2), 227-37
7. Heerlein A., Laver G., Richter, P., Alexithymia and affective expression in endogenous and non-endogenous depression. *Nervenarzt* 1989, 60 (4), 220-5
8. Kielholz, P., *Masked depression*. Hans Huber Publishers Bern. Basilea., 1973.
9. López Ibor, J. J., Masked depressions. *Brit. J. Psychiatry*, 1972, 120p: 245
10. Moiseszowicz, J., Comunicación personal. *Cong. Arg. de Psiq.*, 1995, Bariloche.
11. Montanari, R., *Los trastornos anímicos endógenos*. El Ateneo, Bs. As., 1987.
12. Sivak, R., Alexitimia: importancia teórica y clínica en psicopatología, controversias actuales. *Revista Argentina de Medicina Psicopatológica*. 1990, N° 55.
13. Sivak R., Wiater, A., Alexitimia: un indicador posible en prevención *Vertex*, *Revista Argentina de Psiquiatría*, 1995, Vol. VI, N° 21, pág. 169.
14. Sivak, R., Alvarez, M. S., (1995) Depresión esencial y depresión enmascarada: dos grados de mentalización. Aportes al diagnóstico y tratamiento. *Vertex*, *Revista Argentina de Psiquiatría*, 1995, Vol. VI, N° 19, pág. 5.
15. Taylor G., Alexithymia Concept, measurement and implications for treatment. *Am. J. Psych.* 1984, Jun: 141,
16. Oarher J. D., Bagby R. M., Taylor G., Alexithymia and depression; distinct or overlapping constructs? *Compr. Psychiatry* Sept. 1991, Oct. 32 (5) 387-394
17. Walcher W., *Psychogenic factors responsible for triggering off masked endogenous depression* (en Kielholz, op cit.), pág. 177-184.
18. Zieher, L. M., Rojtemberg, S., *Depresión y antidepresivos*. CTM, Bs. As., 1991.
19. Zung, W., "A self rating depression scale". *Arch. Gen Psych.*, 1965, 12:63-70.

\* Trabajo presentado en el Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría y Congreso Argentino de Psiquiatría. Bariloche, 29 de marzo al 1° de abril de 1995.





Patricio González

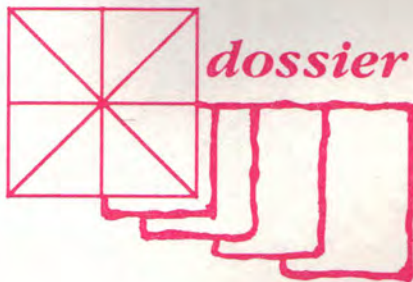
"Pidiendo"

Xilografía

1995

24 cm x 24 cm





*Ser o no ser, he allí el problema:  
¿Qué es más digno para el espíritu: sufrir  
los golpes y avatares de un destino infame  
o rebelarse contra la marea de las desgracias  
y ponerles fin con el rechazo a la vida? Morir,  
dormir,  
no más, y gracias al sueño decir: hemos terminado  
con los tormentos y los miles de conflictos  
que afligen nuestra condición humana. Es el final.  
Lo más deseable. Morir, dormir;  
¡dormir! Pero entonces, quizás soñar: ¡Ay,  
he allí el obstáculo!*

*Shakespeare, Hamlet, III, 1.*

La reprobación social ha estigmatizado desde siempre la muerte voluntaria. En la Edad Media se castigaba el cuerpo de los suicidas, e, interpretando el gesto autolítico como un insulto a Dios, el cristianismo le negaba sepultura en camposanto.

Desde mucho antes, en el seno de la filosofía griega y romana el debate sobre el derecho y la oportunidad de salir de la vida por mano propia fue motivo de apasionadas controversias. Por intermedio de las traducciones de Tito Livio, Séneca, Plutarco, Plinio, ... el público del Renacimiento tomó contacto con los suicidios heroicos de la Antigüedad. Desde fines del siglo XIV reaparece un conflicto de valores cuyos argumentos llegan hasta hoy. Petrarca en su *De remediis* utiliza el diálogo alegórico entre Dolor y Ratio para exponer los argumentos antiguos contra el suicidio: no tenemos derecho a desertar, debemos enfrentar las dificultades, la vida nos es otorgada por Dios, matarse es olvidar nuestra naturaleza propia, el rechazo a la existencia es indigno, quien se mata es un cobarde. En 1600 Shakespeare plantea la pregunta fundamental: Ser o no ser. En 1642 en su *Religio medici* Sir Thomas Browne acuña el neologismo suicidio bajo su forma latina (*sui*: de sí mismo; *caedes*: asesinato). Desde la perspectiva teológica se profundiza la satanización del acto autoagresivo: es el Diablo quien empuja al desesperado a darse muerte.

De Montaigne a Bacon, los humanistas viven una primera revolución cultural y empiezan a discutir, aunque aún tímidamente, la prohibición cristiana.

En el siglo de las Luces el debate se desliza de la moral a la medicina.

La locura, siempre invocada como la instigadora del pasaje al acto, entra plenamente en escena. La etiología de la melancolía explicada por la teoría humoral en la tradición médica encuentra un hito fundamental en la *Anatomy*

*of Melancholy* de Burton y se continúa en los siglos XVII y XVIII en los escritos de numerosos autores médicos.

En el siglo pasado el suicidio romántico, prolonga la larguísima saga del tema en la literatura de todos los tiempos y el Estado burgués despenaliza el suicidio pero lo desaprueba: el ciudadano debe conservar la vida para consagrarla al servicio de la Patria. Emil Durkheim el primero que señala la estacionalidad y la contagiosidad del suicidio, marca, con su tesis de 1897 la reflexión actual sobre el tema.

El Psicoanálisis profundiza poco la explicación clínica del fenómeno y la Psiquiatría luego de sus conocidas acusaciones a la degeneración mental, se extiende hasta nuestros días en una literatura tan extensa como en su mayoría poco profunda sobre el mismo. Aparece así una descripción que diferencia el acto suicida como voluntad determinada de darse muerte de la tentativa de suicidio, entendida ésta como dramática llamada de auxilio dirigida al entorno. Surgido el concepto de proceso suicida, la línea de demarcación entre el que se suicida, el que piensa en ello y otras conductas de riesgo o de autoagresión que han dado en llamarse equivalentes o para-suicidios, tiende a esfumarse.

En un intento de abarcar todo ello, Haenel y Pödlinger acuñaron el término "suicidalidad" (el neologismo castellano es nuestro) para designar al "potencial de todas las fuerzas y funciones psíquicas tendientes a la autodestrucción".

El presente Dossier intenta acercar información sobre el dramático gesto de darse "muerte a sí mismo" que —navegando entre las insuficientes explicaciones de la medicina y el psicoanálisis, escrutado incesantemente por la literatura y el audiovisual, analizado por la ética y la teología— sigue constituyendo, como señala agudamente Georges Minois, uno de los últimos temas tabú de nuestra época ■

J. C. S.





## SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JOVENES

**Edith Serfaty**

*Médica Psiquiatra. Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina de Bs. As.  
Sociedad Argentina de Medicina del Adolescente. Posadas 1515 7° A, 1112 Buenos Aires, Argentina*



**E**n el presente estudio, se tomará al suicidio como un problema de salud, en su significado para la cultura occidental.

El suicidio constituye una causa inevitable de muerte, de frecuente observación en la adolescencia y juventud. Analizando las tasas en diferentes grupos de edad, se observa que adquieren significación a partir del grupo de edad de 15-24 años. Aumenta levemente a partir de los 25-35 años, para elevarse en el grupo de 55-64 y tener su frecuencia más alta en las personas de 75 años y más (Fig. 1). Este incremento observado a partir de los 55 años debe verse en forma relativa, ya que la mortalidad a partir de esta edad es mucho más alta que entre los jóvenes.

Si analizamos las causas de muerte más frecuentes para el grupo de edad de 15-24 años, comprobamos que cerca de la mitad de ellas están vinculadas a agresión o violencia. Así los accidentes y efectos nocivos tienen una tasa del 37,4% y 10,7% para varones y mujeres, accidentes de vehículos 14,6% y 5,4%, otros accidentes de transporte 2,6% y 0,9%, envenenamiento accidental 1,4% y 0,5%, accidentes por sumersión 6,4% y 0,6%, otros accidentes 9,8% y 2,6%, suicidio 6,5% y 2,3%, homicidio 9,5% y 1,5% y otras violencias o causas exteriores 16,6% y 3,9% (1) (Fig. 2).

Como se observa en las tasas enumeradas y en otras causas de mortalidad, ésta es más elevada para los varones, especialmente para el grupo de 15-24 años. En este grupo la tasa general de mortalidad es de 8,7% para ambos sexos, discriminada en 11,4% para varones y 5,6% para mujeres; esto es común a todos los países de Latinoamérica(8).

Este estudio se referirá a las causas de muerte por suicidio entre los adolescentes y jóvenes de Argentina.

Al analizar las tasas de suicidio, se debe tener en cuenta que existe un sub-registro de los mismos, ya que no todos se inscriben como tales. Los familiares muchas veces prefieren hacerlo como accidente.

La tasa de suicidio en el grupo de 15-24 años ha tenido el valor más elevado en 1988, considerando los registros desde 1983 a 1991, comenzando a disminuir a partir de ese año (Fig. 3).

Como se dijo anteriormente, se considera al suicidio como una conducta violenta, ya que es una agresión dirigida hacia sí mismo. Es el acto intencional de quitarse la vida. Este acto sucede porque

no se le encuentra salida a una determinada problemática, es un escape del sufrimiento.

Los suicidios concretados son mucho más frecuentes entre los varones y los intentos de suicidio entre las mujeres.

Se han efectuado estudios en poblaciones no encarceladas, que han demostrado que los varones son más agresivos que las mujeres. Esta sería una de las causas de la mayor tasa de suicidio entre los primeros.

El suicidio ha sido y es cada vez más, un tema de preocupación para los profesionales de la salud, que atienden adolescentes y jóvenes. Se ha investigado el suicidio desde diversos aspectos: psicológicos, biológicos y sociales.

Según distintos autores, las conductas violentas tienden a coexistir en un mismo individuo (tanto la agresión hacia sí mismo como hacia otros).

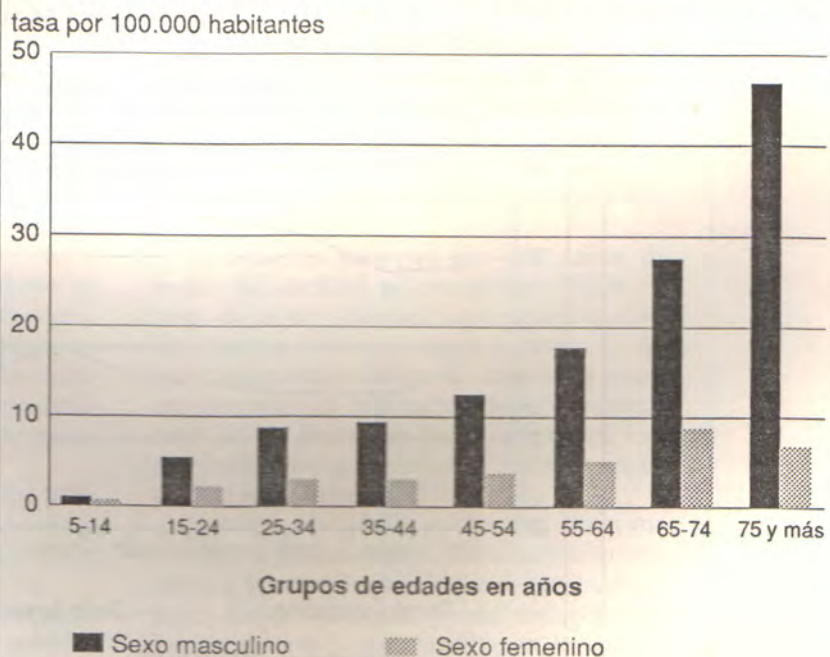
### Aspectos psicológicos

Psicológicamente, aquellos que se suicidan, es decir que dirigen la violencia contra sí mismos, tienen determinados componentes psíquicos.

Son personas que desde niños tenían dificultades en expresar los sentimientos y las emociones, es decir eran aquéllos que se "tragaban" todo, los hijos modelo, que no daban ningún trabajo a sus padres.

Responsables en el hogar, en la escuela y en el trabajo, con un nivel alto de autoexigencia. Esta última característica los hace

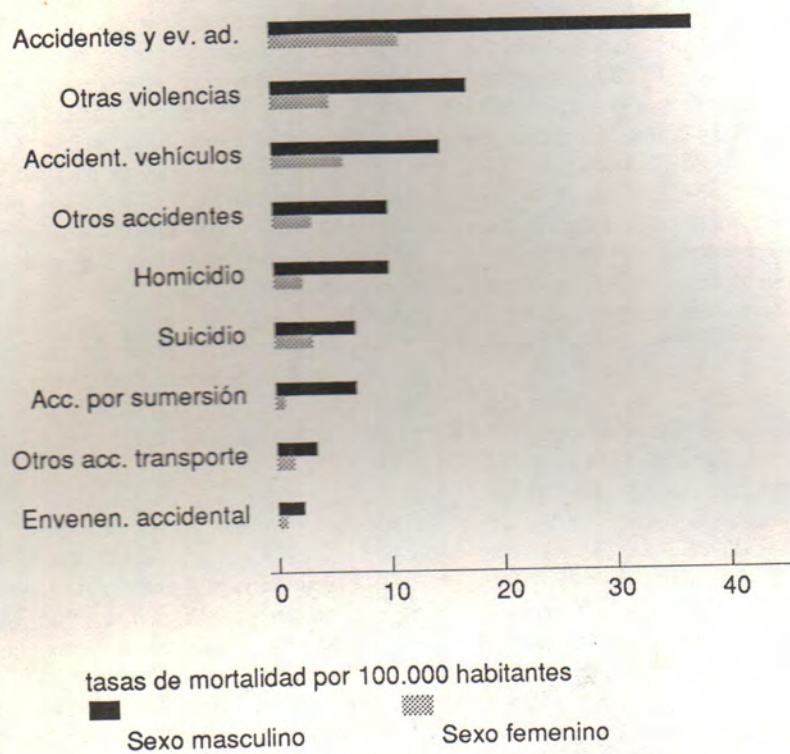
**Figura 1**  
**Tasas de suicidio por grupos de edades - Argentina 1991**



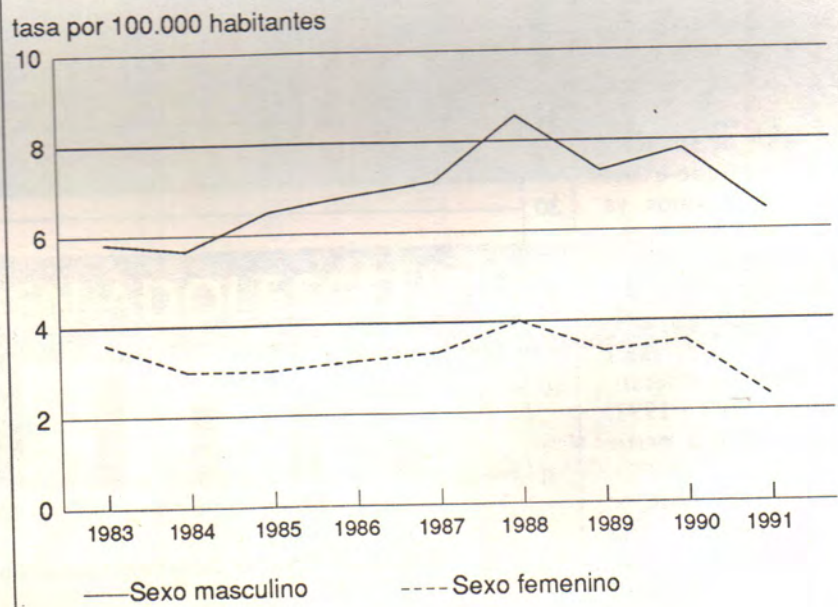
Fuente: Anuarios estadísticos OMS 1994



**Figura 2**  
**Causas de muerte violenta 15-24 años de edad**  
**en tasas de mortalidad - Argentina 1991**  
**Causas**



**Figura 3**  
**Tasa de suicidio de adolescentes 15-24 años**  
**Argentina 1983-1991**



Fuente: Anuarios estadísticos OMS 1984/94



sufrir cuando no se cumplen los propios objetivos, terminando con sentimientos de culpabilidad, fracaso e inutilidad.

Ante esta situación de sufrimiento, y como una actuación de ella, puede sobrevenir el suicidio(3). Es por esta razón que ese estado de sufrimiento no debe ser descalificado por los adultos, ni menospreciado, sino que requiere contención, ayuda activa y sedación, ya que sumado a un acto de impulsividad, puede desembocar en una situación irreparable.

Según Andre Haim(7) el adolescente actúa para evitar el sufrimiento y los recuerdos no gratos.

El sufrimiento del adolescente se debe a situaciones vividas por largos períodos de tiempo. Luego aparecen situaciones desencadenantes, la disminución en las calificaciones escolares, la ruptura de un noviazgo, la enemistad con un amigo, la separación de los padres. Pero el problema se venía gestando anteriormente, socavando la autoestima del adolescente y produciendo una depresión.

Los intentos de suicidio en los adolescentes y jóvenes, son una forma de llamar la atención de los adultos, y decirles que no pueden con sus problemas. En muchos casos, el intento tiene un destinatario específico (se espera que alguien reciba el mensaje).

F. Ladame caracterizó los síntomas que preceden a un intento de suicidio(3):

- depresión
- alienación social, con ruptura de los vínculos con el entorno.
- angustia creciente en las horas previas.

La depresión es el factor asociado más frecuentemente al suicidio. A medida que se profundiza la depresión, mayor es el riesgo de que existan ideas de suicidio, siendo mayores las probabilidades en la depresión grave(12).

El consumo de alcohol es frecuente en los jóvenes, utilizado como una evasión o como un "remedio". Por su efecto depresor del psiquismo y al actuar como un desinhibidor de la conducta, aumenta la posibilidad de actuaciones, y por ende, de suicidio(6).

El consumo de marihuana, también utilizado como un escape, fue encontrado asociado, en forma estadísticamente significativa, con la existencia de ideas de suicidio(11).

Otras actuaciones de riesgo, detectadas con anterioridad a un intento de suicidio son:

- Ausencias del hogar, sin avisar previa-

mente a los familiares, por más de 24 horas (5,6%).

- Alteraciones del sueño (insomnio), junto con humor triste e irritabilidad.

- Antecedentes de episodios depresivos previos (5,6%).

El padecimiento psíquico más frecuente, asociado al suicidio, es la depresión(12). Le



siguen en frecuencia la esquizofrenia, las alteraciones de la personalidad, el alcoholismo y el consumo de drogas. El 90% de los suicidios ocurre en personas con un trastorno psiquiátrico(9).

#### Aspectos biológicos

Desde el enfoque biológico, se han efectuado estudios en víctimas de suicidio, encontrándose una leve reducción de los niveles de 5 hidroxitriptamina y del ácido hidroxindolacético a nivel del sistema nervioso central(9).

En aquellas personas que efectuaron intentos de suicidio, se encontraron bajos niveles de ácido hidroxindolacético a nivel del sistema nervioso central, tanto en los que tenían diagnóstico de depresión como esquizofrenia y trastornos de la personalidad(13). Es decir que bajos niveles de este metabolito de la serotonina podrían ser un predictor de intentos de suicidio.

Coccaro, en 1992, relata una disminución en la concentración de 5 hidroxitriptamina y 5 hidroxindolacético a nivel del sistema nervioso central y una reducción de los receptores 3 imipramina en la corteza frontal(4).

La disminución de la serotonina estaría



vinculada con una disminución de los impulsos (conductas agresivas)(5).

En las persona violentas existe una disminución de los niveles de serotonina, y un aumento de la actividad noradrenérgica y dopaminérgica(9). No ha podido ser diferenciada una característica que distinga entre aquel que se va a autoagredir y el que va a agredir a los demás.

### Aspectos sociales

Desde un enfoque social, cabe señalar las circunstancias que pueden incitar a la violencia general: transmisión de filmes donde se ven agresiones (homicidio, robos, suicidios), que influyen sobre el psiquismo del adolescente y joven, desjerarquizando la vida. Otras situaciones que pueden influir son los espectáculos donde existen concentraciones de muchas personas en un espacio reducido (espectáculos musicales, deportivos, etc.) donde la exaltación emocional que se produce puede desencadenar conductas violentas(10).

Otra situación que se ha observado, son las epidemias de suicidios, donde uno desencadena la producción de otros, en personas que tenían ya alguna problemática.

### Tratamiento

El intento de suicidio y las ideas que perduran a través del tiempo, se consideran una urgencia en Psiquiatría. El abordaje debe ser interdisciplinario, interviniendo varios profesionales con distinta formación, que actúan con una misma ideología de tratamiento. Intervienen médicos, psicólogos,

asistentes sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros.

Ante esta situación de emergencia es necesario convocar a la familia, a fin de informarles, solicitar su ayuda y compromiso con el tratamiento.

Está indicada la internación en un servicio especializado o en forma domiciliaria. En este último, cuando se da una situación de adecuada continencia familiar.

El tratamiento psicofarmacológico contempla la posibilidad de administrar, en ciertos pacientes donde persiste la idea de un intento de suicidio, neurolépticos en dosis bajas con el objeto de actuar sobre la ideación suicida. En pacientes que además tienen una depresión, están indicados los antidepresivos, inhibidores de la recaptación de serotonina: fluoxetina, sertralina, paroxetina, citaloprán.

En situaciones en que se presenten situaciones de ansiedad es aconsejable acompañar el tratamiento antidepresivo con ansiolíticos, ya que algunos realizan otro intento de suicidio cuando comienzan a mejorar de la depresión.

La psicoterapia se realiza desde el comienzo con el objetivo de aclarar las situaciones desencadenantes y dar herramientas para resolverlas. Luego de un período de crisis, el objetivo es ayudar al adolescente a continuar con el proceso madurativo, a través de una psicoterapia más profunda.

Entrevistas de orientación familiar son de utilidad, a fin de esclarecer el cuadro clínico del paciente, ayudando a que su familia lo comprenda y contenga, logrando un apoyo que es indispensable para la prosecución del tratamiento. Se realiza psicoterapia familiar en aquéllas que lo soliciten y que tienen un alto nivel de conflictiva familiar ■

### Referencias bibliográficas

1. Anuario Estadístico *Organización Mundial de la Salud*, 1994.
2. Asberg, M., Serotonin depression, a biochemical subgroup within the affective disorders? *Science*, 1976, 191, 478-80.
3. Birraux, A., *L'Adolescent face a son corps*. Ed. Universitaires, París, 1990.
4. Coccaro E. et al., Central serotonergic function in parasuicide. *Prog. Neurop. Biol. Psych.*
5. Coccaro E. Impulsive aggression and central serotonergic system function in humans. *Int. Cl. Psych. En-gland Spring*, 1992, (7) 1 p. 3-12.
6. Dolto, F., *La causa de los adolescentes*, Ed. Seix Barral, Argentina, 1990.
7. Haim, A., *Los suicidas d'adolescents*. Ed. Payot, París, 1970.
8. Las Condiciones de Salud de las Américas, Ed. 1994, Vol. 1, *Organización panamericana de la Salud*.
9. Mann, J., *Violence and aggression. Psychofarmacology*. Raven Press Ltd. New York, 1995.
10. Maturana H. et al., *Violencia en sus distintos ámbitos de expresión*. Dolmen Ed., Chile, 1995.
11. Serfaty E., Andrade J., Aquila J., Boffi Boggero H. D., Masautis, Foglia, L., Ideas de Suicidio y factores de riesgo en varones de 18 años. *Boletín Academia Nacional de Medicina* 1994.
12. Serfaty E., Andrade J., Boffi Boggero H. D., Aquila, J., Depresión grave y factores de riesgo. *Boletín Academia Nacional de Medicina* 1994.
13. Traskman, L., Biochemical aspects of suicidal behavior. *Prog. Neuropsychop. Biol. Psych.* 1989, Voo. 13, 533-44.





## SUICIDIOS Y SUPERVIVIENTES

**Blanca Sarró  
Cristina de la Cruz**

*Psiquiatras. Subdivisión de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.  
C/Villaruel 170, (08036) Barcelona, España.*



## Introducción

El duelo por el suicidio de una persona significativa se ha descrito tradicionalmente como un proceso más complicado y difícil que el duelo provocado por otras causas de muerte (natural, por accidente o incluso por homicidio). También se describen diferencias en el significado de la muerte por suicidio, y en la elaboración del duelo para las personas del entorno del suicida. Como recoge Soubrier(25), el sufrimiento emocional que sienten los familiares "supervivientes", es muy distinto, por ejemplo en el caso de un profesional, o de un forense o de una compañía de seguros.

Los autores anglosajones denominan "*suicide survivors*" a las personas significativas que están envueltas en el proceso del duelo del suicida. En este trabajo utilizamos el término de "superviviente" que según Moliner(18) (Diccionario de uso del español) "se aplica al que sobrevive: 'los supervivientes de una catástrofe'"; en este caso, se aplica como superviviente a la muerte por suicidio de una persona significativa. Este estudio se centra preferentemente sobre las posibles reacciones de duelo de los terapeutas y cuidadores del paciente suicida.

El suicidio es una forma de muerte infrecuente, y muchas veces parece un acto inesperado. Las reacciones de los supervivientes ante el suicidio consumado son complejas y ambivalentes: puede representar una experiencia de una crueldad excepcional o un sentido atroz de la desaparición o ausencia del "otro", con demandas acerca del por qué, que de poco sirven en principio. Algún superviviente se refugia en la búsqueda iterativa de un "por qué" o en un reencuentro con la persona suicida a través del recuerdo idealizado; o un enfrentamiento con la soledad o un distanciamiento, pues se atraviesa una experiencia solitaria en la que la tristeza y la culpa, aíslan paulatinamente de la vida social e incluso de la vida familiar.

## Generalidades

Freud(9), describe a través del olvido de un nombre propio una experiencia personal ante el suicidio de un paciente, y lo asocia a un mecanismo de represión. En el capítulo "Olvido de nombres propios"(9), escribe: "Me hallaba entonces bajo los efectos de una noticia que pocas semanas antes había recibido durante una corta estancia en Trafoi. Un paciente en cuyo tratamiento había yo trabajado mucho y con gran interés se había suicidado a causa de una incurable perturbación sexual. Estoy seguro de que en todo mi viaje por la Herzegovina no acudió a mi memoria consciente el recuerdo de este triste suceso ni de nada que tuviera conexión con él. Mas la consonancia Trafoi-Boltraffio me obliga a admitir...".

Binswanger, en el estudio de la paciente que llamó "Ellen West" (1944), realizó un "análisis

existencial" del caso y su muerte por suicidio. El psiquiatra suizo, racionalizó la decisión suicida de la paciente, indicando que la muerte voluntaria no era sólo inevitable sino apropiada, según cita Maltzberger(16).

Shneidman(24), introdujo el concepto de "postvención", que se refiere a la ayuda psicológica que debía darse a los supervivientes de un suicidio. Este autor estima que el desarrollo de la "postvención" forma parte de las necesidades psicológicas actuales frente a la muerte por suicidio.

Lester(14) plantea como una posible estrategia para la prevención del suicidio, una "educación contra el suicidio", centrado en parte en dar información sobre el duelo y el sufrimiento de los familiares o del entorno del suicida.

## Reacción de duelo en los familiares supervivientes (ver Tabla 1 y 2)

Se han realizado estudios comparando el duelo de los familiares ante diversas causas de muerte (natural o por accidente), y se ha estimado que puede haber un mayor impacto en la muerte por suicidio. Pero los resultados son contradictorios, y en general las diferencias son escasas, y si existen, se refieren a la intensidad de la reacción de duelo.

Cleiren(6) realizó un estudio en Leiden (Holanda), sobre las reacciones y el proceso del duelo en 300 familiares (padres, parejas, hermanos e hijos adultos) supervivientes a muertes por suicidio (n=91), por accidente de tráfico (n=93), o por enfermedad crónica (n=125). Se realizó una entrevista a los familiares, a los 4 y 14 meses después de la pérdida, y los resultados indicaban que los niveles de adaptación eran virtualmente los mismos en los familiares de los suicidas que las otras causas de mortalidad. Pero las características del proceso de duelo eran algo diferentes: los sentimientos de culpa, búsqueda del por qué (sobre todo en los padres -más en la madre-) y mayor riesgo suicida (tentativas) en los supervivientes.

Farberow(8) comparó la reacción del duelo por suicidio versus la de la muerte natural en 307 viudas norteamericanas. A los 2 meses del

**Tabla 1**  
**El duelo después del suicidio**

- Búsqueda del porqué
- Culpa
- Estigma
- Identificación con el suicida
- Alivio
- Agresividad

Farberow, 1993



**Tabla 2**  
**Otras características del duelo por suicidio**

- La muerte es vivida con frecuencia como súbita e inesperada
- El suicidio algunas veces es especialmente violento –Método–
- Duelo: sentimientos de vergüenza, turbación y estigma
- Comunicación: distorsión por aspectos de rechazo, represión....

Hauser, 1987

fallecimiento de la pareja, solo encontró una diferencia significativa en la reacción de ansiedad, que era más intensa en el grupo de duelo por suicidio.

**Reacción de duelo en los profesionales de la salud** (ver Tabla 3)

El suicidio puede representar una experiencia emocional que plantea dificultades psicológicas y sociales, que son difíciles de afrontar o elaborar –incluso para el profesional de la Salud o del equipo terapéutico– dada la complejidad y ambivalencia de sentimientos y preguntas. Se debe conocer y comprender las propias actitudes sobre este aspecto de la conducta humana. No tener prejuicios sobre el suicidio, tener información para la evaluación del riesgo suicida, para poder explorar las conductas suicidas sin banalizarlas o negarlas. También poder elaborar los posibles sentimientos de culpa, de responsabilidad y de incapacidad profesional.

El suicidio de un paciente puede representar no sólo una crisis “personal”, con reacciones individuales de dolor y de defensa similares a todos los supervivientes del entorno del suicida, sino también profesional, por el rol del terapeuta en la sociedad.

Los efectos de un suicidio de un paciente en el terapeuta se han investigado a través de las reacciones personales de este último. Parece confirmarse en ellos que los síntomas post-trauma(10, 15, 4) son similares en calidad e intensidad a los experimentados por otros grupos de supervivientes (padres, parejas, amigos).

Como es lógico, las reacciones vienen determinadas en parte por el grado de relación y la duración del contacto terapéutico, la edad, el tipo de psicopatología y la personalidad del paciente, el método terapéutico, los años de experiencia profesional, la actitud del terapeuta frente a la muerte por suicidio, etc.

Los estudios(10, 15, 4, 19), indican que la reacción y actitud del psiquiatra y/o terapeuta pueden comprender distintos grados de sentimiento de culpa, negación, sensación de impotencia o fracaso, agresividad y comprensión. La intensidad de la reacción varía según el grado de relación, del tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia –al inicio o al finalizarla–, y la forma de terapia establecida. A veces, el terapeuta lo evalúa como un fracaso terapéutico, tiende a negar las secuelas personales y profesionales, y el suicidio es reprimido consciente o inconscientemente(16).

**Características de la reacción de duelo en el equipo terapéutico** (ver Tabla 4).

La revisión de las posibles reacciones de duelo de los terapeutas(10, 15, 22, 21, 13, 3) pueden resumirse según Jones(13) en las siguientes características:

1. Reacciones personales: las respuestas afectivas, pueden cursar con agresividad, tristeza, desesperanza o alivio. Los aspectos cognitivos pueden representar desde un estado de shock, de sorpresa, “sentirse atónito por la muerte”, de incredulidad, con sentimientos de culpa, autoreproches, represión, vergüenza, baja autoestima, preocuparse y pensar continuamente en el fallecido.

**Tabla 3**  
**Estudios sobre las reacciones del duelo del terapeuta ante el suicidio de un paciente**

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| • Litman (1965)          | 200 Psicoterapeutas     |
| • Goldstein y Buongiorno | 20 Psicoterapeutas      |
| • Chemtob y cols. (1988) | 258 Psiquiatras (+ 50%) |
| • Brownstein (1992)      | 12 Psiquiatras          |



A nivel de la conducta, se puede cuestionar el grado de responsabilidad, y una posible identificación parcial con el paciente suicida.

2. Reacciones en el plano profesional: puede existir temor por posibles demandas judiciales de la familia del suicida, "sentirse juzgado" por los compañeros, que el acontecimiento pueda "dañar" la reputación, la posible publicidad del caso.

La competencia profesional es a menudo cuestionada por el propio profesional, que se puede preguntar si se podía haber prevenido el acto suicida.

Otra actitud es afrontar la realidad, planteando ¿qué se puede aprender de esta experiencia?

**Prevalencia de muerte por suicidio de un paciente** (ver Tabla 5)

El suicidio es un fenómeno multidimensional, y puede ser una grave complicación de la enfermedad psiquiátrica, dado que un potencial riesgo suicida está latente en muchos pacientes que padecen un trastorno mental. Reflexionar sobre el potencial riesgo de muerte por suicidio de un paciente es pensar sobre un tipo de muerte poco frecuente, pero es una posibilidad que todos los profesionales de la Salud tienen que afrontar en algún momento de su vida profesional. El suicidio de un paciente puede ser una experiencia especialmente difícil, sobre todo al inicio de la vida profesional. Creemos que es una realidad profesional que recibe escasa atención; Litman(15), lo describe como un área tabú de la psicología, y Goldstein y Buongiorno(10), concluyen que es un área psiquiátrica descuidada.

Holden(12) en un estudio con 28 terapeutas, indica que un 43% de estos profesionales ha tenido un paciente que se ha suicidado y un 25%

**Tabla 4**  
**Reacciones de duelo del terapeuta**

<b>Manifestaciones</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>1. Personales:</b>	
1.1 <i>Afectivas</i>	
• Agresividad	- Acusación
• Tristeza, depresión, desesperanza	- Negación, Cólera
• Alivio	
1.2 <i>Cognitivas:</i>	
• Negación/represión, culpa	- Idealización
	- Pensamiento iterativo
	- Temor profesional
	- Búsqueda del porqué
• Vergüenza, baja autoestima	- Agresividad hacia el suicida
• Comunicación constructiva	- Sentimientos de incapacidad
• "No pueden ayudarme"	
1.3 <i>Conductuales:</i>	
• Pérdida de los modelos	- Vulnerabilidad
	• Profesional
	• Personal
• Identificación parcial	- ¿Actos suicidas?
<b>2. Profesionales</b>	
2.1 <i>Temores:</i>	
• Acusación de familiares	- Evitar a la familia
• Pleitos	
2.2 "Censura de compañeros"	- Silencio, aislamiento
2.3 Daño reputación, publicidad	
2.4 Dudas sobre conocimientos	- Rechazo pacientes
2.5 <i>Reorganización:</i>	
• ¿Qué puedo aprender?	- Revisión del caso
• Responsabilidad	

Jones, 1987

de pacientes suicidas. Brown(2) en un estudio con 55 médicos que habían finalizado su formación en psiquiatría, encontró que 1 de cada 3 tenía un paciente que se había suicidado durante el período de formación. Este autor indica que este acontecimiento es más frecuente de lo que se reconoce generalmente y sugiere que los programas de formación deben preparar sobre este aspecto. Chemtob y cols.(4) en su estudio con 258 psiquiatras, indican que esta

**Tabla 5**  
**Prevalencia de muerte por suicidio de un paciente**

• Holden, 1978	43% Psicoterapeutas
• Binder, 1978	16% Residentes en Psiquiatría
• Lapp, 1986	38,2% Psicoterapeutas [de 199 respuestas (400 cartas)]
• Brown, 1987	1/3 Médicos en el curso formación Psiquiatría
• Chemtob y cols., 1988	+ 51% Psiquiatras



**Tabla 6**  
**Pautas a seguir ante el suicidio de un paciente**

- 1. *Responsabilidades personales*
  - 1.1 Contactar con los familiares
  - 1.2 Dialogar con el equipo médico y los compañeros
  - 1.3 No discutir la falta profesional o la culpa
  - 1.4 Buscar un apoyo profesional para "elaborar" los sentimientos
- 2. *Responsabilidades legales*
  - 2.1 Conocer las leyes del país
  - 2.2 Consulta a un abogado
  - 2.3 Recoger toda la información sobre el caso
- 3. *No modificar la información médica*
  - 3.1 Notificar el suicidio
  - 3.2 Evitar la discusión sobre el caso fuera del Centro Médico
  - 3.3 Mantener la confidencialidad de la historia psiquiátrica incluyendo el curso del tratamiento

*Ruben, 1990*

proporción aumenta a un 51%, y que el suicidio de un paciente no está relacionado con los años de práctica.

**Orientaciones generales ante el suicidio de un paciente** (ver Tabla 6 y 7)

Ness y Pfeffer(20) en la revisión sobre las secuelas del duelo por suicidio en los supervivientes, indican que si un paciente se suicida estando en terapia se debe realizar un "esfuerzo activo para hablar con la familia". Este apoyo puede representar un beneficio a largo plazo para el grupo familiar, pero también para el profesional de la Salud.

Un aspecto importante es la entrevista con los supervivientes familiares o del entorno próximo. Las resistencias que puede implicar esta entrevista se describen en el estudio de Brownstein(3). Este terapeuta contactó con siete psiquiatras y cinco residentes que tenían

familiares después del suicidio, pero en once casos de los 12 pacientes suicidas, los padres hubieran deseado comunicarse con los psiquiatras. Las razones del profesional para no realizar el contacto fueron racionalizaciones tales como: "nunca los había visto antes", "vivían fuera de la ciudad", "solo vi al paciente rápidamente", "pensé que ellos estarían enfadados". Existe también el temor de las demandas legales por malapraxis como han registrado Bednar y cols.(1).

Litman(15) en su estudio realizado con 200 psicoterapeutas con experiencia reciente de suicidio de un paciente, concluye que entre los "gestos personales" el contacto con los familiares era importante como factor terapéutico.

Dunne(7) resume la relación con los familiares del suicida, indicando que éstos necesitan ser informados en seguida, explicando no sólo los detalles del acto sino la causa posible de por qué se realizó. A menudo la primera

reacción es de desplazamiento de la culpa hacia el profesional, que no debe reaccionar defensivamente con agresividad. Insiste este autor en la necesidad de que el profesional asuma su duelo personal y no lo niegue. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de una demanda legal por malapraxis pero siempre aceptando las reacciones psicológicas de la familia frente al duelo.

El terapeuta debe asumir por una parte sus propias reacciones frente

**Tabla 7**  
**Orientaciones generales en el apoyo a supervivientes**

1. Este grupo de población casi nunca resuelve totalmente los sentimientos de duelo
2. Las ideas de culpa están relacionadas muchas veces a sentimientos de:
  - 2.1 Agresividad hacia el/la persona suicida por la sensación de "abandono"
  - 2.2 Fracaso por no haber podido evitar el suicidio
3. Los supervivientes con duelo "complicado" pueden recibir apoyo en reuniones de grupo con personas de experiencia de duelo similar
4. Si un paciente se suicida, el terapeuta debe dialogar y ofrecer ayuda a los familiares supervivientes

*Ness, Pfeffer, 19890*



## Ayudas terapéuticas al superviviente

Se estima que la mayoría de la población se recupera de la experiencia del duelo por suicidio, integrándose a la vida cotidiana con normalidad, pero en una minoría el duelo se prolonga y puede desarrollarse un estado depresivo o quedar una vulnerabilidad en el funcionamiento físico, psíquico y/o social. La proporción varía mucho, el psicólogo Cleiren(6) consigna que aproximadamente un 20% de los duelos por suicidio son prolongados, y en ocasiones duran muchos años.

No todo superviviente del duelo por suicidio necesita ayuda terapéutica, pero si la precisa se describen diversas formas de abordaje: terapia individual, familiar, de pareja o de grupo(5).

Farberow(8) indica que diversos estudios sugieren formas de ayuda al terapeuta o al equipo de Salud Mental para prevenir reacciones de "duelo complicado". La mayoría de las veces se trata de una reacción psicológica menor, pero algunos profesionales de la Salud requieren un enfoque psicoterapéutico y psicofarmacológico. El apoyo emocional puede darse en una consulta individual, con técnicas de apoyo, en grupos terapéuticos, etc..., pero la efectividad de estas terapéuticas no ha sido estudiada sistemáticamente.

En la investigación se debe obtener más información en esta área de las reacciones de duelo de los profesionales de la Salud Pública o Mental ante el suicidio de un paciente, con grupos control de supervivientes familiares por suicidio y supervivientes por otras causas de muerte(8, 17). Faltan datos fiables, para poder dar mayor importancia a los problemas emocionales del posible "duelo complicado" de los profesionales.

Litman(15) indica que la revisión de los casos de pacientes suicidas y la presentación a un grupo de colegas, ayudó al proceso de duelo. Holden(12) en su estudio con 28 terapeutas, recoge que el diálogo con los otros miembros del equipo y con los familiares del suicida, puede ayudar a éstos y al terapeuta.

Goldstein y Buongiorno(10) en el estudio de 20 psicoterapeutas, mencionan que la experiencia emocional había sido más intensa que lo que habían pensado, con sentimientos de vergüenza, de culpa, de baja autoestima, de agresividad y de vulnerabilidad. Recomiendan la formación de grupos de apoyo con otros terapeutas supervivientes e incluir la evaluación del riesgo suicida en los programas de formación.

Jones(13) recoge la experiencia que se inició en 1982 con terapia de grupo de apoyo, con sesiones de 2 horas al mes, dirigida a los terapeutas, como método para ayudarlos al reconocimiento, elaboración y "recuperación" del duelo por suicidio.

Otras medidas que pueden ser de utilidad,



a esta muerte voluntaria, y también la responsabilidad de ayudar o informar a la familia, y a veces, a los otros pacientes, si el suicidio ocurre en un hospital o en el curso de una terapia de grupo. Si el suicidio sucede en un hospital, el profesional de la Salud debe tener control de los otros pacientes, sobre todo si éstos presentan riesgo suicida (por ideación o por tentativas de suicidio previas). Es importante dialogar sobre el tema, sin dramatizar ni banalizar, y sobre todo, no negarlo. Debe hablarse de la muerte por suicidio de un paciente, evitando que se transmita como rumor.

Un caso especial es cuando el suicida es el profesional de la Salud; cuando esto ocurre puede afectar profundamente a sus pacientes. Dunne(7) señala que el paciente puede sentirse culpable de haberle transmitido sus problemas. Puede sentirse agresivo por sentirse abandonado o rechazado a través de esta muerte. Puede desarrollar síntomas psicósomáticos y estar expuesto a un elevado riesgo de suicidio por identificación con el terapeuta.



están recogidas en la revisión de Padierna(21): desde un período breve de descanso para elaborar la fase del shock, una entrevista con la familia del paciente, plantear si debe realizarse un trabajo de "post-vencción" para ayudar a asumir las reacciones post-suicidio, la consulta con un supervisor o con otros colegas, hasta una sesión de "autopsia psicológica" que sirva de información y de revisión" del suicidio por el equipo terapéutico.

Entre los objetivos terapéuticos de la elaboración del duelo de un profesional de la Salud, deben estar los de aceptación y tolerancia de las posibilidades y limitaciones del trabajo profesional. Esto muestra una realidad respecto a la prevención del suicidio, en la que hay un "handicap" entre las aspiraciones terapéuticas y los resultados(11). Esto obliga a plantearse las circunstancias del acto que han conducido a la muerte voluntaria, para una mejor compren-

sión del riesgo suicida y poder trabajar en la prevención del acto(23).

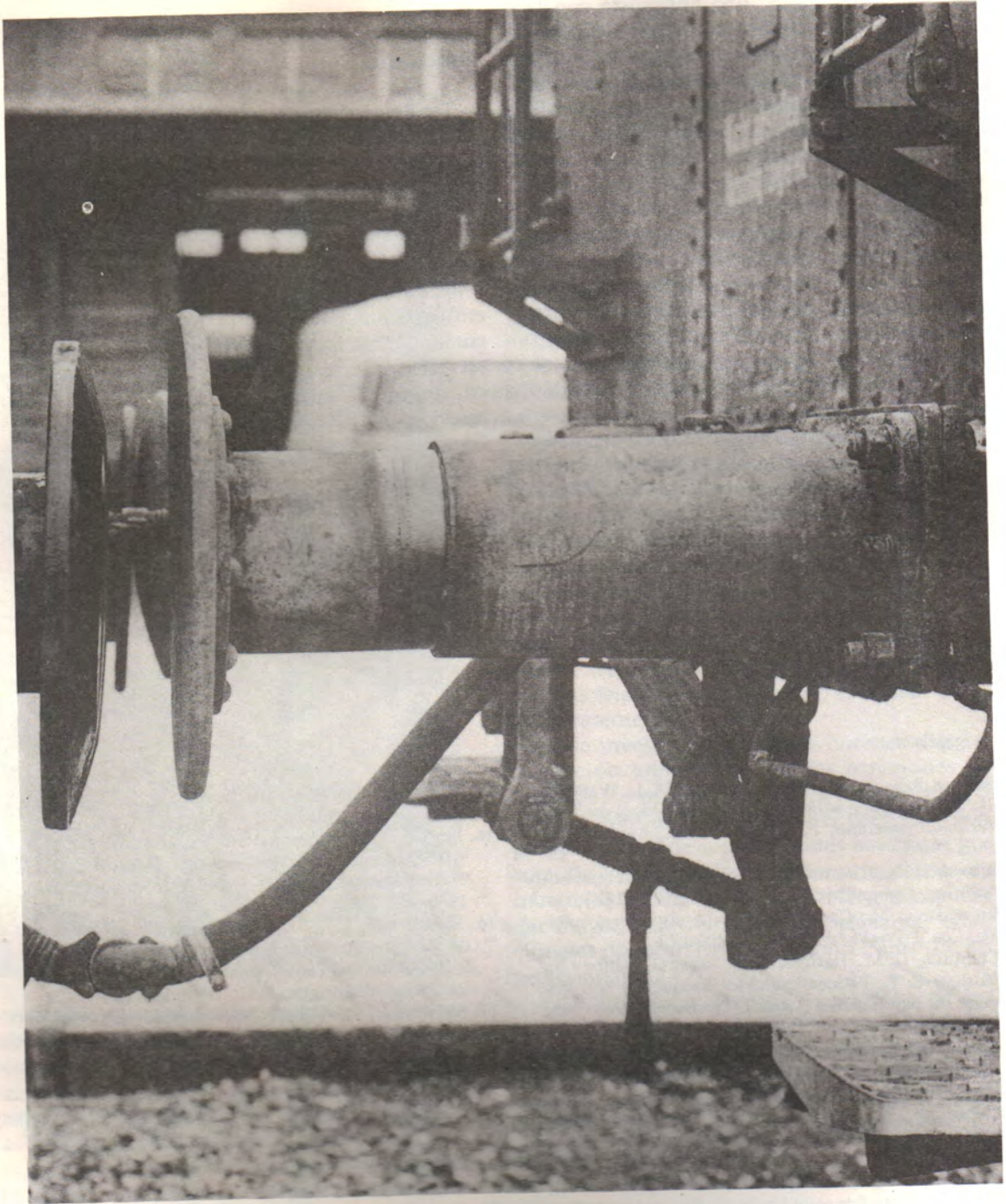
### Conclusión

Tradicionalmente se había considerado que las reacciones de duelo de los supervivientes ante la muerte voluntaria de un ser querido eran más complicadas o distintas que el duelo por otras causas de muerte, pero la revisión de la literatura actual con grupos control de supervivientes por otras causas de mortalidad muestra escasas diferencias cuantitativas. Sin embargo hay datos que permiten plantear que cualitativamente sí hay diferencias en el proceso del duelo, que es importante conocer y comprender para evitar que la duración del duelo "normal" se prolongue y se convierta en "duelo complicado" ■

### Bibliografía

1. Bednar, R. L., Bednar S. C., Lambert M. J., Waite D. R., *Psychotherapy with high-risk clients: Legal and professional standards*, Pacific Grove Ca., Brooks/Cole Pub. 1991.
2. Brown, H. N., The impact of suicide on therapist in training, *Compr. Psychiatry*, 1987, 28, 101-112.
3. Brownstein, M., Contacting the family after a suicide, *Can. J. Psychiatry*, 1991, 37, 208-212
4. Chemtob, C. M., Hamada R. S., Bauer G., Kinney B., Torigoe R. Y., Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists", *Am. J. Psychiatry*, 1988. 145, 224-228.
5. Clark, S. E., Goldney R. D., Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide, *Crisis*, 1995, 16/1, 27-33.
6. Cleiren, M., *Bereavement and adaptation: a comparative study of the aftermath of death*. Hemisphere Pub., Washington, 1993.
7. Dunne, E. J., MacIntosh J. L., Dunne-Maxim E. (eds), *Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors*, W.W. Norton, New York, 1987
8. Farberow, N. L., Bereavement after suicide, en AA. Lenars (ed), *Suicidology: Essays in honor of E. Shneidman*, Aronson, Northvale, 1993, 337-345.
9. Freud, S., *Psicopatología de la vida cotidiana*, *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
10. Goldstein, L. S., Buongiorno P. A., Psychotherapist as suicide survivors, *Am. J. Psychotherapy*, 1984, 38, 392-398.
11. Gunnell, D., Frankel S., Prevention of suicide: aspirations and evidence, *B.M.J.*, 1994, 308, 1227-1233.
12. Holden, L. D., Therapist response to patient suicide, *Medical Digest*, 1978. t 5, 23-32.
13. Jones, F. A., Therapist as survivors of client suicide, en E. J. Dunne, J. L. MacIntosh, E. Dunne-Maxim (eds), *Suicide and its aftermath*, Norton, New York, 1987, 126-141.
14. Lester, D., Challenges in Preventing Suicide, *Crisis*, 1993, 14, 4, 187-189.
15. Litman, R. E., When patients commit suicide, en E. S. Shneidman, N. L. Farberow, R. E. Litman (eds), *The Psychology of Suicide*, Jason Aronson, New York, 1970, 475-482.
16. Maltzberger, J. T., The implications of patient suicide for the surviving psychotherapist, en D. Jacobs (ed), *Suicide and clinical practice*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1992, 169-182
17. McIntosh, J., Kelly L. D., Survivors' reactions: Suicide versus other causes, *Crisis*, 1992, 13, 82-833.
18. Moliner, M., *Diccionario del uso del español*. Gredos, Madrid, 1981.
19. Moritz, B., Van Ness H., Brower W., The professional helper as a concerned party in suicide cases, en RFW. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, G. Sonneck., (eds), *Suicide and its prevention*, Brill, Leiden, 1989, 199-210.
20. Ness, D. E., Pfeffer C. R., Sequelae of bereavement resulting from suicide, *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 279-285.
21. Padierna J. A., El impacto del suicidio sobre la familia y el equipo terapéutico, *Psiquis*, 1990, 310/90, 38-46.
22. Ruben H. L., Surviving a suicide in your practice, en S. J. Blumenthal, D. J. Kupfer, (eds), *Suicide over the life cycle, Risk factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1990, 619-636.
23. Sarró B., De La Cruz C., *Los suicidios*, Martinez Roca, Barcelona, 1991.
24. Shneidman E. S. (ed.), *Suicidology: Contemporary developments*. Grune & Stratton, New York, 1976.
25. Soubrier, J. P., Définitions et autopsie psychologique du suicide. *Forensic*, 1994, 7, 31-34.





## EL SUICIDIO EN LA VEJEZ

**Daniel Matusevich**

*Médico psiquiatra, Miembro del Cpítulo de Psicogeriatría de APSA.*



## Introducción

La importancia de la problemática del suicidio en la vejez se refleja en las altas tasas de suicidalidad que presenta este sector de la población. Algunas cifras resultan contundentes: en nuestro país dicha tasa alcanza el 24% del total entre las personas de entre 60 y 70 años, seguidas por el grupo de aquellas que están entre los 50 y 60 años que llega a alcanzar el 16% (39). La tasa de mortalidad por suicidio cada 100.000 habitantes es del 21,47% para el grupo comprendido entre los 70 y 74 años, cifra menor a la que se registra en los Estados Unidos para el grupo que va entre los 75 y 84 años, que es del 55%, con una gran tendencia creciente a medida que aumenta la edad(26). Cabe destacar, a su vez, que desde mediados de 1994 Argentina alcanzó el quinto lugar en la tabla media de suicidios, siendo superada solamente por Japón, la costa oriental de los Estados Unidos, los países escandinavos y la franja norte de Rusia(27).

Sin embargo, resulta llamativo que la fuerza de estos números no se corresponda con la atención que se le presta al tema en el campo de la investigación. Así, vemos que en la reseña bibliográfica publicada por la Fundación Acta Psiquiátrica y por la Organización Panamericana de la Salud en relación al tema "Suicidios en América Latina y países del Caribe", de un total de 261 trabajos resumidos que abarcan un período de tiempo comprendido entre 1959 y 1989 no hay ningún estudio que trate específicamente el tema en relación a los viejos(32). Para comprender esta ausencia, una primera aproximación podría estar dada por la circunstancia de que la suma de vejez, muerte y suicidio coloca al investigador en un lugar de incomodidad, al enfrentarlo a sus propias concepciones y fantasías con respecto al paso del tiempo, a la finitud y a la autoeliminación(28).

A la persona normal el suicidio le parece demasiado espantoso y sin sentido para poderlo concebir, podríamos decir que hay casi un tabú que impide discutir este tema seriamente. El viejo suicida es un desafiante absoluto, desafía a los vivos por su rechazo de una existencia que juzga insatisfactoria o intolerable, desafía a los muertos con los que se reúne con una rapidez incomprendible y hasta desafía a Dios puesto que niega su propia creación(29, 5).

A esto se le agrega que como la muerte de los viejos constituye un fenómeno natural, no siempre da lugar a una investigación que determine las causas de fallecimiento, comprobando si se trata de una muerte natural o de un suicidio, como sucede, por lo general, cuando una persona muere joven(30, 23). De hecho, lo que socialmente se considera como natural en relación a los viejos tiene que ver con su aislamiento: Norbert Elías señala que el empuje civilizador va escondiendo a la muerte detrás de las bambalinas de la vida social(15). Esto implicaría que se esconde también a quienes naturalmente están más cerca de la muerte: a los viejos se los hace de-

saparecer de la vista de los vivos. El viejo que se suicida quiebra esta dinámica; su muerte irrumpe en el espacio público, y de esta forma deja de ser anónima

Desde el poder se destacan algunas muertes y se ignoran otras, presentando modelos de "buenas muertes", siempre de acuerdo con la contingencia del que domina en cada momento, y de "malas muertes", como las que generan el sida, la drogadicción, el terrorismo. Las muertes de los viejos son anónimas, ignoradas. Incluso a veces el anciano no es aceptado en los hospitales si los recepcionistas diagnostican que se encuentra en fase terminal(17).

Para poder comprender esta situación Ring describió en relación a los viejos y a la sociedad lo que dio en llamar el "síndrome de invisibilidad", que surge cuando los componentes de la comunidad dan la espalda a las necesidades físicas, sociales, económicas y psíquicas del anciano. Las consecuencias psicológicas de sentirse invisible fueron descritas por Franklin en 1992 y pueden incluir la rabia, la vergüenza, el aislamiento, la indefensión aprendida y la depresión con suicidio, ya que la autoestima y el estado de ánimo son afectados por el sentimiento de invisibilidad(8).

Nos encontramos en presencia de un problema complejo, que tiene múltiples facetas. No es posible analizar desde un mismo plano el suicidio prepuberal, ligado a la depresión y a la hiperremotividad -sin descartar la herencia o la conducta parental-; el suicidio del adolescente, que podría verse más como desaparición del personaje social que del yo físico; el suicidio de la edad adulta/madura, en el que prevalecen causas biológicas -enfermedades, alcoholismo- o causas sociales -desengaños afectivos, decadencia económica- y el suicidio del viejo, vinculado a un sentimiento de abandono, sensación de vacío, desesperación ante el desmoronamiento orgánico o social y la autopercepción de ser una persona inútil, sin proyectos, que genera lo que algunos sociólogos han dado en llamar vergüenza social(38).

No estamos frente a un fenómeno psicológico o médico solamente, sino frente a una variable que requiere del aporte de todas las disciplinas para poder ser adecuadamente categorizada.

Es imposible soslayar la contribución de la sociología desde la monumental obra de uno de sus padres fundadores, Emile Durkheim, quien destacó la importancia de considerar el suicidio como un hecho social, construyendo una tipología de los suicidios que incluye al suicidio egoísta, al altruista y al anómico. Asimismo, desde la antropología, Malinowski y Bonhannan ubicaron al suicidio dentro de un sistema cultural, con sus propios valores y representaciones(14, 25,7). El psicoanálisis avanzó en la comprensión de la psicodinamia de los intentos de suicidio a través del descubrimiento de la pulsión de muerte y sus implicancias en la vida psíquica. Actualmente las hipótesis biológicas abren camino a nuevos campos de investigación, tomando en cuenta los factores genéticos y neuroquímicos(4).



En el presente trabajo me propongo realizar un recorrido por diferentes cuestiones relacionadas con la problemática del suicidio en la vejez, presentando una definición del problema y examinando algunos aspectos generales del mismo. A continuación, el análisis se focaliza en la importancia de la desesperanza para el estudio de este fenómeno, así como el caso especial de las enfermedades psiquiátricas ligadas a él. Finalmente propongo reflexionar acerca de la atención de pacientes viejos con riesgo suicida. A lo largo del trabajo se ejemplificarán algunos puntos tomando como base una encuesta realizada recientemente a profesionales de la salud mental (psiquiatras y psicólogos) que atienden pacientes viejos\*.

### Definición del problema

Al acercarnos a esta temática es necesario desmentar algunas falsas concepciones con respecto a este tema, como por ejemplo que las personas que hablan de suicidarse nunca lo hacen, que suicidio y depresión son sinónimos o que todas las personas que se suicidan son dementes. Debemos suspender nuestras creencias de sentido común, cuestionarlas e intentar reconstruir los conceptos.

De esta forma, resulta sugerente revisar algunas definiciones de suicidio y relacionarlas con la temática de la vejez. En la mayoría de los trabajos figura la clásica definición de E. Stengel(36): "el suicidio es un acto deliberado de autoperjuicio al cual la persona que lo concreta no puede estar segura de sobrevivir"; algunos autores prefieren la definición de K. Menninger, influenciada por las concepciones psicoanalíticas: "el suicidio es una peculiar clase de muerte, que incluye tres elementos internos: el elemento de morir, el elemento de matar y el elemento de ser matado"(33). En la época en que se formuló esta definición el énfasis estaba puesto en la agresividad como elemento central para comprender a los pacientes suicidas. En 1947 Deshaies planteó una definición que alcanzó cierta popularidad: "suicidio es la muerte intencional de sí mismo". Algunos autores sugieren que sólo se debe hablar de suicidio cuando hay verdadera voluntad de matarse, y en caso de que esta voluntad no exista se debería hablar de pseudosuicidio(3).

Resulta significativo remarcar que el suicidio constituye una situación sintomática que aparece en distintos cuadros clínicos de gravedad(24).

Vincent relata que cuando un hombre ha de-

cidido poner fin a sus días, penetra en un mundo cerrado, inexpugnable, pero enteramente convincente, donde cada detalle se ajusta y cada incidente viene a reforzar su decisión; cualquier imprevisto, -un enfrentamiento, una carta esperada que no llega, la visita que no se quiere recibir- todo parece cargado de una significación especial, todo contribuye(5).

En una minoría importante de suicidios, generalmente de personas ancianas con alguna dolencia física, la explicación del hecho es lógica y racional, y no tiene nada de psicótica; Gruhle insiste en que el suicidio en las edades avanzadas suele tener una etiología no psiquiátrica, sino psicológica y social. Muchas veces el suicidio en los viejos puede ser interpretado como signo de desasosiego, desencanto, autodesvalorización, la fuerte creencia de que nada vale la pena de ser vivido, y la falta de esperanzas de cambios en un horizonte donde todo parece empeorar(3). En estos casos se podría producir lo que algunos denominan "suicidio por balance existencial", frente a la convicción de no poder mejorar una situación considerada como intolerable.

### Aspectos generales del suicidio en la vejez

Considero que las siguientes son algunas de las principales características del fenómeno suicida en los viejos:

- Las tentativas de suicidio en los viejos son de mayor gravedad; existe un acuerdo al respecto entre todos los investigadores. Parece ser que el viejo no busca llamar la atención sino más bien llevar a cabo su intención; es en este sentido que el intento resulta de mayor letalidad (40, 23, 10).

- Las mujeres son quienes más lo intentan. Los profesionales que participaron de la encuesta anteriormente mencionada demostraron conocer esta variable clínica. Según el cuadro 1, la mayoría de los entrevistados (66%) afirmó que son las mujeres quienes más tentativas suicidas realizan; mientras que el resto, señaló a los hombres (18%), o manifestó creer que no existen diferencias al respecto entre ambos sexos (16%).

Los hombres son quienes más lo llevan a cabo triplicando esta proporción a la de las mujeres. Nuevamente los profesionales encuestados de-

**Cuadro 1**  
Nivel de conocimientos acerca de la relación entre tentativas de suicidio y sexo

Mujeres	66%
Hombres	18%
No hay dif.	16%
Total	100%
Base	44 casos

\* Ficha técnica: *Tipo de estudio*: encuesta por muestreo. *Diseño*: descriptivo. *Instrumento de recolección*: Cuestionario estructurado. *Tipo de preguntas*: cerradas simples y múltiples. *Diseño muestral*: No probabilístico, por cuotas. *Definición del entrevistado*: profesionales de salud mental (psiquiatras y psicólogos), con orientación en psicogeriatría, ambos sexos. *Tamaño de la muestra*: 44 casos. *Area de investigación*: Capital Federal. *Fecha de realización*: mayo a julio de 1995.



Cuadro 2 Nivel de conocimientos de la relación entre suicidios exitosos y sexo	
Mujeres	18%
Hombres	61%
No hay dif.	21%
Total	100%
Base 44 casos	

mostraron conocer este fenómeno: el 61% de la muestra señaló a los hombres como el grupo que más se suicida, como se demuestra en el cuadro 2. Resulta interesante destacar el hecho de que la proporción de jubilaciones en el hombre es superior a la de las mujeres, lo que podría ser considerado como uno de los factores explicativos de esto(34).

- El porcentaje de suicidios intentados/suicidios cometidos entre los adultos jóvenes es de 7 a 1, mientras que en los viejos es de 2 a 1(36).

- Entre el 30% y el 50% de las personas que cometen suicidio presentan un cuadro de caracte-

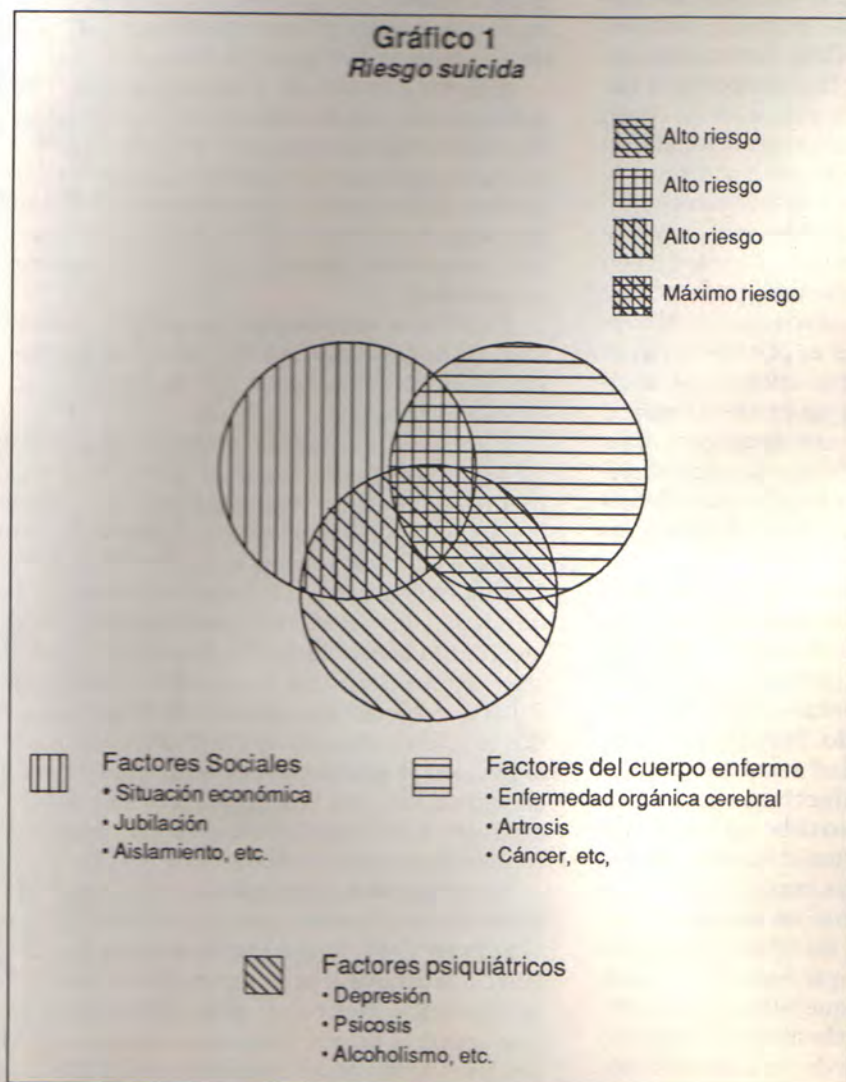
rísticas depresivas, así como se comprobó que el 20% de quienes padecen trastornos afectivos cometerán suicidio. La tasa de suicidios de viejos deprimidos es el doble que la tasa de suicidios entre jóvenes deprimidos. La rapidez con que se suceden los cambios socioculturales, las nuevas pautas y los nuevos estilos de vida representan factores ocasionantes de la marginación y de las catástrofes melancólicas en las personas de edad que no pueden mantenerse dentro del acelerado ritmo de las transformaciones, el tren competitivo y el aprendizaje requerido por la existencia moderna(39). El porcentaje más alto de suicidios en el grupo estudiado se verifica entre aquellos que han sido excluidos de la organización familiar. El número de viejos solos según la O.M.S. oscila entre un 10% y un 20%, actuando la soledad como factor precipitante de depresión, alcoholismo y suicidio.

- Las tentativas son menos habituales en las instituciones que en el domicilio personal o en las casas de familia; en estos casos tenemos que tener en cuenta si el ingreso a la institución es voluntario o se produjo de manera compulsiva. Se debe estar muy atentos a la sensación de desarraigo y al sobre esfuerzo de adaptación que está implicado en la institucionalización. Son clásicos los cuadros confusionales que se producen

en viejos que son trasladados bruscamente(4).

- Los métodos que utilizan con mayor frecuencia los hombres que se suicidan son las armas de fuego, seguidas por el ahorcamiento y el salto al vacío. Las mujeres prefieren la sobredosis de drogas o el envenenamiento, aunque actualmente se verifica un aumento en el uso de armas de fuego(10).

Por último, y a manera de síntesis, considero fundamental tener en cuenta que en los viejos que intentan suicidarse pueden registrarse tres tipos de factores: los factores psíquicos, los sociales y aquellos que comprenden al cuerpo enfermo. Cabe suponer que por lo menos deben combinarse dos de ellos para que se produzca una tentativa suicida. Si llegan a combinarse los tres factores, el riesgo suicida es máximo. Cualquiera de las posibilidades consideradas anteriormente se ven potenciadas por los antecedentes personales y familiares de suicidio (ver gráfico 1).





**Cuadro 3**  
**Indicadores más sensibles**  
**de un probable suicidio**

Desesperanza	29%
Todas opciones	25%
Depresión	14%
Soledad	14%
Enf. física	11%
Probl. económicos	2%
Otras	11%
Base	44 casos

### Desesperanza y vejez

En 1992 Clark y Fawcett analizaron 954 pacientes, con el objetivo de determinar los diferentes predictores de riesgo suicida. El resultado del trabajo jerarquizó situaciones como: ataques de pánico, severas pérdidas de sensaciones placenteras confusiones depresivas, cambios bruscos de humor, alcoholismo, insomnio crónico, ideación suicida, antecedentes suicidas y desesperanza(9).

En relación al suicidio en la vejez sugiero considerar a esta última, la desesperanza, como el elemento más importante. Cabe destacar que según la encuesta realizada, la desesperanza fue identificada como indicador más sensible de un probable suicidio. En segundo lugar se señalaron todas las opciones (depresión, desesperanza, soledad, enfermedad psíquica y problemas económicos) como igualmente sensibles. Y el tercer lugar, lo ocuparon la depresión y la soledad en iguales proporciones. Sin embargo, podemos inferir que en nuestro medio aún no se le atribuye a la desesperanza un poder explicativo mayor que el de otros factores ya que, como lo demuestran los datos del cuadro 3 no existe diferencia significativa entre el porcentaje de quienes optaron por la desesperanza (29%) y quienes eligieron el resto de las opciones mencionadas (depresión y soledad conjuntamente, 28%; todas las opciones, 25%).

Al hablar de desesperanza, aludo a la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de que ocurra algo que pudiera cambiar la realidad existente. Tengamos en cuenta que no necesariamente el más desesperanzado es el más deprimido. Beck la definió en términos de la imposibilidad absoluta para poder establecer vínculos afectivos significativos(1). O sea que el concepto debe ser entendido tanto en relación a los objetos (desesperanza objetiva) como en relación a las personas (desesperanza relacional). En general en los suicidas se observa una combinación de ambas formas de sensación; podemos decir que fruto de la desesperanza es la impotencia, que sumerge a la persona en una situación de aislamiento metafórico en la cual siente que no puede ser alcanzada por

nada ni por nadie. Se genera así una situación en donde la impotencia abre paso a la omnipotencia de estar más allá de la vida; de aquí en más la ideación suicida es egosintónica: estos pacientes carecen de conciencia de finitud, al tiempo que han abandonado la pelea contra sus propias ideas de muerte; son personas que al no poder seguir sosteniendo la angustia de la vida (espera), dejan de esperar (desesperan) y van en busca de la muerte.

La desesperanza puede manifestarse ligada a diversas circunstancias de la vida del viejo: estado civil y soledad: existe una correlación entre suicidio, desesperanza y aislamiento social. La tasa más elevada de suicidio se ha constatado entre viudos, seguidos por solteros, divorciados y, por último, los hombres casados, que se suicidan 5 veces menos que los viudos; entre las mujeres el matrimonio es menos determinante, sin embargo las viudas se suicidan 2 veces más que las mujeres casadas.

Podríamos pensar que en la viudez la desesperanza se verifica cuando la pérdida es reciente y no existió un período de adaptación a la misma, como podría ser una enfermedad prolongada del cónyuge. La muerte del "otro" acelera la decisión de terminar con la propia vida, en algunos casos se presenta como un signo premonitorio de la propia muerte, produciendo una sensación de vacío y de presencia/ausencia. Frente a la certeza de no poder esquivarla, se la precipita.

Algunos autores no comparten esta idea y plantean que la existencia de un largo período de duelo anticipatorio no parece facilitar el período de duelo posterior a la pérdida(20), así como la pérdida súbita no se relaciona necesariamente con una mayor complicación del proceso de duelo en la vejez, como sí ocurre en los pacientes más jóvenes.

Por último, son muchos los que plantean que existiría una relación inversa entre "un contexto interpersonal sostenedor y la aparición de disfunciones sociales o físicas"(2).

- *enfermedad orgánica cerebral*: habitualmente las tentativas tienen lugar en los primeros momentos de la enfermedad, que son aquellos en los cuales la persona tiene conciencia de los cambios que están comenzando a sobrevenir. Las dificultades cognitivas obstaculizan la capacidad de adaptación del sujeto al mundo circundante, facilitando la instalación de la pérdida de la ilusión. Según Goldstein la mitad de los suicidios frustrados en las personas de edad están asociados al síndrome orgánico cerebral, que impide a la persona la realización de su acto por falta de coordinación, por dificultades en la planificación, en la determinación e incluso en la conciencia de realidad (Goldstein, L.; 1977).

- *enfermedades físicas graves*: una comparación entre viejos y jóvenes gravemente enfermos, realizada en 1968, indicó que la enfermedad física grave contribuye al suicidio más frecuentemente en los viejos. Dentro de estas enfermedades la que ocupa el primer lugar es el cáncer seguido por las enfermedades invalidantes del tipo de la



artrosis, de la afasia, y la hemiplejía(40). Uno de los momentos de mayor dramatismo y que puede desencadenar la aparición de la desesperanza es cuando el enfermo recibe la información acerca del mal pronóstico de su padecimiento.

- *situación económica*: entre las personas jóvenes, las de nivel socioeconómico alto presentan una tasa de suicidio más elevada, mientras que entre los viejos, las tasas más altas se encuentran en las personas de clases sociales bajas. Existen algunos indicadores de que las recientes dificultades económicas asociadas a un sistema de seguridad social debilitado incrementan las probabilidades de suicidio(17).

- *historia familiar*: algunos autores demostraron que existe una correlación estadística muy significativa entre el suicidio y la fecha de aniversario de la muerte de los padres.

- *religión*: es más fácil caer en situaciones de desesperanza para las personas laicas, que no tienen ningún tipo de convicción o continencia religiosa. Especial atención requieren aquellas personas que, por algún motivo (por ejemplo, muerte del cónyuge, enfermedad grave, etc.) abandonaron la fe que profesaban, ya que habitualmente caen víctimas de la desesperanza, con el consecuente aumento del riesgo suicida(40).

- *enfermedades psiquiátricas*: Kaplan propone que la gran mayoría de las personas que se suicidan tienen algún tipo de enfermedad mental que los conduce a la desesperanza. Las cifras resultan elocuentes: el 80% padece cuadros de características depresivas, el 10% esquizofrenias y el 10% restante demencias(22). Dorpat y Ripley encontraron que el diagnóstico de esquizofrenia es el más común en los suicidios exitosos de personas por debajo de los 40 años, el alcoholismo el más frecuente para el grupo de edades comprendidas entre los 40 y 60 años y la depresión psicótica es el diagnóstico que se impone en el sector de más de 60 años(12).

La desesperanza debe ser evaluada atentamente por el profesional durante la entrevista con el paciente que presenta riesgo suicida; Beck y Steer desarrollaron en 1988 una escala que mide la desesperanza a través de un cuestionario de veinte preguntas que se centran fundamentalmente en evaluar las expectativas del paciente con respecto al futuro. Esta escala fue probada en un estudio prospectivo con 1958 pacientes y demostró un elevado correlato entre riesgo suicida y desesperanza(6).

### Enfermedades psiquiátricas

- *Depresión*: En el 70% de las historias examinadas por Conwell y Olsen, utilizando el método de la autopsia psicológica, se identificó la presencia de un síndrome depresivo mayor que contribuye a que un suicidio sea considerado completo(19).

Las enfermedades depresivas, ya sea que predominen los componentes melancólicos o los componentes narcisistas deben ser analizadas

detenidamente. En el primer caso las fantasías, en general, apuntan a que hay un objeto al que el paciente quiere matar, o sea que al matarse se acaba con dicho objeto. El segundo caso nos enfrenta a un paciente que se considera incapaz de afrontar el dolor provocado por una pérdida de cualquier tipo.

Cuando están presentes, son elementos de mal pronóstico la impulsividad y las conductas adictivas, predominando en la vejez el alcoholismo. Muchas veces los sentimientos depresivos son expresados a través de quejas somáticas o directamente no son manifestados, permaneciendo la depresión oculta y controlada por mecanismos fóbicos, caracteropáticos u obsesivos.

Los cuadros depresivos asociados a la enfermedad de Parkinson y Alzheimer pueden presentar ideación suicida, aunque las tentativas son poco frecuentes. En estas enfermedades existe una tendencia en los médicos a poner en primer plano los problemas clínico-neurológicos, descuidando lo que tiene que ver con las dificultades de adaptación a los cambios introducidos por la enfermedad en las personas que son los que muchas veces están en la raíz de las situaciones depresivas asociadas a estas patologías.

Tengamos en cuenta que los cuadros depresivos presentan en la vejez gran cantidad de dificultades en el manejo terapéutico, como por ejemplo la imposibilidad de recurrir a cierto tipo de medicaciones que pueden estar contraindicadas por problemas clínicos concurrentes o el rechazo a la psicoterapia por parte de los propios médicos, considerándola poco operativa o incluso llegando a alegar que no la indican porque los pacientes se oponen a ella. Esto genera el grave problema de la cronificación de los estados depresivos y de las ideas de suicidio. No se les presta una debida atención; tanto la familia como el médico tratante pueden descuidarse y ése es el momento propicio para que se produzca la actuación suicida.

En un estudio realizado por Murphy y Robins acerca de la forma en que los viejos comentan sus ideas de suicidio, revisando 134 casos de suicidio exitoso, el 41% había manifestado directamente sus deseos de poner fin a su vida, el 24% había manifestado ideas acerca de estar cansados de vivir o de que sería mejor estar muertos, el 22% había expresado deseos de morir y el 18% había referido ideas acerca de los métodos posibles para quitarse la vida. También se debe atender a lo que podríamos denominar las "comunicaciones indirectas" de los deseos de suicidarse, como hacer los arreglos del funeral o poner los asuntos familiares en orden. La mayoría de las personas que intentan suicidarse hablan de este tema con anterioridad a la tentativa(31).

- *Psicosis*: Con respecto a la relación entre enfermedades con características psicóticas (principalmente la esquizofrenia)-suicidio-vejez, se debe tomar en cuenta que en general los pacientes enferman siendo jóvenes, razón por la cual llegan a viejos en un estado de desgaste tal que hace que el riesgo suicida sea menor, diferencián-



dose de aquellos viejos que padecen cuadros psicóticos de evolución tardía. En este último caso, existen dos momentos en el desarrollo de esta patología en los que se acentúa el riesgo suicida: en primer lugar durante los momentos libres de ideación delirante, en los cuales el paciente toma conciencia de su situación vital y reacciona generalmente de manera depresiva, predominando las sensaciones de desesperanza(21). En segundo lugar, aquellos períodos en los que las ideas de suicidio aparecen relacionadas con los contenidos de su ideación delirante o con los dictados de sus propias alucinaciones –generalmente auditivas–; aproximadamente el 10% de los pacientes esquizofrénicos se suicidan.

Por otro lado, dos situaciones particulares requieren especial cuidado: la combinación entre alcoholismo y psicosis evolutiva, y el momento del alta de la internación psiquiátrica, ya que el paciente mejora en relación a sus síntomas psicóticos, pero al mismo tiempo adquiere una noción mayor de desesperanza acerca de su futuro inmediato.

Retomando a Farberow y Schneidman, surge el interrogante acerca de si la psicosis puede ser considerada como una "protección" contra los impulsos suicidas en los viejos esquizofrénicos, quienes quedarían a merced de las tensiones intolerables de la realidad, al conseguir el alivio parcial del estado psicótico, cuando todavía no se instituyeron nuevas defensas adecuadas(16).

Dentro de las psicosis tardías que comienzan después de los 45 años, debemos señalar los delirios hipochondríacos –de evolución insidiosa, con quejas y humor sombrío, a mecanismo interpretativo– que presentan muy mala respuesta a la medicación y que pueden llegar a complicarse con ideación suicida franca, frente a la sensación que tienen los pacientes de no ser escuchados en sus padecimientos o no obtener ninguna respuesta de los médicos. Cotard describe el caso de un paciente que se suicida frente a la situación de que tanto su médico como su familia lo habían tomado por loco(18).

#### Atención de viejos con riesgo suicida

Considero pertinente incluir en el presente trabajo una reflexión acerca de nuestra relación como médicos con este tipo especial de pacientes. La premisa básica para atender a los viejos –no sólo a aquellos que tienen riesgo suicida– consiste en la necesidad de que exista un deseo real por parte del terapeuta de atender a este tipo de pacientes. En ocasiones es posible observar que el atender viejos no es una elección sino una necesidad, ya que cada vez hay más viejos y se necesita responder a una demanda concreta. Actualmente sabemos que existe un aumento del número de personas que sin preparación especializada atienden este tipo de casos por el hecho de tener pacientes o por una conveniencia económica.

Rubin atribuye la reticencia de trabajar con viejos a los conceptos equivocados del psicoterapeuta respecto a la efectividad del tratamiento, a sus mitos sobre el envejecimiento y a la contra-transferencia; mientras que Steuer la atribuye a limitaciones conceptuales del terapeuta, como ser sexismo, problemas económicos, actitudes de los ancianos y poca difusión de los recursos de salud mental disponibles(8).

La formación no es tarea sencilla: la atención de los viejos con riesgo suicida requiere del terapeuta una apropiada elaboración de la problemática de la muerte en general y del suicidio en particular. A su vez, la bibliografía sobre el tema es escasa en nuestro idioma y por otro lado, las experiencias no son debidamente compartidas ya que es común observar que, aunque los pacientes se suicidan, existe una especie de manto de silencio al respecto como si fuera algo vergonzante.

En otras especialidades, como por ejemplo la oncología, se habla acerca de la muerte de los pacientes terminales en forma pública; así, creo, se contribuye a elaborar y enfrentar esta difícil situación. Gabbard ha introducido recientemente el concepto de "enfermedad psiquiátrica terminal" en relación a algunos pacientes que "buscan definitivamente la muerte y, en última instancia, se las arreglan para encontrarla; el que quiere suicidarse se suicida"\*(19).

El terapeuta que atiende estos casos se ve especialmente comprometido. Chembot realizó un estudio en 1988 que arrojó el resultado de que la mitad de los terapeutas que atendían pacientes que se suicidaron experimentaron niveles de estrés comparables al de personas en recuperación después de la pérdida de un padre(11).

Un suicidio completado nos enfrenta a las limitaciones inherentes a nuestra profesión. Se debe diferenciar el lugar del terapeuta del lugar del salvador. Muchas veces pacientes con problemas concretos invitan a caer en la trampa de involucrarnos directamente en sus vidas para, por ejemplo, tomar la responsabilidad de que permanezcamos vivos, gratificando todas las necesidades del mismo. Esta circunstancia es imposible de ser sostenida indefinidamente y a la larga esta forma de actuar aumenta el riesgo suicida. El error técnico más común que se observa en quienes atienden a este tipo de pacientes es realizar comentarios del tipo de: "usted no tiene motivos para estar deprimido, tiene buenas cualidades..." o "¿por qué quiere suicidarse? hay tantas cosas por las cuales vivir...". Este tipo de señalamientos hace que el paciente se sienta más solo, incomprendido y con sus contradicciones agudizadas ya que nunca podrá ser tan bueno y comprensivo como cree que es su terapeuta. Como señaló Strejilevich, "el enfermo es convocado a poner lo que no tiene y, por lo tanto, tampoco tiene salida. Con esa frase lo impulsan al suicidio"(37).

El terapeuta que desee verse a sí mismo como

\* Traducción propia.



el salvador del viejo suicida puede estar ciego frente al hecho de que el paciente lo ha colocado en el rol del ejecutor.

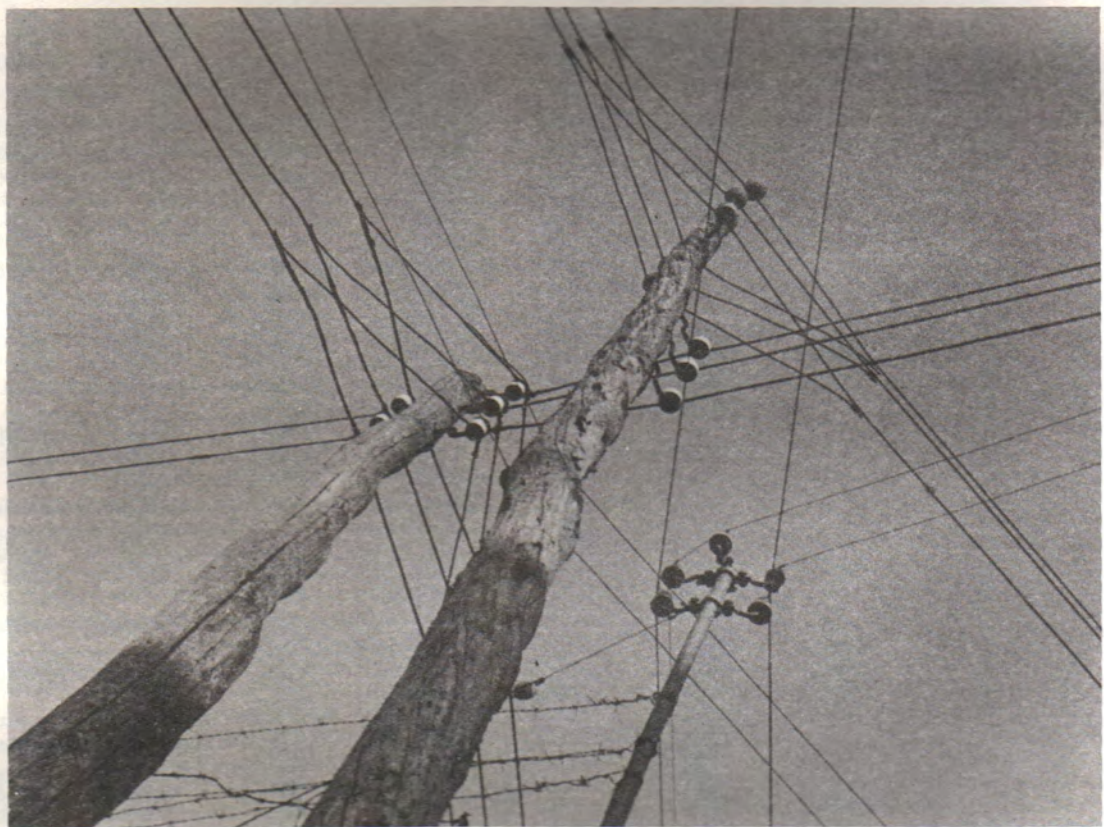
Por último, sabemos que el terapeuta puede tener la fantasía o el temor de ser culpado por los familiares o incluso por los propios colegas a raíz del suicidio de un paciente. Esta situación repercute negativamente sobre el terapeuta tratante, generando cargas extras de responsabilidad y preocupación.

Se debe jerarquizar la acción interdisciplinaria, el trabajo en equipo y avanzar mucho más en las tareas de prevención primaria en relación a las problemáticas de los viejos en nuestra sociedad, ya que son las exigencias sociales las que muchas veces los enfrentan con situaciones que no pueden ser manejadas por ellos y que los precipitan a encrucijadas vitales sin salida ■

### Referencias bibliográficas

1. Abdala, N. E., "Sobre el suicidio: algunas consideraciones clínicas", en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. IV, N° 11. Marzo-Abril-Mayo 1993.
2. Albarracín, D., Muchnik, E., "Redes de apoyo social y envejecimiento humano", en Buendía J., (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Siglo XXI, Madrid, 1994.
3. Alonso Fernández, F., *Fundamentos de la Psiquiatría actual*, Paz Montalbo, Madrid, 1979
4. Andrés, H., Rubineti, H., "Perturbaciones familiares asociadas a la enfermedad del geronte", en *Revista Argentina de Psicopatología*, Vol. I N° I, 1990.
5. Aries, P., Duby, G., *Historia de la vida privada*, Taurus, Madrid, 1990
6. Beck, A. T., Brown, G., Berchik, R. J. et al., "Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients", en *American Journal of Psychiatry*. N° 147, Washington 1990.
7. Bonhannan, P. J., *African homicide and suicide*. Princeton University Press, New Jersey, 1960.
8. Buendía, J., (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Siglo XXI, Madrid, 1994.
9. Clark, D., Fawcett, J. H., "An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder", en AA. VV. *Suicide and clinical practice*. American Psychiatric Press, Washington 1992.
10. Conwell, Y., "Suicide among elderly persons". *Revista Psychiatric Services*. Vol. 46, N° 6, June 1995.
11. Chembot, C. M. et al., "Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists", en *American Journal of Psychiatry*. N° 145, Washington, 1988.
12. Dorpat, T., Ripley, H., *A study of suicide in the Seattle Area*. Comprehensive Psychiatry, Seattle, 1960.
13. D'Ottone, A., "Neurobiología del suicidio", en AA. VV. *La problemática del suicidio en el Uruguay de hoy*. Tomo III, Roca Viva, Montevideo, 1993.
14. Durkheim, E., *El suicidio*. Akal, Madrid, 1982.
15. Elías, N., *La soledad de los moribundos*. Fondo de Cultura Económica, México, 1987.
16. Farberow, N., Schneidman, E., *¡Necesito ayuda! Estudio sobre el suicidio y su prevención*. La Prensa Médica Mexicana, México, 1969.
17. Fericgla, J., *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Anthropos, Barcelona, 1994.
18. Ferrey, G., Le Goues, G., Bobes, J., *Psicopatología del anciano*. Masson, Barcelona, 1994.
19. Gabbard, G., *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*. The DSM-IV Edition American Psychiatric Press, Washington, 1994.
20. Gerber, I., "Anticipatory grief And aged widows and widowers", en *Journal of Gerontology*, N° 30, 1975.
21. Hales, R., Yudofsky, S., Talbott, J., *Textbook of Psychiatry*. The American Psychiatry Press, Washington, 1994.
22. Kaplan, H., Sadock, B., *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*, Williams/Wilkins, Baltimore, 1991.
23. Krassoievitch, M., *Psicoterapia geriátrica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
24. Kuten, J., "Algunas reflexiones acerca de la psicopatología del suicidio", en *Revista APdeBA: Pacientes con perturbaciones severas*. Vol. XIV N° 2, Buenos Aires, 1992.
25. Malinowski, B., *Crime and custom in savage society*. Kegan Paul, Londres, 1926
26. Malgren, R., "Epidemiology of aging", en Coffey, E. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. American Psychiatry Press, Washington, 1994.
27. Martínez, T. E., "La peor de las desgracias" Diario Página 12. Buenos Aires, 6 de agosto de 1995.
28. Matusevich, D., "Envejecer", en *Revista Argentina de Psiquiatría, Vertex*, Vol. VI, N° 19. Marzo-Abril-Mayo 1995.
29. Menninger, K., *Man against himself*. Harcourt, Brace and Company. New York, 1938.
30. Mishara B., Riedel, R., *El proceso de envejecimiento*. Morata, Madrid, 1986.
31. Murphy, G., Robins, E., "The comunication of suicidal ideas", en Resnik, P., *Suicidal behaviors: diagnosis and management*, Little Brown, Boston, 1968.
32. Organización Mundial de la Salud "Suicidio en América Latina y Países del Caribe (1950-1989)". Publicación N° 26.
33. Perlin, S., Schmidt, Ch., "Psychiatry", en Perlin, S. *A handbook for the understanding of suicide*. Jason Aronson, New Jersey, 1994.
34. Peruchon, M., Thome-Renault, A., *Vejez y pulsión de muerte*. Amorrortu, Buenos Aires, 1995.
35. Pfeiffer, E., "Psychopathology and social pathology", en Birren, J., *Handbook of psychology and aging*. Van Nostrand, New York, 1977.
36. Stengel, E., *Psicología del suicidio y los intentos de suicidas*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1987.
37. Strejilevich, M., *Temas de psicogeriatría*. Ediciones 1919, Buenos Aires, 1990.
38. Thomas, L., *Antropología de la muerte*. Fondo de Cultura Económica, México, 1987.
39. Yampey, N., *Desesperación y suicidio*. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1992.
40. Zarit, S., *Aging and mental disorders. Psychological approaches to assessment and treatment*. Free Press, New York, 1980.





## SUICIDIOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASTELLANOS —UNA ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA—

**Ramón Cordero**

*Médico Psiquiatra y Legista, Médico Forense de los Tribunales de Rafaela.  
Rivadavia 246 (2300) Rafaela, Pcia. de Santa Fe, Tel. (0429) 23039*







por aparentes accidentes, generalmente de tránsito. Las compañías aseguradoras en EE.UU. han llamado particularmente la atención sobre estos casos en los que a los fines del diagnóstico diferencial se estudia la conducta del sujeto en los días previos al supuesto accidente mortal –cambio de conductas habituales, puesta al día de trámites de seguro de vida, consultas a médico especialista, etc.– según el método llamado de autopsia psicológica o retrógrada (a diferencia de la necropsia que es la realizada sobre el cadáver). Tal discriminación no pudo hacerse en el presente trabajo.

En la Tabla 1 se detallan año por año los suicidios consignando edad, sexo, fecha y medio utilizado para lograrlos.

Como puede apreciarse en el Cuadro 2 el promedio de edad se dio en adultos de entre 42 y 64 años con una tendencia más marcada hacia las edades mayores.

Como es habitual en las estadísticas conocidas los hombres que mueren efectivamente por suicidio son más numerosos que las mujeres.

En el Cuadro 3 se observa que los métodos más utilizados, como es típico en las zonas rurales y urbano-rurales son el ahorcamiento y las armas de fuego.

En el Cuadro 2 puede apreciarse que el suici-

**Cuadro 1**  
**Departamento**  
**de Castellanos**  
**Población según Censo Nacional**  
**de 1991**

<i>Ciudad</i>	
Rafaela	68.256 hab.
Sunchales	16.256 hab.
Frontera	8.296 hab.
San Vicente	5.681 hab.
Humberto 1mo.	4.779 hab.
María Juana	4.525 hab.
<b>Total</b>	<b>141.870 hab.</b>

dio en menores es raro en esta población con solo un caso de una adolescente de 13 años en 1993 producido con arma de fuego. Vale señalar que el consumo de drogas en nuestra región, que se relaciona con la tasa de suicidio de adolescentes en otros trabajos, es muy escaso y limitado a la marihuana. Por otro lado, la escasa difusión periodística que se hace de los casos de suicidio en nuestra zona podría oficiar como

**Cuadro 2**  
**Cantidad, Sexo y Edad promedio**  
**de los suicidas**

	1992	1993	1994	1995
<i>Hombres</i>	10 71,4%	9 60%	16 76,1%	12 63,1%
<i>Mujeres</i>	4 28,5%	5 33,3%	5 23,8%	7 36,8%
<i>Menores</i>	0 0%	1 6,6%	0 0%	0 0%
<i>Subtotal</i>	14 100%	15 100%	21 100%	19 100%
<i>Edad promedio</i>	56	42	57	64

**Cuadro 3**  
**Método de suicidio utilizado**

	1992	1993	1994	1995	Subtotal	%
<i>Arma de fuego</i>	7	3	6	6	22	32,3%
<i>Ahorcamiento</i>	5	9	10	10	34	50%
<i>Otros métodos</i>	2	2	5	5	12	17,7%
<i>Total</i>	14	14	21	19	68	100%



factor preventivo en algunos casos al eliminar el efecto de imitación lo cual ha desencadenado en algunos lugares verdaderas epidemias de suicidio entre los adolescentes como se produjo en la localidad de Gobernador Galvez, al sur de la Prov. de Santa Fe, en 1994 ■

*Nota: Se agradece la colaboración del Jefe del Depto. Judicial de la Regional V de Policía de la Prov. de Santa Fe, Subcomisario René Carlos Manuel Rodríguez y del encargado de estadísticas de dicho Depto. Sgto. Pro. Jorge Alberto Apelans*

**Tabla 1**  
**Casos de suicidio**

<b>Año 1992</b>				<b>Año 1994</b>			
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Medio utilizado</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Medio utilizado</b>
22	m	3-1	Arma de fuego	69	f	30-5	Defenestración
19	m	24-2	Ahorcamiento	44	m	2-6	Ahorcamiento
60	m	5-3	Arma de fuego	59	m	17-7	Ahorcamiento
70	f	24-5	Arma de fuego	58	m	18-7	Ahorcamiento
46	f	16-5	Arma de fuego	79	f	20-7	Acción del fuego
54	m	24-6	Gas tóxico	72	m	1-8	Arma de fuego
39	m	25-7	Cianuro y otr. tóxicos	52	m	1-8	Arma de fuego
46	m	5-8	Ahorcamiento	52	m	21-8	Arma de fuego
35	m	5-8	Ahorcamiento	60	m	5-9	Asfixia
27	m	26-9	Ahorcamiento	54	f	6-9	Arrollam. p/ camión
71	m	27-9	Ahorcamiento	64	m	16-9	Arma de fuego
57	m	13-10	Arma de fuego	22	m	18-9	Ahorcamiento
40	f	6-11	Arma de fuego	72	m	25-9	Arma de fuego
49	f	2-12	Arma de fuego	25	f	9-10	Arma de fuego
<b>Año 1993</b>				80	f	14-10	Cianuro y otr. tóxicos
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Medio utilizado</b>	37	m	18-10	Ahorcamiento
62	f	22-3	Inmersión	39	m	4-11	Arma de fuego
24	f	19-5	Ahorcamiento	<b>Año 1995</b>			
30	m	1-5	Arma de fuego	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Medio utilizado</b>
31	f	13-5	Arma de fuego	63	f	6-1	Asfixia
57	f	8-6	Ahorcamiento	83	m	9-1	Ahorcamiento
46	m	12-7	Ahorcamiento	73	f	21-1	Ahorcamiento
43	m	23-9	Ahorcamiento	55	m	20-2	Ahorcamiento
36	m	1-10	Ahorcamiento	58	m	21-2	Arma de fuego
53	m	1-10	Ahorcamiento	37	f	2-3	Ahorcamiento
71	f	6-10	Defenestración	82	f	8-3	Ahorcamiento
44	m	8-12	Ahorcamiento	54	f	23-4	Arma de fuego
45	m	8-12	Ahorcamiento	72	m	4-5	Ahorcamiento
25	m	10-12	Ahorcamiento	59	m	10-5	Arma de fuego
13	f	11-12	Arma de fuego	53	m	19-5	Arma de fuego
<b>Año 1994</b>				75	m	30-5	Asfixia
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Medio utilizado</b>	73	m	18-6	Arma de fuego
33	m	13-1	Ahorcamiento	65	f	24-6	Ahorcamiento
79	m	29-1	Ahorcamiento	59	m	10-8	Ahorcamiento
74	m	7-3	Ahorcamiento	73	f	7-9	Acción del fuego
67	m	7-3	Ahorcamiento	39	m	13-10	Arma de fuego
64	m	28-5	Ahorcamiento	75	m	15-10	Ahorcamiento
				53	m	21-11	Ahorcamiento





## HALLAZGOS DESTACADOS EN TORNO A LA NEUROBIOLOGIA DEL SUICIDIO

**Eduardo M. Espector**

*Médico psiquiatra (UBA)*

*Miembro de la Comisión Directiva del Capítulo de Psicofarmacología de APSA. Díaz Vélez 5268, 10° "36", Bs. As. Tel.: 982-9426.*



El suicidio es una eventualidad temida por el psiquiatra cada vez que tiene ante sí un paciente grave, depresivo o no. Es precisamente este pasaje al acto lo que lo enfrenta con una doble posibilidad, por un lado, obviamente, la muerte del paciente, y por el otro el cuestionamiento judicial de su conducta terapéutica.

El descubrir los motivos acerca del porqué alguien puede decidir atentar contra sí mismo ha brindado numerosas respuestas desde todos los campos: biológico, psicológico, sociológico, antropológico, etc.

Conocer factores de riesgo suicida favorecería su prevención, por lo que desde hace tiempo se han buscado marcadores biológicos que permitan predecirlo. Este trabajo trata de hacer una revisión de los hallazgos más significativos de esa búsqueda.

Para algunos autores las modificaciones biológicas encontradas en suicidas, no estarían relacionadas con el suicidio en sí, sino con la agresividad, la que sumada a otras variables, inclinaría la dirección del acto agresivo hacia sí mismo(9).

El primero que insinuó la existencia de un factible marcador biológico predictor de conducta suicida fue Bunney, quien en 1965 observó la existencia de niveles elevados de 17 hidroxicorticosteroides en la orina de pacientes suicidas. Cinco años más tarde, Van Praag halló niveles disminuidos de ácido 5-Hidroxi-indol-acético (SHIAA) en líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes deprimidos. Luego, Asberg en 1976, encuentra que pacientes deprimidos con SHIAA en LCR disminuido, presentaban mayor número de tentativas suicidas(3). A partir de estos trabajos, se generaliza la búsqueda de alteraciones, a nivel de la bioquímica cerebral, que puedan ser utilizadas como predictores útiles de riesgo suicida(21, 23, 26).

Es importante tener en cuenta las numerosas dificultades metodológicas que existen para obtener datos inequívocos en cerebros *post mortem* de víctimas de suicidio. Entre dichas dificultades se incluyen la hora de la muerte (ritmo circadiano de la serotonina, con un pico máximo nocturno), el tiempo de demora entre la muerte hasta la realización del estudio, la existencia de tratamientos previos y sus dosis, el abuso de sustancias, la heterogeneidad de la psicopatología de base, el nivel de estrés sufrido previamente al pasaje al acto, y la dieta previa. Todos ellos y otros, pueden provocar diferencias significativas en los resultados según varios grupos de investigación, y es necesario tenerlos en cuenta a la hora de valorar su utilidad.

En los últimos tiempos la mayoría de los trabajos han centrado las investigaciones

sobre el sistema serotoninérgico y en menor medida sobre otros neurotransmisores(12, 13, 17, 24).

Los diferentes hallazgos en cerebros de suicidas sugieren que existiría una reducida actividad serotoninérgica. La mayoría de los estudios *post mortem* encuentran una disminución de la concentración de serotonina y su más importante metabolito, el SHIAA, en tejido cerebral de suicidas. El grado de disminución de 5-Hidroxitriptamina (5HT) y de SHIAA parece ser semejante en todos los suicidas independiente de la patología subyacente (depresión, esquizofrenia, trastornos de personalidad y alcoholismo) y del grado de violencia del método utilizado. Algunos autores reportaron aumento de los niveles de SHIAA en hipocampo y amígdala(14, 19, 25, 28).

Numerosos estudios encuentran que las conductas suicidas violentas presentan niveles más bajos de SHIAA en LCR. Estos hallazgos fueron independientes del trastorno psiquiátrico de base, por lo que algunos concluyen que guardarían relación sólo con la conducta suicida y/o violenta y no está claro que este metabolito se encuentre más disminuido en depresivos que en esquizofrénicos que intentaron o consumaron el suicidio(7, 10, 13, 15, 16, 25).

La mayor disminución de los niveles de SHIAA en LCR estaría asociada tanto a tentativas suicidas planificadas (no impulsivas), que terminan en graves lesiones, como a suicidios consumados.

Se ha señalado que los niveles de SHIAA en LCR estarían distribuidos bimodalmente en pacientes depresivos. Los que tendrían más bajos niveles serían candidatos a serios intentos suicidas, en el presente o en el futuro, con muy buenas posibilidades de llegar al óbito(13).

En relación a las diferencias entre unipolares y bipolares también existen grandes discrepancias. Tres estudios que no hallaron reducidos los niveles de SHIAA en LCR en pacientes depresivos con conductas suicidas, incluían un número significativo de pacientes bipolares, y Agren encontró niveles muy bajos de SHIAA en LCR en unipolares con conductas suicidas pero no en bipolares depresivos. Pero Banki, en 1983 en un estudio donde incluyó depresivos unipolares y bipolares en iguales porcentajes, encontró niveles más bajos de SHIAA en LCR entre quienes habían tenido actuaciones suicidas(5).

Parecería que la conducta suicida que involucra planificación y que culmina con importantes lesiones, estaría asociada de manera significativa con niveles más bajos de SHIAA en LCR, y entonces el tipo de conducta exhibida por la población en estudio, más que la patología, podría explicar



algunas de las diferencias encontradas en las diferentes publicaciones.

En otras palabras, para algunos autores, el grado de violencia del intento sería directamente proporcional a la disminución de los niveles de 5HIAA en LCR. Esto de alguna manera quiere decir que la elección del método estaría biológicamente determinada(13, 22).

Con respecto a la impulsividad de la actuación suicida, no hay estudios que puedan avalar claramente su relación con los niveles de 5HIAA, a pesar de trabajos, como los de Virkkunen y col., que relacionan la impulsividad con actividad serotoninérgica disminuida(13, 27).

El hecho de que los niveles de 5HIAA en LCR no se modifican en pacientes testeados en varias ocasiones, sugiere que reflejarían una particularidad bioquímica que podría ser determinada genéticamente. Algunos estudios sugieren que el riesgo suicida es en parte determinado genéticamente y los niveles de 5HIAA en LCR pueden ser particularidades bioquímicas relacionadas a un bajo umbral de conducta suicida (sería un predictor de importancia) y podría ser medido aunque el intento suicida fuese llevado a cabo con anterioridad.

A partir de la hipótesis de que la serotonina sería un inhibidor o un modulador del SNC, algunos autores investigaron, en cerebros de suicidas, la relación que habría entre el número de receptores serotoninérgicos y dicha conducta.

Los estudios a nivel de receptores en cerebros de suicidas, también muestran la disminución de la actividad serotoninérgica(1, 2, 8).

Una de las maneras de estudiar la densidad de los receptores en preparados de tejidos extraídos de cerebros de cadáveres frescos, es por medio de la autorradiografía. El preparado se coloca sobre un film sensible y se bombardea con ligandos radioactivos. Sobre el film queda registrada, precisamente, la densidad de los receptores(1).

Ha recibido gran atención el transportador de serotonina. Es conocido que existe un sitio de fijación presináptico específico para la imipramina tritiada, que correspondería a un receptor que podría tener la función de transportador para la recaptación de serotonina. Algunos, pero no todos los autores, han encontrado una disminución del *binding* de imipramina tritiada en la corteza frontal de suicidas. Otros lo encontraron incrementado a nivel del hipocampo(11).

A nivel del receptor 5HT<sub>2</sub> estudios *post-mortem* han encontrado a este receptor postsináptico aumentado significativamente en la corteza frontal, lo que apoyaría la hipótesis de una compensación postsináptica, secundaria a una disminución de la actividad serotoninérgica presináptica(6).

Arango realizó autorradiografías utilizando LSD radiactivo ( $I_{125}$ ) confirmando el aumento de los sitios de fijación en la corteza prefrontal de cerebros de suicidas. No se encontraron diferencias significativas, con los grupos control, a nivel de la corteza temporal(1).

Con respecto a los estudios sobre el receptor 5HT<sub>1A</sub> las publicaciones no dan resultados uniformes, algunos estudios reportan un incremento en víctimas suicidas y otros no(2, 6).

Los 5HT<sub>1A</sub> se encontraron aumentados en 2 de 5 estudios, y sin modificaciones en los otros 3. Los primeros refirieron dichas modificaciones sólo en algunas áreas específicas, por lo que serán necesarios estudios autorradiográficos para poder "mapear" las regiones que presentan dichos cambios.

A nivel de otros receptores serotoninérgicos todavía no hay estudios serios, por lo que los hallazgos son extremadamente controvertidos(18, 20).

Por último se debe mencionar que varios autores han encontrado un incremento del *binding* de receptores beta en corteza cerebral de suicidas. Este hallazgo indicaría una disminución de la actividad noradrenérgica presináptica. Algunos de estos mismos autores refieren que este aumento de los receptores beta tendría más que ver con la depresión que con las conductas suicidas(26).

Algunos autores encontraron aumentado el metoxi-hidroxi-fenil-glicol (MHPG) en LCR de pacientes suicidas y otros no encontraron variaciones con respecto a los grupos control(5, 21).

Se ha hipotetizado que las modificaciones a nivel serotoninérgico serían "marcadores de rasgo" y las noradrenérgicas "marcadores de estado".

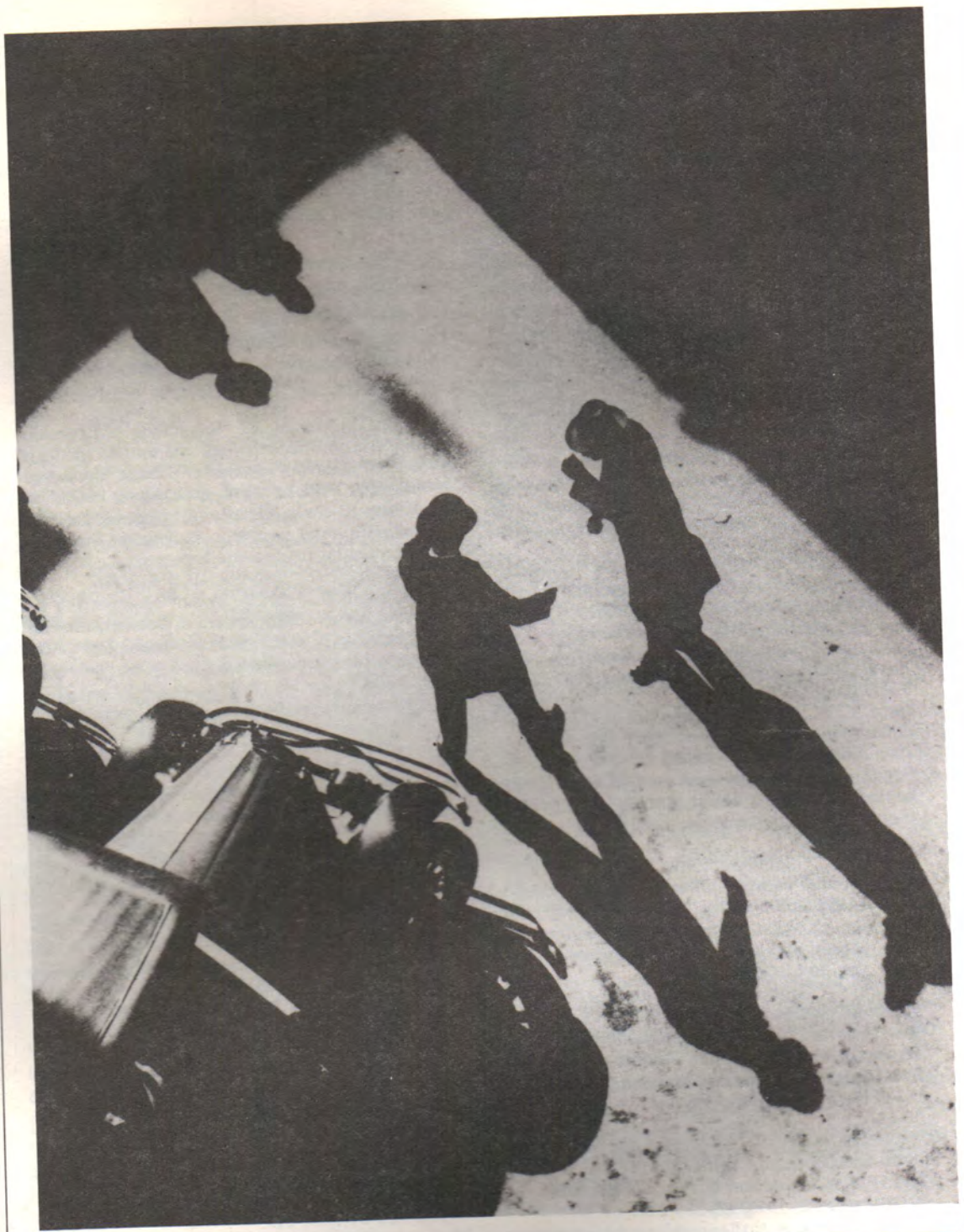
Es de esperar que los avances vertiginosos que se están dando en las neurociencias, provean a los psiquiatras clínicos de predictores más claros, que permitan la posibilidad de implementar una tan rápida como efectiva inclusión de los recursos terapéuticos, evitando así el desenlace fatal ■



## Bibliografía

1. Arango, V. et al., "Autoradiographic demonstration of increased serotonin 5-HT-sub-2 and b-adrenergic receptor binding sites in the brain of suicide victims". *Arch. Gen. Psychiatry*; 1990, Nov. Vol. 47 1038-1047.
2. Arora, R., Meltzer, H., "Serotonergic measures in the brains of suicide victims: 5-HT-sub-2 binding sites in the frontal cortex of suicide victims and control subjects". *American Journal of Psychiatry*; 1989, Jun. Vol. 146(6) 730-736.
3. Asberg, M. et al., "5HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor?". *Arch. Gen. Psychiatry* 33, 1976, 1193-1197.
4. Banki, C. M., "Prophylactic potential of selective reuptake inhibitors in suicidal patients". *International Clinical Psychopharmacology*; 1995, Jan. Vol. 9 (Suppl 4) 61-65.
5. Banki, C. M., "Amine metabolites and neuroendocrine responses related to depression and suicide". *J. Affect. Disord.*, 1983, 5, 223-232.
6. Biegón, A. et al., "Increased serotonin 5-HT2 receptor binding on blood platelets of suicidal men". *Psychopharmacology*; 1990, Feb. Vol. 100(2) 165-167.
7. Braunig, P., "Blood serotonin levels in suicidal schizophrenic patients". *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*; 1989, Feb. Vol. 79(2) 186-189.
8. Cheetham, S. et al., "Brain 5-HT-sub-1 binding sites in depressed suicides". *Psychopharmacology*; 1990, Dec. Vol. 102(4) 544-548.
9. Coccaro, E., "Central serotonin and impulsive aggression". Symposium of the XVIth Collegium Internationale Neuro-psychopharmacologicum: Serotonin in behavioural disorders (1988, Munich, Federal Republic of Germany). *British Journal of Psychiatry*; 1989, Dec. Vol. 155 (Suppl. 8) 52-62.
10. Faustman, W. et al., "MMPI measures of impulsivity and depression correlate with CSF 5-HIAA and HVA in depression but not schizophrenia". *J. Affect. Disord.*, 1991, 22, 235-239.
11. Gross Isseroff R. et al., "Autoradiographic analysis of initiated imipramine binding in the human brain post-mortem: effects of suicide" *Arch. Gen. Psychiatry*; 1989, Vol. 46 237-241.
12. Jones, J. et al., "CSF 5-HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide". *American Journal of Psychiatry*; 1990, Sep. Vol. 147(9) 1225-1227.
13. Lopez-Ibor, J. J., "The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. Symposium: Progress in antidepressant therapy: Fluoxetine: A comprehensive overview" (1987, Telfs, Austria). *British Journal of Psychiatry*; 1988, Sep. Vol. 153 (Suppl 3) 26-39.
14. Mann, J.; Arango, V. et al., "Evidence for the 5-HT hypothesis of suicide: A review of post-mortem studies". Symposium of the XVIth Collegium Internationale Neuro-psychopharmacologicum: Serotonin in behavioural disorders (1988, Munich, Federal Republic of Germany). *British Journal of Psychiatry*; 1989, Dec. Vol. 155 (Suppl 8) 7-14.
15. Mann, J.; Arango, V., "Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior". *Journal of Clinical Psychopharmacology*; 1992, Apr. Vol. 12(2, Suppl) 25-75.
16. Mann, J., et al., "Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients". *Arch Gen Psychiatry*; 1992, Jun. Vol. 49(6) 442-446
17. Marazziti, D., "Further evidence supporting the role of the serotonin system in suicidal behavior: A preliminary study of suicide attempters". *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*; 1989, Oct. Vol. 80(4) 322-324.
18. Meltzer, H. "Serotonin-sub (2A ) receptors in schizophrenia: Relation to suicide". *Archives of General Psychiatry*; 1994, Dec. Vol. 51(12) 1003-1004.
19. Montgomery, S., "Suicide prevention and serotonergic drugs. International Scientific Symposium: Advances in the pharmacology and clinical applications of serotonin" (1993, Hawaii). *International Clinical Psychopharmacology*; 1993, Nov. Vol. 8(Suppl 2) 83-85.
20. Pandey, G. et al., "Platelet serotonin-2A receptors: A potential biological marker for suicidal behavior" *American Journal of Psychiatry*; 1995, Jun. Vol. 152(6) 850-855.
21. Rodríguez Pulido, F. et al., "El suicidio y sus interpretaciones teóricas". *Psiquis, Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*; 1990, Vol. 11(10) 11-21.
22. Roy, A.; Linnoila, M., "Suicidal behavior, impulsiveness and serotonin". *Acta-Psychiatrica Scandinavica*; 1988, Nov. Vol. 78(5) 529-535.
23. Roy, A. et al., "Cerebrospinal fluid monoamine metabolites in alcoholic patients who attempt suicide". *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 1990, Jan. Vol. 81(1) 58-61.
24. Stanley, M.; Stanley, B., "Postmortem evidence for serotonin's role in suicide. Symposium: Serotonin and its effects on human behavior" (1989, Atlanta, Georgia). *Journal of Clinical Psychiatry*; 1990, Apr. Vol. 51 (Suppl) 22-28.
25. Traskman, L. et al., "Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior". *Arch. Gen. Psychiatry* 10, 1981, 253-261.
26. Traskman Bendz, L. et al., "The role of monoamines in suicidal behavior". *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 1993, Vol. 87, Suppl. 45-47.
27. Virkkunen, M. et al., Relationship of psychobiological variables to recidivism in violent offenders and impulsive fire setters, A follow-up study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989, Vol. 46, 600-603.
28. Zaratiegui R., Frieder P., "Psicofármacos antidepressivos" en Moizeszowicz J., *Psicofarmacología Psicodinámica III*, Paidós, Buenos Aires, 1994.





## RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRIA. EL RIESGO DE SUICIDIO

**Julio Albamonte**

*Abogado. Asesor jurídico en "Responsabilidad Profesional Médica" de la Asoc. de Médicos Municipales.  
Lavalle 1625 3 piso, of. 303/4. Bs. As. Tel: 374-3474/7038.*



**P**odemos afirmar, sin temor a caer en error, que la prevención es el mejor camino a seguir para evitar la posibilidad de incurrir en situaciones de riesgo profesional: mucho más desde que se ha instalado en nuestro ámbito tribunalicio la costumbre de litigar contra profesionales de la Salud en busca de resarcimientos económicos, frente a supuestos daños producidos en ocasión del desempeño profesional del imputado o demandado.

Teniendo como objetivo esta prevención es que conviene recordar que para los profesionales que ejercen su actividad en el campo de la Salud Mental la posibilidad de que un paciente intente suicidarse es, indudablemente, una de las situaciones de riesgo más frecuentes; si bien, bueno es aclararlo, los casos de demandas por responsabilidad profesional que se registran en esta área son bastante menos frecuentes que en otras especialidades.

Un aspecto de vital importancia en la problemática de la responsabilidad profesional es el de la relación médico-paciente.

Antiguamente, ésta era buena, no conflictiva. Luego, con el correr del tiempo y con la aparición en nuestro medio de la medicina prestada a nivel institucional (Obras Sociales, servicios médicos prepagos, Hospitales) donde el médico que atiende al paciente no es siempre el mismo sino que suele cambiar frecuentemente, esta relación se fue deteriorando, situación que ha conspirado contra una buena relación entre el profesional y los pacientes.

En más de una ocasión, aunque la atención sea compleja y delicada, el paciente sólo conoce al médico que lo atiende por sus características físicas, ignorando hasta el mismo nombre del profesional.

Esto hace sin duda a una relación poco fluida y que más de una vez favorece la gestación de los juicios por responsabilidad profesional médica.

Es en estas circunstancias cuando se decide imputar las consecuencias del suicidio al médico psiquiatra o al psicólogo tratantes, quienes para poder defenderse de la imputación formulada deberán recurrir a las fórmulas generales que permitan lograr este objetivo.

En los últimos años, se ha observado un notable incremento en los juicios de responsabilidad profesional, lo que trae gran preocupación al mundo de la medicina.

Al principio se llevó al médico a juicio civil por reclamo de daños y perjuicios; pero luego se lo ha convocado también a los juicios penales, en los que se investiga la comisión de delitos culposos, contemplados en los artículos 84 y 94 del Código Penal que tratan sobre el homicidio y las lesiones.

Las normas jurídicas contempladas en dichos artículos del Código Penal, califican a los llamados tipos delictivos abiertos. La definición debe ser completada por el magistrado con la valoración de cada caso en particular.

Ello es así por cuanto, para poder responsa-

bilizar al imputado, deberá previamente enmarcarse su conducta como activa o como omisiva, en los elementos que integran la culpabilidad, es decir, determinar si hubo impericia, imprudencia o negligencia, ya que de lo contrario será imposible condenarlo.

En suma: para poder condenar, el magistrado deberá determinar que el sujeto ha actuado en forma imperita, imprudente o negligente.

El carácter abierto de esos tipos penales implica cierto riesgo por la amplitud de criterio que le cabe al magistrado en la valoración del caso específico.

Diferente es el homicidio intencional o doloso que se materializa cuando una persona mata a otra. Este es el caso encuadrado en el artículo 79 del Código Penal: "Se aplicará prisión o reclusión de 8 a 25 años al que matare a otro, siempre que en este Código no se estableciere otra pena".

Este último ejemplo pertenece a los tipos delictivos cerrados en donde para responsabilizar al imputado solamente deberá tenerse acreditada la comisión del ilícito (en este caso el homicidio). De manera tal que es distinto al homicidio culposo que obliga al magistrado a valorar los elementos que integran la culpabilidad, tal como lo habíamos visto anteriormente.

Para que se sea pasible de reproche penal, debe haber una actuación, una conducta, activa o pasiva, es decir que entrañe una acción o una omisión, y éstas deben causar un resultado dañoso: muerte o lesión.

El acto debe ser voluntario y el resultado debe haber sido previsible.

Debe de haber una relación de causalidad entre la actuación profesional y el hecho dañoso. Es decir una relación de causa-efecto. Por ej.: una cirugía en la que el paciente muere por un shock hipovolémico producido por una lesión de una arteria que genera una hemorragia incontrolable y causa la muerte. Aquí el hecho es una acción (cirugía) en la que se produce un daño, (lesión de una arteria) que causa la muerte del paciente.

Si hay un resultado no querido que constituya muerte o lesiones entonces puede haber delito y podemos decir que el acto médico constituye delito tipificado en el Código Penal.

Es decir, debe haber una actuación, que sea dañosa, que tenga una relación de causalidad y que por último sea antijurídica.

En efecto, aun cuando la actuación del médico produzca un daño intencional, si éste no es antijurídico, puede no traer aparejada una sanción. Por ejemplo, en el supuesto de la amputación de un miembro para evitar una gangrena. A pesar de que la amputación es una lesión gravísima, ésta se realiza para evitar un mal inminente (muerte) respecto del cual el autor de la lesión (amputación) ha sido ajeno. Cabrían aquí las causales de inimputabilidad contempladas en el artículo 34 del Código Penal, que dice: "no son punibles: ...el que



causare un mal, por evitar otro mayor, inminente, al que ha sido extraño".

## El Suicidio

El suicidio puede definirse como la muerte conseguida por una acción personal y voluntaria dirigida contra uno mismo.

Representa el mayor riesgo en Psiquiatría, y un principalísimo riesgo vital en la evolución de las enfermedades mentales.

### Conducta a seguir

Apreciar el riesgo de suicidio:

1. ante una manifestación al médico, o miembros de su entorno, de sus ideas o intenciones de suicidio,
2. a continuación de una tentativa hay que valorar el riesgo de reincidencia a corto plazo.

### ¿Cómo apreciar el riesgo?

No hay ningún criterio riguroso o científico. Todo intento de suicidio debe ser tomado seriamente y siempre hay que aclarar su significación en función del contexto psicológico socio-familiar del paciente.

Tener en cuenta la profundidad y la naturaleza del conflicto: es más elevado cuanto que se trata de un conflicto intrapsíquico (melancolía - esquizofrenia). El deseo de muerte es más lógico y absoluto.

En lo interpersonal, implica más un deseo de agredir al otro a través de una amenaza.

En general se mezclan los conflictos personales y los elementos situacionales.

No hay que olvidar que cerca del 70% de los suicidas han prevenido a su entorno de su proyecto.

Cuando el riesgo de suicidio parece elevado, el médico se ve obligado a proponer o a imponer la hospitalización. Ésta tiene por finalidad:

1. evitar la ejecución del acto,
2. permitir la resolución de la "crisis suicida" en un medio protegido,
3. instaurar una relación de ayuda y confianza que dé paso a una indicación quimioterapéutica y/o psicoterapéutica.

Después de una tentativa de suicidio la preocupación principal será la de asegurar una profilaxis de la recidiva y considerar el valor sintomático del gesto suicida, lo que da ocasión a una necesaria indicación terapéutica

Es indispensable una entrevista psiquiátrica después de toda tentativa de suicidio.

El no psiquiatrizar un suicidio oculta el rechazo a considerar la autenticidad y validez del gesto suicida, que si bien puede ser ambiguo, nunca es gratuito. Luego de la entrevista complementada con el entorno será cuando se tome la decisión terapéutica de acuerdo con el enfermo.

Sea la que sea, el sujeto tiene que sentir que

es bien atendido. Ningún intento de suicidio debe ser desestimado, aun en personalidades histéricas.

La letalidad disminuye si la intervención se hace a tiempo, si el diagnóstico es precoz y el tratamiento oportuno.

Por otro lado, conviene enfatizar que la Historia Clínica bien confeccionada es el mejor recurso que tienen el médico para defenderse en juicios de responsabilidad profesional. Es indispensable, por lo tanto, contar con ella.

La Historia Clínica debe ser redactada conforme a las reglas del arte médico, contar con todas las evoluciones del paciente que se considere necesario desde el punto de vista estrictamente médico y ser escrita con la letra más legible que se pueda (aunque a veces se viole esta recomendación escribiendo con letra ilegible esto no será un factor que incida negativamente para juzgar la conducta del profesional). Las evoluciones de la Historia Clínica de los enfermos internados en Centros Asistenciales también deben hacerse los días sábados, domingos y feriados.

En suma, lo que un Juez exigiría de la Historia Clínica a un profesional médico es que ésta se encuentre adecuada a las normas o estilo de conducta que puedan ser tenidos como correctos y sujetos a las reglas del buen arte médico.

Si ante un episodio suicida potencial, en curso o consumado, no se toman los recaudos que las reglas del buen arte médico sugieren, se está en la posibilidad de incurrir en alguna de las figuras que pueden incriminar a la actuación del profesional.

Estas figuras son:

Art. 84 del Código Penal: "Será reprimido con prisión de 6 meses a 3 años, e inhabilitación especial en su caso por 5 a 10 años, el que por imprudencia, negligencia, impericia, en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro la muerte".

Art. 94 del Código Penal: "Se impondrá prisión de 1 mes a 2 años, o multa de ... pesos, e inhabilitación especial de 1 a 4 años, al que por imprudencia, ... causare a otro un daño en el cuerpo o la salud".

De aquí surge una de las consecuencias jurídicas tal vez más importantes: el plazo de prescripción de la acción penal.

La prescripción es la pérdida del derecho, por el no uso del mismo, en los plazos que la ley establece.

Este plazo surge del Art. 62, inciso 2do. del Código Penal que dice que: "... La prescripción de la acción penal se produce después de transcurrido el máximo de duración de la pena señalada para el delito, si se tratare de hechos reprimidos con reclusión o prisión, no pudiendo en ningún caso el término de la prescripción exceder de 12 años, ni bajar de 2 años".

De manera tal que para el homicidio culposo el plazo de Prescripción es de 3 años.

Igualmente, para el delito de lesiones culpo-



sas, al imponer un máximo de 2 años de prisión, conforme al art. 62 del Código Penal, el plazo de Prescripción es de 2 años.

La *culpa* engloba tres rostros o faces: negligencia, imprudencia e impericia. Basta una cualquiera de ellas para calificar de culposa a la conducta.

*Negligencia*: es una conducta omisiva, contraria a las normas que imponen determinado comportamiento solícito, atento y sagaz. Obra con negligencia quien no toma las debidas precauciones.

*Imprudencia*: es una conducta positiva, consistente en una acción de la cual habría que abstenerse, o en una acción que se ha realizado de manera inadecuada, precipitada o prematura.

*Impericia*: es la incapacidad técnica para el ejercicio de una función determinada, profesión o arte.

Es de tener en consideración, que nuestro Código Penal no prevé la mala práctica del médico. Se recurre entonces a los efectos de saber si se ha violado la norma tipificada o contemplada en el Código Penal, a la fórmula de la violación del Deber de Cuidado, que es una elaboración de la doctrina, es decir la opinión de los autores de derecho.

#### Deber de Cuidado objetivo

Hay determinadas pautas que de no ser cumplidas, hacen incurrir al profesional en la violación del Deber de Cuidado objetivo. Ellas son:

1. *Conducta correcta y diligente*: el médico debe ser juzgado de conformidad al criterio del médico "término medio". El profesional debe realizar su trabajo en forma prudente. Para valorar si se fue prudente, se debe tomar en cuenta la conducta circunscripta al caso del grupo profesional que corresponda al médico cuya conducta esté en estudio.

2. *Deber de actualización de sus propios conocimientos profesionales*: según el tiempo de que se disponga, y del progreso científico. El médico se servirá de publicaciones científicas y deberá estar al tanto de la nueva literatura médica.

3. *Circunstancias concretas de tiempo y lugar*: en que le toca actuar al médico. No es lo mismo ejercer en una Clínica de Alta Complejidad que si el acto médico se presta en zonas rurales de escasa tecnología. Esto no puede pasar inadvertido al juez que entiende en la causa.

4. *Conciencia de sus propias limitaciones o capacidad profesional*: antes de iniciar un tra-

tamiento, y para no vulnerar el deber de cuidado, el médico debe ser consciente de sus límites, y de sus propios conocimientos o capacidad. Ante dificultades del caso tendrá la obligación de recurrir a otro colega o al auxilio de un profesional.

5. *Deber de informar*: la indicación terapéutica. Se debe informar al paciente de su estado de salud y los tratamientos alternativos para que pueda realizar una opción inteligente.

6. *Consentimiento informado*: el paciente debe conocer el pronóstico de curación, los riesgos y consentir el acto médico. Ésto se aplica especialmente en las técnicas quirúrgicas o tratamientos invasivos, los cuales, generalmente, no son utilizados por médicos psiquiatras.

En los casos de pacientes en los que el especialista en psiquiatría o psicología estime que es necesaria una internación por razones de peligrosidad para sí o para terceros, puede darse una negativa de los familiares o acompañantes para efectuarla. En ese caso, se debe tratar de que firmen una constancia, que se agregará a la Historia Clínica, en la que se consignará que el criterio médico es la internación—agregando la fundamentación de tal indicación— y redactándola en forma sencilla y al alcance del entendimiento de una persona no instruida.

En el caso de pacientes que no puedan decidir por sí en razón de su estado y/o con riesgo de suicidio, se debe consignar tal situación en la Historia Clínica y proceder a su internación según procedimiento legal habitual.

7. *Riesgo permitido*: no podrá olvidarse el papel que corresponde al riesgo permitido. Este alude a todas las acciones que por su propia naturaleza son peligrosas pero que pueden ser realizadas si se respeta el cuidado y si se es prudente.

La actuación del médico debe tratar de adecuarse a estos puntos previos para estar exenta de riesgo profesional.

El Magistrado debe valorar las circunstancias del caso que se encuentra sometido a investigación. La conducta médica debe adecuarse a lo que se considera medicina correcta o adecuada práctica médica.

Sabemos que en toda actividad existen riesgos. Más aún en la práctica profesional. Lo que se busca es minimizarlos y que no se genere más riesgo que el realmente necesario.

En consecuencia, si se siguen las reglas de buen criterio médico, más aún, de sentido común, y se actúa con prudencia y honestidad profesional, es muy difícil que se condene la actuación profesional del médico ■



# EVALUACION DEL RIESGO SUICIDA

## PERSPECTIVAS BIBLIOGRAFICAS

**"D**esgraciadamente no es posible predecir el suicidio. Lo más que podemos hacer es identificar los grupos de riesgo", expresa Roy en su Capítulo sobre suicidio del Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Saddok. Sin embargo el ya clásico estudio de Pokorny realizado sobre 4700 pacientes del Hospital de Veteranos de Houston demostró que más del 50% de los pacientes que posteriormente se suicidaron no habían sido identificados como portadores de riesgo suicida y que 766 de los 803 pacientes identificados como de riesgo no habían cometido suicidio al cabo de 5 años. En el mismo sentido se puede citar el trabajo de Goldstein y colab. quienes, estudiando una población de 1906 pacientes en forma rigurosa, concluyeron "sobre la base de los conocimientos actuales, no es posible prever el suicidio, ni siquiera en un grupo de alto riesgo de pacientes hospitalizados". Esta dificultad para predecir el riesgo suicida contrasta con la necesidad en la práctica de evaluar el mismo frente a un caso preciso, situación que enfrenta al clínico frecuentemente en un contexto de urgencia y sin un conocimiento previo del paciente que consulta. Diversos autores coinciden en una serie de criterios para orientar la decisión terapéutica. A continuación se exponen las propuestas de algunos de ellos seleccionados por nuestra Redacción.

### Síndrome pre-suicida de Ringel

E. Ringel considera que el estado psíquico pre-suicida se caracteriza por 3 elementos esenciales:

1. La retracción de la esfera vital que se manifiesta por la concomitante retracción situacional, dinámica de las relaciones interpersonales y del sistema de valores.
2. La agresividad reprimida y vuelta contra sí mismo.
3. Los fantasmas de suicidio (al principio son buscados activamente y luego se imponen en forma autónoma).

### Evaluación de riesgo suicida según Kielholz

El autor propone una lista de factores que deben ser especialmente tomados en consideración:

#### A. Temática suicida efectiva e intenciones suicidas

1. Tentativas de suicidio anteriores e intenciones suicidas.
2. Casos de suicidio en la familia o en el entorno (efecto de sugestión).
3. Amenazas directas o indirectas de suicidio.
4. Exteriorización de ideas concretas acerca de la manera de ejecutarlo o preparativos concretos.
5. "Calma inquietante" luego de una temática de suicidio con agitación.
6. Sueños de autodestrucción, caídas y catástrofes.

#### B. Síntomas especiales y síndromes

1. Comportamiento ansioso y agitado.
2. Trastornos inopinados del sueño.
3. Acumulación de agresividad.
4. Comienzo o declinación de fases depresivas, estados mixtos.
5. Períodos biológicos de crisis (pubertad, gravidez, maternidad, climaterio).
6. Sentimientos graves de culpabilidad e insuficiencia.
7. Enfermedades incurables o hipocondría delirante.
8. Alcoholismo o toxicomanía.

#### C. Condiciones del entorno

1. Estallido de la célula familiar durante la infancia ("broken home").
2. Ausencia o pérdida de contactos interpersonales próximos.
3. Dificultades profesionales o financieras
4. Ausencia de tareas definidas o de un objetivo existencial
5. Ausencia o pérdida de compromisos religiosos de gran sostén.

### Factores de influencia en el riesgo suicida según Metzger y Wolfersdorf

La siguiente secuencia resume los principales factores que aumentan el riesgo suicida:

#### Factores sociales:

1. Edad (viejos>jóvenes).
2. Sexo (hombres>mujeres).
3. Estado civil (separados>viudos>solteros>casados).
4. Desocupación (larga duración>6 meses).
5. Aislamiento social.

#### Factores Biográficos

1. Antecedentes de tentativas de suicidio.
2. Tentativas de suicidio y suicidios en la familia y/o de amigos.
3. Familia rota en la infancia.
4. Falta de un lazo religioso o de una ideología existencial.
5. Decepciones frecuentes en las relaciones interpersonales.
6. Enfermedad psiquiátrica.

#### Factores específicos de la enfermedad

1. Comportamiento ansioso y agitado.
2. Sentimientos de culpabilidad, delirio de culpabilidad.
3. Perturbación del sueño de larga data.
4. Sentimientos profundos de desvalorización.



## Cuestionario para la evaluación del riesgo suicida según Pöldinger

A mayor cantidad de respuestas por Sí y por No mayor es el riesgo suicida (Puntaje final máximo: 16)

1. ¿Ha pensado últimamente en quitarse la vida? *Sí.*
2. ¿Frecuentemente? *Sí.*
3. ¿Ha debido pensarlo sin querer? ¿Es que esas ideas de suicidio se han impuesto a su espíritu? *Sí.*
4. ¿Tiene ideas concretas respecto de cómo hacerlo? *Sí.*
5. ¿Ya ha tomado disposiciones en ese sentido? *Sí.*
6. ¿Le ha comunicado a alguien sus ideas suicidas? *Sí.*
7. ¿Alguna vez ha cometido una tentativa de suicidio? *Sí.*
8. ¿Ha habido algún suicidio en su familia, entre sus conocidos o sus amigos? *Sí.*
9. ¿Considera que su situación no tiene esperanza ni salida? *Sí.*
10. ¿Tiene dificultades para pensar en otra cosa que en sus problemas? *Sí.*
11. ¿Tiene Ud. últimamente menos contacto con sus parientes, amigos y conocidos? *Sí.*
12. ¿Tiene interés todavía por lo que ocurre en su profesión, su entorno y sus diversiones? *No.*
13. ¿Hay alguien con quien pueda Ud. hablar abiertamente y en total confianza de sus problemas? *No.*
14. ¿Habita con su familia o conocidos? *No.*
15. ¿Se siente ligado por responsabilidades familiares o profesionales importantes? *No.*
16. ¿Se siente unido a una comunidad religiosa u otro grupo ideológico? *No.*

## Factores de riesgo suicida según Bourgeois

### 1. Factores psicosociales

- Sexo masculino, mayor de 45 años.
- Soledad, soltería, viudez, divorcio, separación.
- Inmigración, pertenencia a una cultura diferente.
- Ausencia de actividad laboral, desocupación, jubilación.
- Entorno social desintegrado.

### 2. Antecedentes:

- Historia familiar de trastornos del humor, alcoholismo, suicidio.
- Antecedentes personales de trastornos del humor, alcoholismo, toxicomanía.
- Tentativas de suicidio anteriores.
- Período inicial de un tratamiento psiquiátrico.
- Semanas subsiguientes al alta del hospital.

### 3. Estrés y acontecimientos vitales:

- Separación, pérdida, viudez.

- Mudanza, pérdida de empleo.
- En los alcohólicos: complicaciones domésticas y sociales del alcoholismo.
- Enfermedad crónica y terminal, discapacidad del anciano.

### 4. Personalidad:

- Psicopática, antisocial con impulsividad, violencia, delincuencia.
- Ciclotimia, borderline, etc.

### 5. Enfermedad psiquiátrica:

- Depresión, en particular psicosis maniaco-depresiva.
- Depresión muy recurrente a ciclos cortos.
- Depresión recurrente breve.
- Ansiedad patológica (trastornos de pánico).
- Alcoholismo y toxicomanía.
- Psicosis aguda y crónica.
- Síndrome psico-orgánico.

### 6. Síntomas particulares

Depresión: insomnio severo, abandono de sí, trastornos mnésicos, pérdida de peso, enlentecimiento verbal, abatimiento, indiferencia, pérdida de interés, agitación, repliegue social, desesperanza y pesimismo, ideas y delirio de inutilidad, ideas suicidas, alcoholismo con complicación médica y cerebral.

### 7. Circunstancias de tentativa de suicidio

- Precauciones para no ser descubierto.
- Preparación cuidadosa, puesta en orden de negocios, testamento, carta de despedida...
- Medio violento de alta letalidad.

### 8. Factores genéticos y psicobiológicos

- Disregulación serotoninérgica (en LCR: 5-HIAA bajo, HVA bajo, MHPG bajo)
- DST y tests de fenfluramina y glucosa positivos.
- Carga genética suicida elevada.

## Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión

Contiene un ítem especial para la apreciación del riesgo suicida que incluye puntaje

### 0. Ausente.

1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
3. Ideas de suicidio o amenazas.
4. Intentos de suicidio.

## Bibliografía

- Bourgeois, M., Evaluation du risque suicidaire et essais thérapeutiques des molécules à effet antidépresseur. En "Dépression risque suicidaire et indices de gravité". FUAG, Flammarion, Paris, 1995.
- Goldstein R. B., Blaak D. W., Nasrallah A., Winokur, G., The prediction of suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, 48:418-422.
- Kielholz, P., *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker*. Lehmanns, München, 1971.

- Metzger, R., Wolfersdorf, M., Erkennung und Behandlung Suizidgefährdeter Patienten, *Z. Allg. Med.*, 1985, 61, 767-773.
- Pokorny, A., Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40:249-257.
- Pöldinger, W., *Die Abschätzung der Suizidalität*. Huber, Bern, 1968.
- Ringel R., *Selbstmortverhütung*. Huber, Bern, 1969.



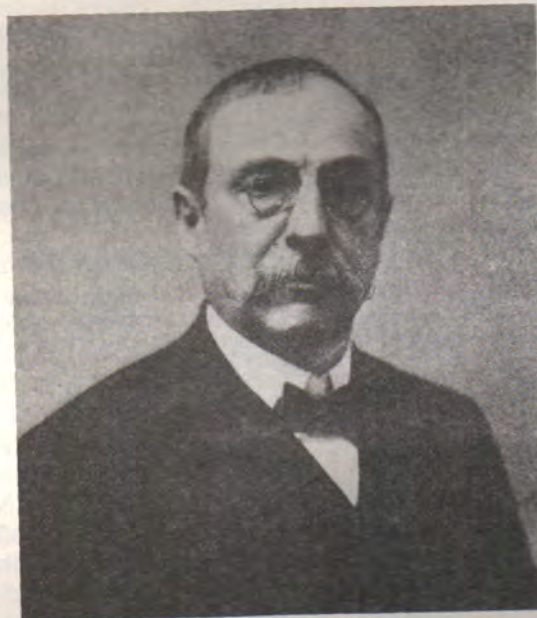


## La tentación del suicidio\*

José María Ramos Mejía (1842-1914)

*Il serait à désirer que tous ceux  
que prennent le parti de sortir  
de la vie, laissassent par secret  
leurs raisons avec un petit mot  
de leurs philosophje:  
cela ne serait point  
inutile aux vivants et à l'hitoire  
de l'esprit humain.\*\**  
Voltaire

Si invocamos para nada los manes y las sombras de Brutus y Casius, ni perturbar la augusta tranquilidad de las cenizas de Catón, tantas veces mencionadas en la historia del suicidio, vamos á consignar brevemente el resumen de una obra que, sobre la muerte voluntaria, tenemos entre manos. Tiempo ha que coleccionamos datos estadísticos y observaciones psicológicas sobre este tan interesantísimo como complejo fenómeno social, y sin darlos como definitivos, ensayaremos el despliegue de sus cifras coloreándolas con un ligero y discreto tinte filosófico, á fin de hacerlas menos rígidas y lo más eufépticas posible para los estómagos delicados, mal



avenidos con la desnudez muda de los números.

Morselli, el distinguido alienista del asilo de Macerata, ha dicho todo lo que había que decir sobre el suicidio en Europa, hasta el día en que publicó su tan interesante como copiosa obra. Antes que él, y exclusión hecha de Quételet, que calzaba coturno más alto que la generalidad de los sociólogos de su época, todos se mueven, con raras excepciones, alrededor del convencionalismo filosófico y moral del derecho canónico, de la Ciudad de Dios y de los principios peales proclamados en el famoso Concilio de Arlés. Brierre de Boismont es caso otra excepción, porque sin entrar de una manera franca en el moderno concepto del fenómeno, se acerca á él, tal

vez más que todos sus contemporáneos franceses, que, ó sólo estudian el suicidio bajo el punto de vista patológico, como el *Mémoire du Suicide* de Esquirol, ó se alejan demasiado de su verdadera fisiología. Brierre de Boismont ha arrojado con su libro gérmenes fecundos en este estudio, y las críticas que se la han dirigido no le quitan el valor fundamental que le atribuía Caro: el atractivo tan vivo y doloroso del sujeto mismo; así como la probidad, el buen sentido, la sagacidad moral para tratar el asunto, que le dan, según el simpático profesor de la Sorbona, el carácter

substantial que atrae al lector filósofo durante todo el curso de esa disertación elevada "a pesar de sus imperfecciones de detalle".

El *Traité du Suicide* de Falret, la *Statistique morale* de Guerry, los *Études sur la mort volontaire* de A. des Estangs, tal vez un poco difusas y desleídas, y las demás obras como la de Ébrard, de Luois Bertrand, coronada por la Academia imperial de Medicina, completan esta suscita bibliografía, que es apenas un vago trasunto del esfuerzo hecho por el espíritu moderno, para descifrar la misteriosa etiología de la muerte voluntaria.

Paul Jacoby, en sus *Études sur la sélection*, ha escrito en el prefacio un párrafo que resume todo el concepto moderno, un poco exclusivo del suicidio como fenómeno

\* La Biblioteca, Año I, Tomo I, Bs. As. 1896. Dirigida por Paul Groussac.

\*\* [N. de la R] Sería deseable que todos aquellos que toman la decisión de salir de la vida, dejasen por escrito sus razones acompañándolas de algunas palabras acerca de su filosofía: esto sería de utilidad a los vivos y a la historia del espíritu humano. Voltaire.



no social: la medicina —dice— al conservar la vida de los enfermos, que la naturaleza trata de eliminar, produce una selección de la fuerza y de la salud; obra de la misma manera que los ejércitos permanentes con gran detrimento de la población. El suicidio, esta válvula de seguridad contra el nerviosismo de las generaciones venideras, haciendo partir voluntariamente á los neurópatas, ahorra á la humanidad muchas locuras hereditarias, saneándola de elemento mórbidos. En este sentido debería llamarse más bien *muerte involuntaria*, porque, en efecto, en la mayoría de los casos, todos estos neurópatas se arrancan la vida en virtud de impulsos superiores á su voluntad en proporciones difíciles de medir. El suicidio que Haeckel y Quételet llamarían de selección y Brierre de Boismont *patológico*, en el sentido amplísimo que la *Psiquiatría* de estos tiempos da á la clasificación de las perturbaciones mentales, procede de causas probablemente análogas á las que determinan la prostitución, el vagabundaje y cierto género peculiar de delincuencia. Por ahora, el concepto de la *selección* darwiniana es el que nos satisface. El cerebro, sometido á una presión demasiado violenta para los seres de estructura ingénitamente débil, ó conmovidos por causas adquiridas que una ligera predisposición hereditaria pone en condiciones propicias de receptividad mórbida, se rompe, diremos así, como el ánfora del desesperado poeta del *Génie funèbre*.

El desequilibrio movedido, impetuoso é impulsivo de los neurópatas inferiores, ó la franca enajenación de las psicopatías más graves y ruidosas, los pone á merced de todas las causas que germinan en un medio para ellos hostil; las persecuciones tenaces y desesperantes de todo género de alucinaciones los arrastran en vertiginosa carrera al bárbaro y doloroso suicidio de Duncan Parry, el cual es un ejemplo conmovedor de los procedimientos que sugiere á un suicida alucinado, la imaginación atormentada por la lúgubre fantasmagoría, de un *Delirio de persecuciones*. *Coll' uno é coll' altro effetto la natura raggiunge il suo scopo*. Es decir, que el que nació ó adquirió

un cerebro débil, inapto, inadaptable á su medio, está en la obligación de salir y sale por *suo bono ó mal grado*; pero en la mayoría de los casos, violentamente, por el suicidio ó por la locura vegetativa —otra manera más cruel de morir que la primera: haciendo un paso atrás, pero un paso de gigante, en la escala animal; abandonando su lugar en el *género hombre*, por substracción de todas las facultades superiores que lo han colocado en dos pies y que le han dado por lentísima evolución, la palabra, que es la más humana superioridad de toda la serie.

Como no se escriben estas cosas para los niños y las mujeres, podemos libremente transmitir nuestra opinión á los que, con el alma suficientemente vigorosa, quieran sin temblar asomarse á este abismo tan oscuro y siempre misterioso de la muerte voluntaria.

¿No habéis visto jamás á un perseguido ó loco *paralítico general* en su último período, vosotros los que proclamáis la inmoralidad y delictuosidad del suicidio *en todos los casos*? ¿Qué impresiones recibiríais y cómo modificaríais vuestras ideas, si vierais á un hombre antes inteligente, vigoroso en todas las manifestaciones de la vida, aseado, cultísimo, llena el alma de las bondades luminosas de la infancia sana, sepultado en el último y sucio patio de las desaseados del manicomio?... La camisa destrozada, largo y desordenado el cabello, obeso más bien, con esa obesidad luciente y casi rozagante de la demencia incurable, en que por una ironía dolorosísima de la vida, la carne indiferente á las desgracias del espíritu se nutre tranquila, como estimulada por el apetito copioso de la bestia que acaba de triunfar sobre el hombre. Su baba cae sobre sus ropas, y la palabra, reducida á un lenguaje mímico elemental y limitado, expresa sólo una que otra idea fugaz, que cruza huyendo el campo desolado de su cerebro. Pues bien, ese hombre había sentido venir la tormenta. Como sucede algunas veces, extrañas sensaciones y presentimientos hirientes experimenta el condenado á la locura, tanto más alarmantes cuando mayor es el bagaje hereditario que posee. En una palabra, sintió que se enloquecía. ¿Creéis

que habría faltado á alguna ley divina ó humana sí, con la conciencia segura de su desgracia enorme, hubiera acelerado su fin? ¿Qué queréis que haga en la vida, un militar —caso conocido en el ejército del Paraguay— un militar á quien una bala ha mutilado los órganos genitales?... La vida será tal vez posible, después de una prolija operación y de inteligentes cuidados, pero la función vital del individuo, el aparato distribuidor de energía —según con razón lo establecía Brown-Sequard—, imposible! Un militar, es decir la persona viril por excelencia, sin los atributos varoniles de su sexo! ¡Eunuco! ¿Es acaso tolerable la vida para ese hombre que, por otra parte, hasta en la estatura era la reproducción animada de la sencilla y bellísima concepción del *Valor militar* de Paul Dubois? ¿Resignación? Vaya una terapéutica para tan irremediables males morales! Como si no fuera menester colocarse en el verdadero terreno experimental, estudiar al caso y resolverlo clínicamente, y no tomar la teoría y aplicarla indistintamente como sus tratamientos el médico de marras: desde el número 1 al 14, purgantes; desde el 14 hasta el 16, láudano y cataplasmas, —estuvieran ó no constipados los primeros, ó sueltos de vientre y doloridos los segundos!

En ciertos casos, tal vez los más numerosos, el suicidio será sin duda un delito y una cobardía; pero en algunos probablemente un dulce y supremo refugio, según la dolorosa y desesperada exclamación del poeta moribundo: *ó mort des anciens jours, j'ai compris la douceur, el charme évanoui de ton œuvre muette!*...

Una vez fallado el proceso del almirante Parejas y condenado á muerte, el capitán Orcano, su intimísimo amigo, le entrega un revólver para quitarse la vida evitándole el doloroso trance de morir ajusticiado. Suprimid de la historia contemporánea el suicidio de Balmaceda, y la idea que dió origen á su *dictadura* queda sepultada en el olvido; el gran ciudadano chileno deja de ser el mártir de un gran pensamiento para convertirse en un ambicioso vulgar que huye de las furias populares, disfrazado de mujer ó de marinero. Su gran carácter supo



ahogar el grito violento del instinto que salvaguarda la vida con tanto celo, optando por el doloroso y obscuro refugio de la autoquiritia. Pringles haciendo una tentativa de suicidio en la memorable caleta de Pescadores, levanta el espíritu abatido del Ejército independiente. No pudiendo vencer la incontrastable superioridad numérica de la caballería y artillería españolas, al mando del general Valdéz, y derrotado tres veces, se abre paso á través de los escuadrones enemigos arrojándose al mar... En el momento en que el brioso soldado estaba casi sumergido por un vuelco de su caballo, espantado por la enorme altura de donde se había arrojado, se presenta el noble general español que, sabedor del caso, acudía á escape al sitio ofreciendo garantía de la vida al jinete náufrago. (Mitre, *Historia de San Martín*).

¿Y aquel sublime suicidio de Ricaurte? —Joven de veinte años apenas, natural de la villa de Leiva, en Nueva Granada, desconocido hasta entonces, adquirió con su muerte las proporciones legendarias del héroe de Cajigal. En lo más recio del combate —dice el ilustre historiador de San Martín— aparece la columna flanqueadora de Bores sobre las alturas que dominan el Ingenio, que custodiaban tan sólo cincuenta hombres al mando del capitán Antonio Ricaurte... Perdido el parque, quedaba perdida la batalla. La expectativa era angustiosa, porque casi podía decirse que la independencia de toda esa parte de América estaba encerrada en el éxito de aquel combate á muerte, que iba á tener lugar dentro de algunos momentos... La columna flanqueadora avanza, avanza siempre con la conciencia de su victoria; llega á la casa del Ingenio, situada en lo alto del cerro, y dando alaridos de triunfo, penetra en ella sin resistencia... En aquel mismo instante el ruido ronco y horroroso de una explosión conmueve todo el campo; una columna enorme de humo y de escombros se levanta como una violenta erupción sobre el cerro incommovible. ¡Qué horrible expectativa para Bolívar que había visto aparecer la columna flanqueadora por la espalda, y desfilar en silenciosa retirada la pequeña guarni-

ción del Ingenio! ¿Estaba ya todo perdido? No. Ricaurte, sin medios ni esperanzas de sostener la posición, y comprendiendo que de eso dependía la salvación del Ejército republicano, ordenó á su tropa evacuar el punto poniéndola en salvo, y una vez que el último soldado había traspuesto la portada, se precipitó sobre el polvorín y le prendió fuego (1)! Beaurepaire, antiguo oficial de carabineros del batallón de Maine-et-Loire, es otro de los muchos actores de esta autoquiritia heroica. En los momentos más oscuros é inciertos de la invasión, Verdun fué un baluarte que era necesario defender á costa de todas las vidas. Pero después de veinte horas de bombardeo, el Consejo de la defensa, en presencia de los estragos producidos por el enemigo y ante la inminencia de un asalto cuyo éxito no parecía seguro, aceptó la suspensión de armas propuesta por el duque de Brunswick, con el objeto de arreglar la capitulación. El comandante Beaurepaire interviene y protesta en nombre del honor y de la salud de la Francia, que exigen detener al enemigo alguno días frente á la plaza sitiada...; ¡Inútil protesta! El pavor puede más que el honor, y la plaza va á entregarse. Beaurepaire opta por el suicidio antes que aceptar la vergüenza de semejante acto, y se mata exclamando como el héroe antiguo: *Messieurs, j'ai juré de ne me rendre que mort; survivez à votre honte puisque vous le pouvez, quant à moi, fidèle à mes serments, je meurs libre* (2).

La sabiduría pagana sancionaba ésta y otras clases de suicidio según aquella frase famosa de los estoicos: *mori licet cui vivere non placet*, que no era sino la fórmula concreta del individualismo en las opiniones filosóficas de los antiguos. Aristóteles, el único de los filósofos pre-cristianos que haya tenido un concepto más preciso de la importancia social del suicidio, sólo discute el derecho que tiene la sociedad de castigarlo, pero deja sospechar que hay casos en que está justificado. Platón,

tan severo para condenarlo, lo admite, sin embargo, "cuando sea determinado por una situación intolerablemente penosa, ó por el temor de un porvenir desgraciado irremediable". El mismo cristianismo naciente, formado entonces con elementos tan heterogéneos de helenismo y hebraísmo, no temió elogiarlo hasta el Concilio de Arlés; también *el fantástico vescovo di Bona*, el elocuentísimo é inspirado autor de la *Ciudad de Dios*, tronó sobre la cabeza de los audaces, terribles amenazas para la vida futura: *reus homicidii qui se interficiendo innocentem hominem interficerit* (Morselli, op. cit.).

El suicidio podrá ser un simple fenómeno social, como la prostitución, el pauperismo y la delincuencia; un resultado inevitable y previsto de la selección y de la lucha por la existencia, pero quedan esas excepciones numerosas que dejamos mencionadas, en que es el término preparado de un proceso intelectual relativamente libre, consciente y reflexivo; un acto voluntario hasta donde el *me-canismo-hombre* lo puede verificar: el producto lógico de una situación moral dada, cuyo desarrollo necesario —casi diría mecánico— lleva fatalmente á ese fin, refugio de una conciencia alarmada, pero no meticulosa ni cobarde.

¿El suicidio es un acto de valor ó es una cobardía? Lo primero, seguramente, cuando no se verifica dentro de la zona de anestias físicas y morales que caracterizan la mayoría de las formas de enajenación mental: entonces la sensibilidad está muda y el dolor ausente; la muerte viene con un lujo de procedimientos atroces verificados sobre un cuerpo y una alma inertes. Hay, sin duda alguna, valor cuando se mira la muerte frente á frente, aceptando y, casi involuntariamente, saboreando las probabilidades cercanas de una agonía dolorosa ó atroz; cuando, como en el caso de los suicidios políticos más conocidos, se prefiere la pérdida de una existencia, algunas veces rodeada de satisfacciones indudables, al estigma convencional que engendra una circunstancia fortuita. Preferir la muerte por este medio, á la vida aplastada por la lenta desgracia que la empuja en la mísera pendiente de un olvido lleno de

1. *Historia del General San Martín*.

2. *Histoire parlementaire*, t. XVIII, pág. 54. *Études sur la mort volontaire*, par des Etangs.



ignominias: eso no merece la injuria, el castigo de las leyes ó el de la Iglesia, sino la piedad... y, en algunos casos, más bien la admiración (1).

Para el alma que no tiene el calor de esa Fé, que hace creer al candor de los creyentes tantas cosas, sino verdaderas, cuando menos muy bellas algunas; para los que creen que la vida futura es simplemente un



mito consolador, muy moral pero poco probable, el suicidio no puede ser sino un refugio supremo en las grandes é irreparables tribulaciones, en que hay que optar entre la muerte civil ó moral producida por una lapidación pública, y la muerte física, que es una simple disgregación de la materia, según los adoradores de la Fuerza. Hay que fijarse bien en que digo *grandes é irreparables* desgracias, y no las pueriles causas que encierra la estadística indiferente bajo el vago y conceptuoso calificativo de *hastío de la vida*. El que puede medir esa magnitud de los infortunios no es seguramente el cerebro ni la conciencia vulgar del parlurdo que se mata porque *tiene hambre*, ó la del tendero que cita Desessart, para llamar la atención sobre su negocio que se fundía en una quiebra fraudulenta: un procedimiento de *réclame* mercantil, que sólo á un corazón de mercader se le pudo ocurrir (2).

Se justifica, ó cuando menos se explica, en determinadísimas situaciones, porque ese medio de

dar satisfacción al brutal convencionalismo de la moral social, no es un recurso de los tontos y de las bestias, tanto más cuanto que de su muerte voluntaria no resulta ninguna satisfacción para la moral, para la fecundación de un gran pensamiento social, ó la salvación de una idea, sino mucho trabajo para el guardián del cementerio, y una ocasión propicia para que el encargado de la Estadística policial haga un gasto copioso de filosofía práctica al apuntar el dato en la casilla correspondiente.

Establecer esto con tanta claridad y de manera tan irrespetuosa para las preocupaciones establecidas, no será correcto, según la filosofía corriente de los que escriben tratados de moral y teodicea, siguiendo el patrón secular de los teólogos de Arlés y de Artois, pero es una verdad que resulta de la observación y del estudio de la vida hecho con criterio *hipocrático*; la vida tal cual es, la vida en el anfiteatro de la intimidad doméstica, en donde los dolores secretos, descubiertos y disecados por la curiosidad discreta del observador, dan sobre la balanza de la crítica, la suma de sacrificios ignorados que cuesta el resistir la tentación ava-

salladora del suicidio; ó las razones que han pesado sobre esos corazones *tout simplement admirables*, como decía el autor de *Jeunesse*, para determinar tan suprema resolución. El mundo tanteado con los propios dedos del filósofo, sin el lazarillo del libro sistemático ó del manual que inventa la hipocresía venal de los pedagogos, mirado con sus ojos, es muy distinto del mundo de los romances en que estudian algunos. La patología se estudia en el libro, y la clínica al lado del enfermo. ¡Cuán distintos son los dolores y las enfermedades investigados por cada uno de los dos procedimientos! Estudiemos la clínica, y no la semeiótica teórica, para tener un concepto exacto del sujeto. Tomad al enfermo en su casa y en su medio, á la cabecera de la cama: ese doliente corazón que va secretamente recogiendo en la vida todas las amarguras que una Providencia funesta, como decía el fiero Baudelaire, ha acumulado desde su cuna, —para poder considerar desde el comienzo todo el proceso evolutivo que lo ha conducido á tan lógico final.

*El suicidio indirecto* es una invención extravagante del temor, que retiene al desesperado fuerte-

1. Gorre. *Le crime et le suicide*, 1891.

2. Brierre de Boismont. *Le suicide et la folie suicide*



mente amarrado á la vida y demuestra que hay, en efecto, valor en aquel acto: el *aspirante* comete un crimen, á fin de asegurarse su propia supresión por la mano del verdugo, que no desfallece, como que opera en carne ajena. Según Joly, tan extraña tendencia ataca en los presidios á individuos en completo goce de su salud normal; pero fuera de ellos, denota frecuentemente una aberración mental caracterizada. El caso de Burton, referido por Maudsley, y del inglés Brullman son elocuentes. Cansado aquel de vivir "y no teniendo el coraje de quitarse la vida" entra en una sala de billar, fusil en mano, se detiene delante de uno de los jugadores y le descarga el arma, dejándolo muerto en el acto (1). En Edimburgo, un joven soldado, de carácter sombrío y melancólico, invita un día á uno de sus más íntimos amigos y, apenas un poco fuera de la ciudad, le da de puñaladas y se deja prender. En presencia de los jueces, conservando toda su sorprendente sangre fría, dice: "Yo soy culpable, debo ser castigado, puesto que es el objeto de todos mis deseos; hace mucho tiempo que la vida me es un fardo demasiado pesado; yo no he querido quitármela porque hay un Dios vengador que prohíbe el suicidio, prefiero la mano del verdugo" (2).

Dentro del suicidio llamado patológico, que es sin duda alguna el más frecuente, entra el de todos los clasificados como neurópatas, locos hereditarios, etc., etc. Estos *inadaptables*, como les llaman algunos, tienen que optar entre el suicidio, la prostitución, la locura ó el homicidio, distintas manifestaciones ó modalidades de una misma fuerza probablemente. Según Corre, y hasta cierto punto me parece exacta su afirmación, la prostitución es el lote de los más depravados; el crimen y particularmente el homicidio, de los más audaces y de los más ignorantes, y el suicidio el patrimonio de los que se acercan más á la locura. Lacassagne sostiene que el suicidio es el *crimen* modificado por el medio social (Congreso de

Roma, 1887). Morselli, que el uno es el antagonista del otro. Hay en efecto afinidades observadas por diversos autores que han notado *caracteres* somáticos del mismo orden en los criminales y en los suicidas: menor capacidad craneana, menos desarrollo relativo del cráneo anterior, asimetrías cráneo faciales y predominio occipital ú occípito-parietal. Los escasos datos que poseemos del suicidio entre los indios de nuestro continente, y con especialidad de nuestros *pampas*, no nos permiten confirmar la teoría atávica ahora en auge, también respecto á la etiología del suicidio. Entre los numerosos individuos que la civilización argentina ha incorporado. Pocos son los casos de autoquiria que conocemos; lo que nos autoriza á establecer que es raro, dado el número enorme de indios y el mínimo *porcentaje* que arrojan el suicidio, la locura y las demás expresiones del sistema nervioso enfermo. Lo único que podría decirse, es que el procedimiento adoptado es realmente bárbaro y atroz: arrojarse de un tercer piso al patio de la casa; abrirse el vientre con horrible lentitud por medio de un *arco de barril* y sacarse los intestinos como quien devana un ovillo: tales son los procedimientos preferidos por los suicidas ¿Anestesia, ó valor? Las dos cosas á la vez, con un poco de la barbarie primitiva que palpita en todos los actos de su vida colectiva é individual. Todos sabemos que el indio es valiente y que su sensibilidad poco desenvuelta, y hasta cierto punto inerte, por la vida errante é inculta en que vive y llegan á hombre, no se desarrolla con la amplitud y riqueza que permite al hombre de las ciudades experimentar todos los dolores y todos los placeres.

El crimen y el suicidio aumentan paralelamente. afirma el autor de *Crime et Suicide*, y experimentan paralelamente recrudescencias en los períodos críticos de la política y de las crisis económicas, como en los períodos próximos de las grandes guerras, tal como sucede con la locura. El suicidio tiene con uno y otra relaciones de evolución estrechas, según se deduce de las estadísticas de Joly. La desesperación que lleva á un hambriento al robo, puede también

llevarle al suicidio, dada la perturbación cerebral que producen generalmente estas causas (3). Bajo la influencia de causas más ó menos similares, las impulsividades pueden, pues, traducirse por actos diferentes en singular concordancia de progresión, que es lo que generalmente pasa. En los cincuenta años últimos, la criminalidad general ha aumentado de 133% y el suicidio de 162%; y el excedente del suicidio es probablemente susceptible de ser atribuido al predominio de la intervención patológica en su etiología (Joly). Como el crimen, el suicidio sufre la influencia de la *radiación* imitativa y sugestiva; ambos se manifiestan por series pseudo-epidémicas, por estallidos que recuerdan procedimientos de contagio. Las mismas relaciones de causa á efecto son también aplicables á la enajenación mental y al suicidio, lo que da cierta verosimilitud á la teoría del parentesco entre la locura y las diversas formas de la impulsividad anti-social, parentesco al cual la degeneración sirve de intermediario ó de preparación. Para Corre, las afinidades se manifiestan en su máximum hasta confundirse en actos asociados, bajo la acción de móviles indescomponibles; unas veces con una nota de reflexiva determinación y aún de cálculo que excluye la idea de un proceso delirante, otras con la nota pasional ó la de la anomalía mental degenerativa ó mórbida. Se refiere el autor citado, al suicidio-crimen, derivado completamente de una estimulación anti-altruista; al suicidio que sigue inmediatamente á un asesinato, en que los dos actos han surgido del mismo pensamiento, siendo el uno el corolario fatal del otro; al suicidio verificado después del asesinato de una ó de muchas personas, sobre las cuales el suicida se arroga autoridad á un título cualquiera: madre matándose con sus hijos, amantes con sus queridas en la desesperación ocasionada por la miseria ó los celos eróticos, y por fin al suicidio *à deux*, de causa pasional y no sin analogía con la *folie à deux* (4).

¿El suicidio y el crimen son

1. Desessart. *Histoire générale des tribunaux*.

2. *Historia de los Tribunales*.

3. Corre. *Le Suicide*.

4. Corre. *Crime et suicide*.



como dos ríos que toman su origen en dos planicies de incitabilidad muy próximas y cuyo intervalo, —la enfermedad, la locura, la degeneración— llenan frecuentemente confundiendo sus fuentes? En las condiciones ordinarias, cada una de estas corrientes ¿desciende por su pendiente y va á verterse separadamente en el gran río antisocial? Lo que autores conocidos dicen en un tono afirmativo y demasiado perentorio, está á mi parecer mejor colocado todavía entre dos puntos interrogantes...

*La tentación del suicidio debe ser violenta en estos cerebros conmovidos por la locura y sus alucinaciones terroríficas ó simplemente por la predisposición hereditaria en donde es mucho más sensible como fenómeno simple de captación.*

Alguna vez he sometido mi espíritu á una curiosa experiencia para deducir de esa prueba que llamaría *de laboratorio*, tan remotamente aproximada á la realidad, lo que será la seducción diabólica en el momento supremo de la caída. Un día, se deslizaba por el camino de fierro una locomotora de dimensiones gigantescas arrastrando con violenta y acompasada rapidez un tren de carga; pasaba rozando el borde del andén y producía un ruido sordo y monótono, un ruido siniestro para mí, que estaba con ciertas disposiciones del ánimo un tanto grises, y semejava al sordo y prolongado rumor de un trueno lejano repercutiendo en la concavidad de un profundo valle —como diría un literato. Tenía el espíritu lleno de esos presentimientos injustificados, con que se hace sentir sobre el *humor* la lipemania fisiológica que produce transitoriamente una mala digestión, ingertada sobre una noche de insomnio y de pesadillas. Me aproximé á ella, miré las ruedas, que daban, como enloquecidas por un vértigo, que sé yo qué cientos de vueltas por minuto, y me vi, entre sus dientes y fé-mures de acero, hecho una bolsa de huesos, rodando entre el barro y envuelto en la estela de vapor en que parecía cabalgar aquel dinosaurios colosal. Confieso que sentí correr por mis nervios la sensación mas extraña que haya circulado por ellos en toda mi vida. Sentí verdadera atracción, la

irresistible seducción del peligro; sensación puramente orgánica tal vez, que procede de una cierta susceptibilidad enfermiza de los sentidos y de la sensibilidad general en momentos excepcionales; vagos impulsos de ceder como si un vacío fantástico, operado por el vértigo de la enorme masa, me atrajera. Una suave contractura detenía las piernas ligeramente rígidas y recorridas por un temblor que no se exteriorizaba, como el de los alcoholistas, detenido por un temor previsor de la vida, de ceder y precipitarse. Sentía la conciencia, como un auriga alarmado, manteniendo firme las bridas tendidas de aquellos caballos que parecían quererse desbocar. Sentí en la región precordial, como si el agua de un ánfora, agitada por algún espíritu maligno, pugnara por romper sus paredes que eran firmes é inquebrantables, como que no habían sido vencidas jamás. Sentí —en suma— lo que es la atracción del peligro, lo que debe seducir á los niños con la conciencia todavía soñolienta y el cerebro tierno, lo que debe ser la imperiosa y constante tentación del suicidio: la tiranía de la impulsión morbosa, si no se tiene sobre los hombros la segura controlación de una conciencia serena, la vigilancia ininterrumpida de un cerebro sano.

Cuando en una cabeza tentada surge como una chispa la idea del suicidio, hay que suicidarse: la defensa es á veces heroica, pero el triunfo tarde ó temprano pertenece á la muerte. El instinto celoso de la vida corre desesperado en procura de todos los auxilios que la humana ciencia ha podido inventar... pero es inútil: la idea del suicidio está ahí golpeando el cráneo, la mirada fija sobre la conciencia anémica y pusilánime del hereditario, hasta que opera la definitiva captación del espíritu y lo devora. ¡Qué! ¿Pretendéis evitar esta autoquiritia irremediable con la vigilancia de la familia ó la disciplina del manicomio? ¡Qué error! No se ha inventado aún la contención moral, el chaleco de fuerza, la palabra humana que arranque del espíritu ese pensamiento tiránico.

Ved un ejemplo de esa horrible posesión del pensamiento fijo, tomado entre los muchos que en-

cierran los anales de la medicina mental. Cuenta Brierre de Boismont, en su libro *Observations critiques sur le système de non-restraint, etc., etc.*, que un gentil-hombre extranjero fué asilado en un establecimiento justamente renombrado, y que, al entregarlo á la custodia inteligente de la dirección médica, lo único que le recomendaron fué que impidiera la repetición de la tentativa de suicidio que los había obligado á recluirlo. El director del establecimiento le colocó un guardián á cada lado. El enfermo, fatigado del largo viaje que había tenido que hacer, manifestó deseos de acostarse. Los dos guardianes se colocaron al lado de la cama, dispuestos á echarse sobre el paciente al menor movimiento, y todos los objetos propios para ejecutar un suicidio fueron alejados de su lado. Una hora después manifestó al director el deseo de descansar, pero exigiendo que le suspendiera la tortura de los guardianes que constituía un suplicio insostenible, "*dont les yeux ne me quittent pas un seul instant*". El director consiente en que los guardianes se alejen de la cama pero que se conserven á pocas varas sin perderlo de vista. Dos horas después, el director vuelve... el enfermo está tranquilo... reposa silenciosamente. ¿Duerme en efecto? El director exaltado por una duda terrible levanta rápidamente las cobijas, el enfermo se ha dado la muerte bajo los ojos de los mismos asistentes y sin que éstos percibieran el menor movimiento; ha roto las faldas de su camisa de batista, las ha enroscado á manera de una cuerda con un nudo corredizo y, aplicándoselo fuertemente al cuello, se ha ahorcado poniendo en ejecución su idea fija!

Esa *idea fija* es una rueda loca en el mecanismo cerebral, que no cesa en su movimiento continuo. Todo tiene su momento de reposo en la vida; toda función, un instante de relativo descanso en que las fuerzas se reponen por un sueño reparador ó una tregua benefactora. El odio, la pasión de los celos, devoradora como es, el amor más violento, el deseo implacable de la venganza, tienen instantes de cansancio ó de verdadera relajación, en que parece que la fibra, á fuerza de vibrar, se aflo-



jara para luego volver más tendida á azotar la sensibilidad. Pero ese sentimiento extraño de fúnebre nostalgia, que se reproduce más vivaz á medida que se repiten las tentativas, esa vaga aspiración de la tortura, en que el suicida hasta saborea con fruición el momento demasiado rápido en que se hará saltar el cráneo; ese pensamiento que no conoce ninguna de las formas fisiológicas del cansancio, que no posee ni las intermitencias de la vida en su constante acción, no sufre ninguna alteración ni siquiera en su forma, igual y siniestramente monótona desde que surgió en el cerebro humano, determinando el primer suicidio. —*Disparadme un tiro que me abra la cabeza, —decía á un maestro alienista un antiguo funcionario, con la fisonomía descompuesta y la voz sorda y temblorosa:—yo no puedo sufrir por más tiempo un suplicio tan horrible; yo sé lo que me espera.... yo tengo que ahogarme, ahorcarme, degollarme vivo, arrancarme los ojos... ó de lo contrario, me harán sufrir las más grandes torturas....*

Un capitán del ejército argentino, á quien yo asistía, hizo en dos años seis tentativas, frustradas por los cuidados y vigilancia de la familia, hasta que recluso en el Hospital San Roque, por no encerrarlo en un manicomio, y bajo la custodia cariñosa del Dr. Revilla y de los practicantes, logró llevar á cabo su propósito abriéndose el cráneo en la misma calle del Hospital. Curiosas revelaciones me hizo ese hombre, en los ratos de cordialísima confianza en que entraba á menudo, solicitado por la intensa simpatía que nos profesábamos. No era dolorosa la seducción; érale más bien agradable sentirse arrastrado por aquel sortilegio inexplicable, y cuando, por circunstancias comunes, había llegado á burlar el control de la familia y de los amigos, cuando la sociedad y el aislamiento accidental parecían ofrecerle la ocasión propicia, sentíase conmovido por extraña sensación de bienestar, como si circulara por sus nervios ese fluido que conmueve el alma, cuando en el misterio de una penumbra se siente sobre la cara trémula el suave contacto de una mano amada: y aquel extraño transeúnte de la vida decía *amar*

*mucho mas á la muerte que á su prometida.* Otro enfermo, cuya historia recuerdo haber leído en algún tratado de patología —refería que sus determinaciones funestas eran inspiradas por el terror que le causaban los cambios de fisonomía de sus comensales, que tomaban expresiones espantables pronunciando palabras terribles, después de las cuales y como si ellas tuvieran el poder de los conjuros, se le aparecía sobre la mesa el cadáver putrefacto de su madre. Un joven de las principales familias de Buenos Aires se arroja de la azotea de su casa, perseguido por un hombre de horrible aspecto que un año antes se le había aparecido, determinando otra tentativa de suicidio. El año 1881, suicidose en el *Paseo de Julio* un conocido estudiante de medicina, cuya familia era uno de los más confirmativos ejemplos de la ineludible herencia de la autoquiria. Oscar era nieto é hijo de suicidas. Sabíalo él, y conociendo que estaba condenado por la fatalidad, arreglaba sus cosas y hacía sus proyectos para dentro del plazo consabido, que calculaba vencer á los 22 años. Al aproximarse esa fecha, comenzó su inteligencia á perturbarse, diseñándose una *lipemanía* llena de los presagios y dolores que deben suponerse. La hermana, que era una bellísima reproducción de *Margarita*, vivió dos largos y crueles años víctima de la tortura que Oscar le imponía, recordándole el legado fatal y recomendándole que arreglara sus asuntos, porque el *mandato de la muerte* sería ineludible, que en un sitio determinado dejábale una substancia que él reputaba la mejor y más rápida para darse la muerte. En efecto, Oscar, que era un distinguido estudiante de química, y como tal predilecto del doctor Tomás Perón, había tenido la extraña resolución de estudiar experimentalmente, en perros y conejos, las substancias más activas y menos dolorosas, resolviéndose después de tan maduro conocimiento por el *ácido cianhídrico*. El 12 de diciembre de 1881, chanceló su deuda sentado en uno de los bancos del paseo, después de haber cumplido 24 años y algunos meses. He ahí un romántico argumento para la novela impresionista.

Esquirol, Falret y Féré han cita-

do ejemplos notables de esta transmisión fatal; y Le Roy recuerda una familia de campesinos, cuyos diez miembros se dieron la muerte en el espacio de cincuenta años. Sucede —dice Féré— que algunas veces los suicidas de una misma familia eligen el mismo género de muerte y se matan á la misma edad. Un caso tan curioso como el que referimos cuenta Hammond, en su libro á *treatise on insanity*, etc., etc.: un individuo de treinta y cinco años se corta el cuello en el baño con una navaja; el suicida tenía tres hijos, dos de los cuales se mataron á la misma edad y de la misma manera, y una niña que á la edad de treinta y cuatro años se suicidó *cortándose el cuello y en el baño*. Y lo más curioso es que ésta tuvo una sola niña que, después de dos tentativas infructuosas, logró matarse á los treinta años de la misma manera!

¿Hay aquí transmisión hasta del procedimiento adoptado? Habrá, sin duda, herencia de la impulsión al suicidio, porque, como se ha establecido ya por la ciencia, la herencia similar se halla en diferentes formas de emotividad morbosa, y parece que en los centros de ideación como en los motores, que no es posible separar, las células cerebrales tienen una tendencia á especializarse y á adquirir propiedades hereditarias (1); pero en cuanto al procedimiento adoptado con esa precisión y hasta con la misma extravagancia, la sugestión, verificada sobre un cerebro maculado por el conocimiento del hecho, ha de operar una parte importante para la opción del método.

Sostener que el suicidio *es siempre* un síntoma de locura, es negar la verdad, seguramente.

¿Qué diríais de los estoicos, esas almas invulnerables que, cuando el genio republicano fué amenazado por la espada de un dictador, cuando todo cedía á la gloria de César ó se arrastraba bajo Tiberio, dieron grandes espectáculos al mundo? ¿Que ellos eran locos? Todos esos arranques admirables y violentos, que ofrece la historia, ¿son otros tantos actos de locura? ■

1. Féré, *Famille neuropathique*.





## SINDROME DE FATIGA CRONICA

Eduardo A. Matta

Médico psiquiatra. Thompson 229, 8000 Bahía Blanca

### ¿Porqué estudiar el síndrome de fatiga crónica en Psiquiatría?

Los progresos en neurobiología y en Psiquiatría Biológica han conducido al descubrimiento de muchas interacciones entre los estados del humor y las alteraciones de la neuroquímica, neuroendocrinología, y los diagnósticos por imágenes cerebrales. Por ejemplo, la falta de respuesta a los antidepresivos (AD) en síndromes que incorporan síntomas de depresión en los que se ha encontrado que, frecuentemente, ocultan hipotiroidismo subclínico.

Otros síndromes clínicos tales como (aunque no solamente) los de Cushing, Addison y Parkinson presentan frecuentemente síntomas incluíbles en el diagnóstico de depresión mayor (DM). Por esta razón, el DSM-IV ha incluido la categoría de "trastorno del estado de ánimo debido a..." (indicándose la enfermedad médica causante) para ser usado en estos casos(5).

El diagnóstico de "Síndrome de Fatiga Crónica" (SFC) requiere de una serie de criterios que serán descritos en detalle más adelante. Aunque la creencia original de que la enfermedad era producida por el virus de Epstein-Barr (VEB), no ha sido validada, han existido numerosos informes confirmados de una función inmune deteriorada. Infortunadamente, a pesar de la morbilidad de la enfermedad, los pacientes siguen arrastrando su problema físico complicado por una sociedad que todavía no

lo distingue bien, y llevando a prácticas médicas inútiles, rotulando el síndrome como "psiquiátrico", y quebrándose los sistemas de apoyo familiar. Terminan muchas veces aislados, quebrados económicamente, y todavía sintiéndose mal.

El SFC, cuya causa exacta todavía permanece desconocida, se presenta muy a menudo con síntomas de depresión. En estudios efectuados sobre el síndrome vinculado de las fibromialgias, se han encontrado niveles de entre el 25 al 40% de síntomas y síndromes depresivos. Los australianos encontraron un 46% de depresión en el SFC. Por lo tanto, es perfectamente factible que esto conduzca a un diagnóstico erróneo de depresión, cuando en realidad es un trastorno orgánico del humor.

Además, la relación exacta entre el SFC y el cuadro de DM necesita todavía ser evaluada, debido a que también se ha descrito un deterioro de la función inmune en esta última. Como se ha visto en algunos estudios, hay depresiones que cursan con

1. Linfopenia;
2. Disminución del número de linfocitos T;
3. Disminución de las respuestas mitogénicas estimuladas;
4. Disminución de la actividad de las células T Killer.

### Antecedentes históricos del SFC

Desde una perspectiva psicoa-

nalítica, la neurastenia y la psicoastenia han sido desde el principio de los trabajos de Freud, diagnósticos usados en sus primeras descripciones. Ya en 1907 un manual de psiquiatría estándar norteamericano incluía a la neurastenia como un persistente estado de fatiga.

Sin embargo, la aplicación de la fatiga como un trastorno psicológico/psiquiátrico data de mucho antes, de 1869. El término "neurastenia" fue introducido por Beard (tomándolo de una publicación anterior) en su libro "Nerviosidad Americana" (1881) significándolo como "falta de fuerza nerviosa".

Se decía que los síntomas incluían fatiga, cefaleas, disminución de la audición, de la visión, incremento del rubor, pesadillas, dispepsia, somnolencia, temblores, debilidad general, sensibilidad en el cuero cabelludo, calambres, palpitaciones, fobias, aumento de las cosquillas, "neuralgias voladoras", escalofríos, pies y manos fríos, caries dentales, bostezos excesivos, impotencia y vaginismo. Beard creía que era una enfermedad de personas "muy vulnerables de los nervios". Lo vinculaba a los ciudadanos norteamericanos porque pensaba que éstos estaban sometidos a las tensiones de una gran sociedad capitalista. Este concepto sufrió una elaboración posterior: la debilidad nerviosa conducía a posteriori al deterioro físico. La especulación de la debilidad de los nervios pro-



venía de un agotamiento celular, las células habían agotado sus nutrientes. Esto, a su vez, provenía del mucho pensar y sentir emociones. Sobre esta base, la prescripción era: "menos tensiones y más sueño".

Más tarde, en 1871, Mitchel, en su libro "*Desgaste*", propuso que la fatiga limita la sobreutilización del músculo, pero no hay un mecanismo equivalente para la mente. Su método terapéutico incluía masajes y una mejoría en la nutrición. Otra dirección en la explicación de la neurastenia, fue encontrada en perturbaciones del semen. Se creía que este líquido era fundamental en la formación del LCR; su pérdida, debido a la excesiva masturbación, ocasionaba la neurastenia. Textos británicos importantes reiteraron, a lo largo de un período de 40 años que comienza en 1857, la afirmación de que la fuerza del esperma prevenía la neurastenia. Por lo tanto, como el antecedente bíblico de Sansón y Dalila, se creyó que la actividad sexual robaba energía a los esfuerzos mentales y físicos. Por lo tanto, la propuesta de Freud de que la neurastenia era resultado de la masturbación no fue sorprendente. Debido a la influencia de Freud, el manual estándar de psiquiatría norteamericana de 1911 aconsejaba psicoterapia para prevenir conflictos sexuales y evitar así la aparición de la neurastenia.

Investigaciones adicionales en la psicodinámica de la neurastenia enfocaron sobre la dificultad de iniciar actividades. Algunos investigadores sugirieron entonces que la aparición de la fatiga muscular era un indicador físico de que la mente "quería detener algo".

Menninger, en 1944, afirmó que la "fatiga neurótica" no provenía de un déficit energético, sino más bien de una energía "mal dirigida". Su analogía era la de un automóvil al que se pretende poner en marcha con el freno puesto. Por lo tanto, había que averiguar la causa de la puesta del freno, y no sólo hacer relajación. El diagnóstico de neurastenia persistió hasta 1980, con la publicación del DSM-III.

Por otra parte, ha habido una historia evolutiva de diagnóstico de enfermedades que guardan



una estrecha similitud con el SFC. En 1934, hubo en Los Angeles un brote de una "poliomielitis leve", que afectó a gran cantidad de adultos con síntomas atípicos que incluían alteraciones vasomotoras, sensoriales y artríticas. No hubo información sobre atrofia o pérdida de los reflejos tendinosos.

Se informó sobre una cantidad de hallazgos en esta epidemia:

a. Elevaciones leves de temperatura, que generalmente no excedieron de 37.8°C.

b. El dolor se agravaba con el ejercicio, despertaba al paciente del sueño y estaba caracterizado por dolor en los músculos o en los huesos, y

c. Otros síntomas, que incluían dolores de cabeza, sensibilidad muscular, somnolencia, angina, carraspera, fácil fatigabilidad, irritabilidad, accesos de llanto.

Esta combinación mantiene una estrecha similitud con aquellos síntomas que se incluyen ahora en el diagnóstico tanto de SFC, como de fibromialgia.

En el invierno de 1948-49, hubo un brote de una enfermedad del SNC en Akureyri, una ciudad de la costa norte de Islandia. Como en el informe previo respecto de Los Angeles, aquí también se pensó en una forma suave de poliomielitis. La incidencia en

niño y ancianos era baja, con la máxima incidencia en la segunda década de la vida. Como antes, la fiebre generalmente no excedía los 37.8°C; el pulso estaba cerca pero no superaba los 100 latidos por minuto. Los síntomas significativos aquí incluían dolor, sensibilidad muscular con sacudidas, y debilidad. Además, la fuerza muscular subjetiva se había perdido, los pacientes se quejaban de "nerviosidad" y de estar "cansados desproporcionadamente en relación con su enfermedad". Una extensión extra conducía a un aumento de sus dolores musculares. Estudios virales efectuados en ese momento no revelaron ninguna fuente para este problema. Un reexamen de estos pacientes siete años más tarde mostró que un 75% tenía síntomas persistentes, que incluía a un 52% con debilidad muscular residual y un 65% con claros signos del SNC.

Después de similares brotes en Australia, Nueva York, Dinamarca y Maryland (USA), en Gran Bretaña, en 1955, se realizó una investigación. Se estudiaron 255 pacientes con paresias sin pérdida de masa muscular y sin cambios ni en los reflejos ni en el LCR. Los síntomas, como en otros brotes, incluían febrículas, linfadenopatías, anginas y cefaleas. Éstas eran segui-



das por depresión con glándulas sensibles, apatía, mialgias, parestias y vértigos. Se informó sensibilidad en el área hepática; hubo parálisis bulbar en el 7% de los pacientes. La manipulación pasiva provocaba fácilmente espasmos dolorosos musculares; se informó también sobre electromiogramas significativos: "profundas perturbaciones de la volición... por reducción en la cantidad de unidades motoras potenciales aún para actividades motoras discretas".

Jenkins, revisando en detalle los numerosos informes, consideró el argumento de "histeria" usado entonces, y mantenido todavía. Los fundamentos de ese argumento consistían en los siguientes puntos: la presentación "bizarra" de síntomas y signos en muchos puntos diferentes del cuerpo, la predominancia de mujeres sobre hombres en el número de casos, la presencia de múltiples síntomas psiquiátricos, múltiples síntomas sensoriales, la naturaleza usual de debilidad/fatiga, y los cambios diarios en la severidad del trastorno. Estos argumentos son fácilmente rebatibles: recuérdese que las infecciones bacterianas, cuando afectan sistemáticamente, toman numerosos órganos (lepra, tuberculosis), y que aparezcan predominantemente en mujeres no tiene tampoco consistencia desde que la esclerosis múltiple, con una base orgánica bien demostrada, también afecta predominantemente a mujeres. Jenkins diferenció el tipo de depresión en este trastorno del que aparece en la DM en que es aquí mucho más "lábil", es más frecuente que esté asociada con una frecuente "elación leve", y está asociada con irritabilidad.

Por otra parte, la disforia histéroides es un patrón constante a lo largo de la vida y no un episodio. El hallazgo de un predominio de problemas sensoriales se ha encontrado en algunas deficiencias vitamínicas y en neuropatías periféricas. Las parestias inusuales y los cambios diarios de severidad del trastorno requieren explicaciones e investigaciones más profundas, pero tampoco son típicos de la histeria. Por lo tanto, estos brotes recuerdan más a una enfermedad física que a una DM.

<b>Tabla 1</b> <b>Síntomas de pacientes bajo evaluación por síndrome de fatiga crónica</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intolerancia al alcohol</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Artralgias</li> <li>- Disfunción vesical</li> <li>- Escalofríos</li> <li>- Sueño de estar siendo paralizado o parálisis del sueño</li> <li>- Depresión</li> <li>- Concentración dificultosa</li> <li>- Diarrea</li> <li>- Vértigo</li> <li>- Sueño dificultoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor de oídos</li> <li>- Hinchazón de párpados</li> <li>- Fatiga</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Intolerancia al calor/frío</li> <li>- Cefaleas</li> <li>- Pérdida de cabello</li> <li>- Hinchazón de manos</li> <li>- Incoordinación</li> <li>- Pérdida de apetito</li> <li>- Oscilaciones del humor</li> <li>- Mialgias</li> <li>- Transpiración nocturna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas y vómitos</li> <li>- Sensaciones dérmicas extrañas</li> <li>- Parestias</li> <li>- Dolor al respirar</li> <li>- Palpitaciones</li> <li>- Rash cutáneo</li> <li>- Linfadenopatías</li> <li>- Dolor bucal</li> <li>- Sensibilidad a la luz</li> <li>- Anginas</li> <li>- Sueño intranquilo</li> <li>- Pérdida de peso</li> </ul>

#### Etiología viral del SFC

Se discutirán aquí algunas de las razones por las que se considera que la etiopatogenia viral está implicada en los orígenes de este síndrome, que aún permanecen oscuros. Los síntomas atribuidos al SFC están listados en la Tabla 1.

La Tabla 2 muestra los síntomas de la mononucleosis infecciosa (MI). Un examen cuidadoso de estos síntomas evidencia una gran similitud con los del SFC. Debido a que los síntomas de la MI se ven también en otras enfermedades infecciosas, es posible que haya un mecanismo común para todas ellas.

La Tabla 3 muestra la similitud de ambos cuadros, los cuales, además, se asemejan a los "efectos colaterales de la administración a pa-

cientes de interferón humano (IFN)(1). Se han hecho investigaciones en torno al rol de las linfocinas, a través de esta administración intravenosa de IFN. Se supone que los que padecen infecciones virales y otras enfermedades producen mediadores químicos que pueden ser los responsables de la mayoría de los síntomas virales. De esta manera las linfocinas, tales como el IFN, pueden ser responsables de las manifestaciones neuropsiquiátricas y musculares del SFC. Respecto de estas últimas Behan y col. examinaron biopsias musculares y encontraron fibras de tipo II aumentadas moderadamente en número y tamaño, con aumento de las mitocondrias y muchas zonas necróticas en las fibras musculares. Las implicancias de estos hallazgos no resultan claras(3).

<b>Tabla 2</b> <b>Signos y síntomas de la mononucleosis infecciosa aguda</b>	
<p><b>Signos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Linfadenopatía</li> <li>- Faringitis</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Esplenomegalia</li> <li>- Hepatomegalia</li> <li>- Exantema palatino</li> <li>- Ictericia</li> <li>- Rash cutáneo</li> </ul>	<p><b>Síntomas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angina</li> <li>- Malestar</li> <li>- Cefaleas</li> <li>- Anorexia</li> <li>- Mialgias</li> <li>- Escalofríos</li> <li>- Náuseas</li> <li>- Molestias abdominales</li> <li>- Tos</li> <li>- Vómitos</li> <li>- Artralgias</li> </ul>



**Tabla 3**

**Comparación de síntomas de la Mononucleosis Infecciosa (INF) y del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)**

MI	SFC
- Fiebre.....	+
- Escalofríos.....	+
- Debilidad.....	+
- Fatiga.....	+
- Anorexia.....	+
- Cefaleas.....	+
- Mialgias.....	+
- Artralgias.....	+
	Disfunción cognitiva
	Síntomas depresivos
	Perturbaciones del sueño.
	Parestesias

El examen de la columna izquierda muestra muchos de los síntomas del SFC. Sin embargo no fue hasta que los problemas enlistados al final de la columna de la derecha fueron identificados por Adams que se hizo evidente que los signos, síntomas y la administración del interferon recombinante alfa "puro", la infección y el SFC podían ser considerados como la respuesta del huésped a la infección y a la inflamación.

Estas asociaciones son intrigantes, pero ¿qué tienen que ver con una discusión sobre el SFC y las enfermedades psiquiátricas? La Tabla 4 compara los síntomas de

depresión con los de enfermedades infecciosas.

Problemas tales como dificultades en la concentración y el pensamiento, sentirse empobrecido y cansado, y deseos de quedarse solo, son problemas comunes. Dado que la depresión y las infecciones comparten muchos elementos, sólo se puede diagnosticar esta última si hay fiebre, escalofríos, y adenopatías, con involucramiento de órganos específicos; y el de depresión sólo si la anhedonia, el aislamiento social y los sentimientos de culpa o suicidio están presentes.

**Tabla 4**

**Comparación de los síntomas de Depresión con los de una enfermedad infecciosa**

Depresión	Infección/Inflamación
- Disminución del apetito.....	+
- Hipersomnia.....	+
- Falta de energía.....	+
- Capacidad disminuida de concentración.....	+
- Retardo psicomotor.....	0
- Ideas recurrentes de suicidio.....	0
- Culpa inapropiada.....	0
- Pérdida de interés en actividades usuales.....	+
- Capacidad disminuida de experiencia.....	0
- Interés disminuido en el ambiente.....	+
	Fiebre, escalofríos, debilidad, artralgia, mialgia, cefaleas, alteración de órganos específicos (pulmón, intestino, sistema nervioso central).

**Diagnóstico**

Goodnik y Sandoval(1) señalan que el SFC fue definido como tal recién en 1988. La enfermedad requiere dos criterios mayores y, entre los menores, seis de los once criterios sintomáticos más dos o más de los tres criterios físicos, para ser considerada como tal (Holmes y col., 1988).

**Los criterios mayores son:**

1. La presencia de una fatiga de aparición reciente lo bastante severa como para deteriorar la actividad diaria por lo menos en un 50% por debajo del estado premórbido, y esto por lo menos durante seis meses.

2. Exclusión de otros estados que puedan producir cuadros clínicos similares, a través de cuidadosos exámenes clínicos y de laboratorio. Estas condiciones incluyen neoplasias, enfermedades autoinmunes, infecciones localizadas (tales como abscesos oculares); enfermedades bacterianas subagudas o crónicas (tales como endocarditis, Enfermedad de Lyme, o TBC); micosis (histoplasmosis, blastomycosis o coccidiomycosis), enfermedades parasitarias (toxoplasmosis, amibiasis, giardiasis, o enfermedad infecciosa por helmintos relacionadas con el HIV); enfermedades psiquiátricas crónicas, ya sea recientemente diagnosticadas o a través de la historia clínica (tales como la depresión endógena, el trastorno histriónico de la personalidad, los trastornos por ansiedad, esquizofrenia, o el uso crónico de tranquilizantes mayores, litio, o medicación antidepresiva); enfermedades inflamatorias crónicas (sarcoidosis, granulomatosis de Wegener, o hepatitis crónica); enfermedades neuromusculares (esclerosis múltiple o miastenia gravis); enfermedades endócrinas (hipotiroidismo, Enfermedad de Addison, Síndrome de Cushing, o diabetes mellitus); dependencia o abuso de drogas (alcohol, drogas de prescripción controlada o drogas ilícitas); efectos colaterales de medicación crónica o de otros agentes tóxicos (solventes químicos, pesticidas o metales pesados) u otras enfermedades conocidas o definidas como crónicas, ya sean pulmonares, cardíacas, gastrointesti-



nales, hepáticas, renales o hematólogicas.

Los análisis de laboratorio y las mediciones clínicas no son requeridos para satisfacer la definición de SFC, pero se recomiendan algunas evaluaciones: controlar el peso periódicamente (cambios de más del 10% en ausencia de dieta sugiere otro diagnóstico); mediciones seriadas de la temperatura corporal efectuadas a la mañana y a la tarde, recuento y fórmula sanguínea, electrolitos séricos, glucosa, creatinina, uremia, calcio, fósforo, bilirrubina total, fosfatasa alcalina, aspartato aminotransferasa sérica, creatinina fosfoquinasa o aldolas, orina completa, RX tórax lateral o anteroposterior, una historia clínica detallada del paciente y su familia, eritrosedimentación, anticuerpos antinucleares, TSH, HIV, etcétera.

Si alguno de los análisis mencionados resultara anormal, el clínico deberá buscar la causa subyacente. Si tales condiciones no son detectadas después de una evaluación razonable, este criterio queda satisfecho.

#### Los criterios menores son:

##### 1. Criterios sintomáticos

Para cumplir con éstos, el síntoma debe haber comenzado en el momento, o después del momento de aparición de la fatigabilidad aumentada, y debe haber persistido o recurrido a lo largo de un período de por lo menos seis meses (los síntomas individuales pueden o no haber ocurrido simultáneamente). Los síntomas incluyen:

- a. Febrícula o fiebre intermitente (escalofríos), entre 37,5° y 38,6°. Una temperatura superior a esta última no es compatible con SFC y debería orientar la búsqueda de otras patologías.
- b. Garganta inflamada.
- c. Módulos linfáticos dolorosos, especialmente en cadenas cervicales.
- d. Debilidad muscular general inexplicable.
- e. Mialgias.
- f. Fatiga generalizada prolongada después de ejercicios antes fácilmente tolerados.
- g. Cefaleas generalizadas (de un tipo, severidad, o patrón diferentes de las que el paciente

pudo haber experimentado antes de enfermar).

- h. Artralgias migratorias.
- i. Quejas neuropsicológicas (una o más de las siguientes: fotofobia, escotomas visuales transitorios, olvidos, excesiva irritabilidad, confusión, dificultad para pensar, incapacidad para concentrarse, depresión).
- j. Perturbaciones del sueño y
- k. Descripción de un síntoma principal complejo que se desarrolla sobre unas pocas horas o días.

##### 2. Criterios físicos

Los síntomas físicos incluyen:

- a. Fiebre de poca magnitud.
- b. Faringitis no exudativa.
- c. Módulos linfáticos palpables o sensibles cervicales anteriores o posteriores o axilares. (Nódulos linfáticos superiores a 2 cm de diámetro sugieren otras causas).

Como ya se ha dicho en otra parte, estos síntomas recuerdan los de una variedad de enfermedades que en el pasado fueron llamadas neurastenia, encefalitis miálgica benigna, y enfermedad de Akureyri. Recientemente se le han aplicado rótulos alternativos basados en su presunta etiología viral: mononucleosis crónica, síndrome similar a la mononucleosis crónica, infección crónica por virus de EBV(1), Cocksakie A, Cocksakie B, herpes(3). Los diagnósticos más parecidos a los del SFC son la fibromialgia y el síndrome de fatiga postviral. Es ampliamente aceptado que una gran cantidad de estados de fatiga crónicos, indistinguibles del SFC, pueden seguir a una variedad de condiciones clínicas que incluyen la hepatitis A, hepatitis B, influenza, *chicken pox*, brucelosis o toxoplasmosis, o a las vacunas contra el tétanos, el cólera o la tifoidea. Las relaciones de estas infecciones con la etiología del SFC permanecen desconocidas.

El diagnóstico de *fibromialgia* depende más del síntoma cardinal del dolor. Los criterios mayores para este diagnóstico incluyen:

- Un mínimo de tres meses de dolores generalizados o rigidez que involucren por lo menos tres localizaciones anatómicas.
- Por lo menos seis típicos y reproducibles sitios de sensibilidad aumentada, y

• Exclusión de otras condiciones que podrían causar un cuadro clínico similar.

Se requieren cuatro de ocho criterios menores:

- a. Fatiga generalizada.
- b. Cefaleas crónicas.
- c. Perturbaciones en el sueño.
- d. Síntomas neuropsiquiátricos.
- e. Hinchazón subjetiva de las articulaciones sin hinchazón objetiva.
- f. Adormecimiento o sensación de hormigueo.
- g. Síndrome de intestino irritable y
- h. Modulación de los síntomas por la actividad, el clima o el estrés.

El síndrome de *fatiga postviral* típicamente aparece después de una enfermedad viral.

#### Psiconeuroinmunología y SFC

Este área puede también proveer respuesta a los vínculos entre el SFC y los trastornos afectivos. Desde finales de los años '70 ha habido un creciente número de estudios que examinan la enumeración y función de los marcadores inmunológicos en los trastornos depresivos. Tomados en conjunto, estos estudios tienden a ser no concluyentes.

Un marcador inmune que puede ser particularmente importante en el SFC es la función de las células natural killer (NK), las que se informó eran, en pacientes con SFC, significativamente menores que en los controles sanos. Sin embargo, en una cantidad de estudios se encontró también que esta función disminuía en depresivos. Es importante enfatizar que la depresión no explica completamente el grado de disfunción inmunológica que se ve en el SFC. No obstante, hay evidencias crecientes que sugieren que el patrón de la disfunción inmune observada es compatible con una reacción viral crónica.

El patrón inmunológico visto en el SFC (activación de los linfocitos T y B y niveles elevados de citoquinas combinados con pobre función de las células NK) está en paralelo con los que se han descrito para los estresores psicosociales y los trastornos afectivos. Se ha



informado la existencia de síntomas psicológicos como ansiedad, tensión y depresión en estos pacientes.

Una evaluación inmunológica abarcativa, incluye análisis citométrico de flujo de substest de células T, B y NK, proliferación linfocitaria en respuesta a los mitógenos con fitohemaglutinina o *pokeweed*, y la citotoxicidad de las células natural killer (NKCC) contra una célula tumoral blanco. Además los pacientes son sometidos a pruebas neuropsicológicas. Los estudios han sugerido que hay una más fuerte relación entre los parámetros inmunológicos que son marcadores de una actividad incrementada de las células T y B y mediciones de estilo de personalidad, por diversos métodos, lo que incluye dependientes, antisociales, sádicos y pasivo agresivos, dependientes de alcohol, y trastornos bipolares.

La baja actividad killer fue asociada con estilos de personalidad autodescalificadores y evitativos, con enojo, tensión y distimia.

Es interesante, observar que todas las correlaciones significativas de la respuesta a los mitógenos *pokeweed* —una medición de las células B dependiente de la actividad de células T— fueron positivas, excepto para una relación inversa al vigor. En contraste, todas las correlaciones significativas de la función NK fueron negativas.

Bell y Waters hacen notar que los hallazgos inmunológicos no dejan claro si son causa o consecuencia(3). Behan y col. encontraron un 70% de anomalías en la respuesta a mitógenos. También se ha visto que los substest linfocitarios no son normales en su cantidad. Los pacientes que venían padeciendo el SFC entre 3 y 6 meses mostraron una disminución de la cantidad de los linfocitos TB supresores; cuando sufrían la enfermedad por más de 6 meses había una significativa reducción de los T4 *helper*.

Los estudios de laboratorio sugeridos para estudiar este sector son los siguientes:

- Investigación de poblaciones linfocitarias (CD4, CDB): valores porcentuales absolutos y relación entre ambas subpoblaciones.
- Test de rosetas espontáneas E (linfocitos T totales).

- CD25 (receptor de Interleuquina 2).
- Inmunoglobulinas totales
- Subclases de IgG.
- Test de transformación blástica (fitohemaglutinina).
- Linfocitos B totales.
- Natural killer.

#### Investigaciones endócrinas

Demitrack, en el libro de Goodnick y Klimax(1) sostiene que hubo, a lo largo de la historia del síndrome, dos conceptos patofisiológicos en relación con el mismo. Uno de ellos enfocaba sobre los antecedentes comportamentales de la enfermedad y sostenía que el trastorno representa las consecuencias de una enfermedad infecciosa en individuos susceptibles. El predominio de los síntomas psiquiátricos ha contribuido no poco a la desconcertante y frustrante naturaleza de la enfermedad.

Un punto de vista alternativo enfatiza la importancia de la aparición de la infección, con síntomas constitucionales que emergen secundariamente a la persistente activación inmune u otros cambios psicopatológicos causados por el evento infeccioso inicial.

Aunque los proponentes —ya sea de las causas “comportamentales” o “fisiológicas”— han visto a veces estos mecanismos como mutuamente excluyentes, se cree que la superposición clínica entre el SFC y una variedad de enfermedades primariamente psiquiátricas refleja la existencia de una vía biológica final, compartida, común, que puede ser precipitada por una variedad de antecedentes patofisiológicos infecciosos y no infecciosos. Para Demitrack, la vía final en cuestión es el eje HHA. En primer lugar, una revisión de la presentación clínica del SFC muestra considerable superposición con la clínica de los pacientes que tienen una deficiencia de glucocorticoides. Ciertamente, uno de los síntomas de tal deficiencia es una fatiga debilitante. Una aparición abrupta precipitada por un estresor, estados febriles, artralgias, mialgias, adenopatías, fatiga post-ejercicio, y perturbaciones en el humor y el sueño,

son también características de la insuficiencia de glucocorticoides.

Notablemente, estos síntomas son a menudo vistos en el síndrome relativamente raro de la insuficiencia adrenal subclínica, la cual puede ser detectable sólo a través de la estimulación con ACTH u otras pruebas endócrinas, en pacientes que no dan el cuadro clásico del Addison, con hipotensión y desequilibrio electrolítico. Debido a que los glucocorticoides son el agente inmunosupresor endógeno, más potente, Demitrack sugiere además que muchas de las perturbaciones inmunes observadas en el SFC (por ejemplo, exacerbación de las respuestas alérgicas y perfiles de títulos de anticuerpos elevados para una variedad de agentes virales), podrían también reflejar una deficiencia glucocorticoide leve. En este sentido, se ha demostrado en animales que un defecto en la respuesta del eje HHA a los mediadores inmunes confiere un riesgo para el desarrollo de enfermedades inflamatorias.

Una segunda línea de evidencia que implica perturbaciones en la integridad funcional del eje HHA en pacientes con SFC son las observaciones de que otras poblaciones que presentan similares síndromes comportamentales caracterizados por una profunda letargia, fatiga y humor depresivo (a menudo referidos como síndromes depresivos “atípicos” o “anérgicos”) muestran hipofuncionamiento de las neuronas productoras de CRH. Estas enfermedades incluyen la de Cushing, el hipotiroidismo, y la fase depresiva del SAD.

Estos hallazgos son de interés debido a que el CRH no sirve solamente como principal estímulo en el funcionamiento del HHA —y por lo tanto podría estar involucrado en los casos de insuficiencia suprarrenal sutil— sino que es también una activa neurohormona cuya administración central a animales y primates no humanos induce signos de alerta fisiológica y comportamental, incluyendo la activación del SN simpático, hiperrespuesta a los estímulos sensoriales, y una locomoción aumentada. Por lo tanto, una deficiencia en el CRH hipotalámico podría contribuir a una profunda letargia y fatiga, que son características



tanto de los estados depresivos "atípicos" como del síndrome de fatiga crónica, ya sea directamente, afectando el SNC, o indirectamente, causando el SFC.

El postulado de que varias formas de perturbación neuroendócrina pueden acompañar a las enfermedades infecciosas y explicar parte de la morbilidad de estas enfermedades, no es nuevo. Por ejemplo, se ha demostrado que pacientes con varias infecciones virales agudas tienen activación del eje HHA. Se ha sugerido que esto ocurre a raíz de la secreción de citoquinas (por ej. la interleukina 1) la cual activa directamente componentes centrales del eje. La falta de una adecuada respuesta glucocorticoide en las enfermedades virales agudas predeciría una pobre evolución y la necesidad de una terapia glucocorticoide adicional.

La diabetes insípida que resulta tanto de lesiones destructivas del hipotálamo anterior como de una inhibición funcional de la secreción de vasopresina, ha sido descrita como la secreción inapropiada de vasopresina o por patrones más amplios de insuficiencia hipotálamo-hipofisaria. En los estados infecciosos crónicos, tales como la hepatitis viral o el SIDA, hay deterioros sutiles de la función endócrina, incluyendo leves alteraciones de las funciones adrenales o gonadales. Las alteraciones dependientes de una infección viral, en el sistema neuroendócrino, pueden incluir:

1. *Estructurales:*

- Destrucción invasiva de tejidos neurales.
- Formación de abscesos.
- Vasculitis.

2. *Funcionales:*

- Alteraciones en la transcripción genética,
- Alteraciones en la sensibilidad del receptor.
- Perturbaciones en la secreción de citoquinas.

Uno de los mecanismos más



misteriosos es que las infecciones virales pueden conducir a cambios patológicos duraderos, mucho más allá de que haya cesado la infección.

Resumiendo, se conjetura que una variedad de antecedentes infecciosos y no infecciosos pueden conducir a un déficit específico neuroendócrino, especialmente una falla en el eje HHA, mediado por fallas en los mecanismos centrales de secreción de CRH. Este patrón de insuficiencia adrenal secundaria, a su vez, puede ser una consecuencia tanto como una causa en el desarrollo de muchas de las anormalidades que han sido descritas en pacientes con SFC. De manera similar, otros estados clínicos, con patofisiologías ampliamente diferentes, pueden terminar en un síndrome similar al de la fatiga debido a un déficit funcional del CRH hipotalámico.

La evidencia disponible sugiere la existencia de un hipocortisolismo leve en los pacientes que se han estudiado, el cual resulta de un defecto a nivel hipotalámico o por encima de él, que conduce a un déficit de CRH y de otros secretagogos que activan el eje HHA. Por lo tanto, una respuesta exagerada de cortisol a bajas dosis de administración de ACTH y una respuesta aplanada más que exagerada de ACTH al CRF apoya fuertemente un diagnóstico diferente al de una insuficiencia adrenal primaria. De manera similar, niveles plasmáticos nocturnos ele-

vados, más que reducidos, sugieren que el corticotropo no es la fuente principal de la deficiencia leve de glucocorticoides vista en pacientes con SFC. Finalmente, en vista de la sensibilidad del CRF y ACTH en LCR a los glucocorticoides circulantes, la presencia de robustos niveles de estas neurohormonas en el LCR de estos pacientes puede ser inapropiada, dado su grado de hipocortisolismo basal.

Aunque no se ha demostrado que la leve insuficiencia del eje HHA que se observa en el SFC, sea la responsable de su sintomatología, es interesante observar que muchas de las manifestaciones clínicas del SFC son similares a las observadas en la deficiencia leve glucocorticoide.

La deficiencia glucocorticoide puede también ser producida por un deterioro de la contrarregulación mediada por glucocorticoides de la respuesta inmune, quizás suficiente para contribuir a la exacerbación de respuestas alérgicas y al perfil de anticuerpos aumentados para una variedad de antígenos virales vistos en el SFC. En este sentido, se ha demostrado que, en la rata de Lewis, un defecto en la respuesta del eje HHA para los mediadores inmunes confiere un riesgo de desarrollo de enfermedades inflamatorias.

Debido a que la administración central de CRH en animales produce una marcada activación comportamental y locomotora, una deficiencia de CRH podría



también contribuir, teóricamente, a la letargia y la fatiga que son los síntomas cardinales del SFC. Los datos provistos por varios investigadores sugieren que la letargia y la fatiga asociadas con enfermedades tales como la de Cushing y la fase depresiva del SAD, podrían estar asociadas con un activación deteriorada del CRH hipotalámico. En estas enfermedades, se ha conjeturado que el hipofuncionamiento de estas neuronas (CRH) podría contribuir a los síntomas depresivos "atípicos" asociados a estas enfermedades y, por lo tanto, constituir una vía final común a la que se llega por diferentes caminos fisiopatológicos. La causa subyacente que se postula para la deficiencia funcional del CRF y de otros secretagogos en el SFC es desconocida, pero se puede pensar que puede estar reflejando alteraciones en sistemas neuroquímicos inhibitorios y excitatorios que se sabe que modulan el disparo de CRF hipotalámico. La presentación postinfecciosa del SFC en la mayoría de estos pacientes pone en el tapete la cuestión de si los trastornos psiconeuroendócrinos descritos aquí surgen de mecanismos que se han descrito antes de alteraciones en los NT o en la regulación neuroendócrina mediada por virus.

#### Aspectos psicológicos y cognitivos del SFC

Se ha considerado, como se dijo antes, que el SFC puede ser una variante de un trastorno depresivo mayor. Este enfoque ve sus síntomas y signos como consistentes con otras expresiones sindrómicas. Desde este punto de vista, hay demasiada superposición con el trastorno depresivo mayor para justificar la creación de una nueva categoría diagnóstica. La mezcla de síntomas psicológicos y corporales se ha vuelto la marca registrada del trastorno.

Tanto las observaciones clínicas como los hallazgos de investigación han sugerido una relación exquisitamente sensitiva entre los dominios físico y psicológico en pacientes diagnosticados como SFC. Se ha vuelto crecientemente necesario descartar un dualismo mente-cuerpo cuando se conside-

ra la causa de esta enfermedad. De verdad, hay quienes dirían que el adagio "Donde hay un soma, hay un Yo", se aplica perfectamente a esta enfermedad.

#### Funciones cognitivas en el SFC

Se han informado déficits cognitivos como característicos de este cuadro. Esto incluye rápida fatigabilidad de la atención, concentración dificultosa y pérdida de memoria.

Aunque las quejas de fallas cognitivas son comunes entre los pacientes de SFC, no hay datos objetivos suficientes que apoyen estos informes subjetivos(1).

#### Trastorno psiquiátricos en el SFC

Se ha citado con alguna frecuencia la presencia de "comportamientos histéricos o histriónicos" asociados a encefalomiелitis miálgica benigna. Otros estudios confirman esta tendencia, aunque los autores aclaran que "sería erróneo considerarlos asociados a todos los casos de la enfermedad".

Los trastornos del humor parecen ocurrir con frecuencia en el SFC. En particular, aparece asociado el trastorno depresivo mayor. Hay un claro predominio de la aparición temprana de los síntomas psiquiátricos, con instalación ulterior de los síntomas del SFC. Por otra parte, los pacientes con SFC tienen a lo largo de su vida mayor prevalencia para la depresión que la de quienes padecen enfermedades clínicas en general. Sin embargo, se pueden discutir los criterios que se han tomado para hacer esta aseveración.

Además de evaluar simplemente la presencia de sintomatología depresiva en el SFC, los investigadores han planteado la cuestión de la direccionalidad. Esto es, que la depresión sea un efecto, una causa, o una co-variación de la enfermedad. Se intentó aclarar este tema mediante una cantidad de estudios que determinaron la prevalencia de la sintomatología depresiva, antes y después de la aparición de la enfermedad.

Uno de los hallazgos más consistentes en el estudio de la depre-

sión ha sido el hipercortisolismo, secundario al supuesto deterioro del mecanismo *feed-back* hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Un corticoide sintético, la dexametasona, usualmente suprime la corticotrofina y el cortisol plasmático al menos por 24 horas. Finalmente, 15 de 16 sujetos que exhibieron supresión de dexametasona fueron respondedores normales, un hallazgo contradictorio con los resultados del DIS y los puntajes del inventario de Beck para la depresión. Son posibles muchas interpretaciones de estos hallazgos. Se ha demostrado que la no supresión se presenta en otras situaciones, además de la depresión; por lo tanto este test no es específico. Entre los depresivos, el fracaso de la supresión parece ser más común en las formas melancólicas. Finalmente, los síntomas somáticos asociados con la neuromiastenia podrían ser interpretados por los pacientes como *distress* emocional. En combinación con las quejas somáticas que se superponen con los síndromes depresivos, los puntajes totales para el test de Beck podrían ser elevados dentro del rango clínico en pacientes en los cuales no había un síndrome depresivo.

Las investigaciones presentadas, por lo tanto, muestran que se ve fácilmente la dificultad insuperable de separar el SFC de los síntomas depresivos debido a la superposición de síntomas somáticos y de trastornos del sueño. Un enfoque promisorio para este problema reconoce que los síntomas de depresión pueden ser agrupados en tres categorías diferentes: somáticas, afectivas y cognitivas. Los síntomas somáticos de la depresión incluyen alteraciones del apetito y del peso, perturbaciones del sueño, fatiga, constipación, cefaleas y cambios en la velocidad psicomotora (ya sea agitación o retardo). Entre los síntomas afectivos observados en los pacientes depresivos, el humor disfórico es el más notorio. Otros síntomas afectivos incluyen anhedonia e irritabilidad. Los síntomas cognitivos en pacientes depresivos están usualmente caracterizados por alteraciones en pensamientos e interpretaciones acerca de sí mismos, su ambiente, y su futuro, que son usualmente negativos por naturaleza.



Por lo tanto, el enfoque sobre los componentes afectivos y cognitivos del SFC puede permitirnos evaluar el afecto sin confundirse con los efectos de los síntomas somáticos. Snaith sugirió el uso de síntomas comunes que no están basados en índices somáticos para evaluar la depresión. Entre los síntomas sugeridos están la disforia, la anhedonia, la incapacidad para concentrarse, la desesperanza, los autorreproches y los síntomas de culpa y desvalorización.

Algunos hallazgos revelan que los puntajes para la anhedonia de los pacientes con SFC caen entre los grupos con trastornos afectivos y neuromusculares, y que los tres grupos son significativamente diferentes uno del otro. Por lo tanto, en esta dimensión, los pacientes con SFC parecen experimentar menos placer que los pacientes neuromusculares, y más placer que los depresivos.

Abbey y Garfinkel intentaron clarificar la cuestión del diagnóstico diferencial entre el SFC y la DM presentando cuatro modelos alternativos. El primer modelo conjeturaba que la depresión era la causa del SFC. Se sugería que era una "manifestación atípica de la depresión", y que la discapacidad asociada con el SFC era debida a la depresión. Inversamente, el segundo modelo sugería que la depresión era un resultado del SFC, ya sea como una perturbación orgánica del humor, o como una reacción de adaptación asociada con el deterioro experimentado con esta enfermedad. El tercer modelo conjetura que tanto el SFC como la depresión son co-variantes surgidas de un tercer proceso patofisiológico común. Finalmente, el cuarto modelo sugiere que un diagnóstico de depresión en pacientes con SFC es un artefacto resultante de los confundidores efectos de los síntomas somáticos en la depresión y en el SFC.

#### Características de personalidad en el SFC

La noción de que los factores psicológicos pueden estar vinculados a los físicos ha sido discutida y estudiada sistemáticamente por más de tres décadas. Hay estudios que demuestran que la fuerza del

yo diferencia personas a las que les lleva mucho tiempo recuperarse de la MI, de aquellas que les toma mucho menos.

Estos estudios prepararon el advenimiento de la psiconeuroinmunología por más de dos décadas. Para explicar sus hallazgos, los autores conjeturaron que un yo débil estaba asociado con la incapacidad para interpretar eventos psicológicos correctamente, lo cual a su vez sugiere una incapacidad para percibir e interpretar eventos fisiológicos con exactitud. Por lo tanto se supuso que a aquellos que tenían un yo débil les tomaba más tiempo recuperarse debido a la tendencia a involucrarse en más somatizaciones.

Otros estudios proveyeron información adicional para la conexión entre factores psicológicos y físicos. Los investigadores encontraron que aquellos a quienes les llevaba más tiempo resolver una gripe respondían a los cuestionarios psicológicos con "patrones característicos de pacientes predispuestos a la depresión", con altos puntajes en todos los cuestionarios específicos. Por lo tanto los síntomas psicológicos pueden oscurecer e interactuar con los físicos, de tal manera que hace dificultoso atribuirles el origen de síntomas tales como la fatiga u otras quejas somáticas.

Estos estudios son bastante amplios, abundantes, y de resultados inconsistentes, pero claramente hay relaciones entre psicopatología de la personalidad y el SFC.

#### El SFC en la adolescencia

En la adolescencia, la aparición de una enfermedad física crónica trae aparejadas consecuencias familiares en el desarrollo individual, y la vida escolar y las relaciones con sus pares son usualmente interrumpidas(3). La evolución de estas consecuencias dependerá de la

naturaleza de la enfermedad, la percepción que el paciente tenga de la misma, y de la respuesta de la familia a esta situación. Se tiene que tener en cuenta que el adolescente cumple mal con los tratamientos, aun en los casos en que esto pueda tener consecuencias fatales para él.

#### Temas teóricos

La precisión diagnóstica sigue siendo un problema permanente en el SFC. Como ya se discutió, esto es parcialmente debido a la superposición entre el SFC y otros síndromes psicológicos. Por ejemplo, algunos síntomas del SFC pueden ser explicados por la DM; inversamente, algunos síntomas de la DM pueden ser explicados por el SFC.

Sorprendentemente, por lo tanto, la confiabilidad y validez de esta taxonomía en pacientes con enfermedades físicas significativas no ha sido todavía determinada.

De acuerdo a esta taxonomía, la actual formulación diagnóstica para el SFC usa un enfoque inclusivo. Esto es, los síntomas de SFC están incluidos en el diagnóstico de depresión, a pesar del hecho de que ellos pertenecen a otra entidad sindrómica. Esto es con mucho el más fácil de los enfoques para operar y, por lo tanto, es más probable tener la mayor confiabilidad entre los clínicos. El enfoque etiológico sugiere que el diagnosticador contabilice un síntoma para la depresión solamente si éste no es debido a una enfermedad física; por lo tanto, la fati-

## L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO  
PSY

10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa,  
comentarios de libros, artículos históricos

Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353



ga debería ser excluida de la lista de síntomas requeridos para la depresión cuando se evalúen pacientes con SFC. Inversamente, cuando el enfoque etiológico se aplica al diagnóstico de SFC en aquellos pacientes en donde podría hacerse un claro diagnóstico de depresión, la depresión sería excluida como un criterio menor para el SFC.

El enfoque substituido sugiere cambios en los criterios diagnósticos para depresión en los enfermos clínicos. Por lo tanto, los pensamientos disfuncionales y otros síntomas cognitivos podrían volverse un requisito y un componente más prominente del diagnóstico.

Finalmente, el enfoque exclusivo simplemente elimina los síntomas de superposición de la lista de criterios diagnósticos. Por lo tanto este enfoque eliminaría la fatiga de los criterios diagnósticos para la depresión. Adviértase que la fatiga fue también eliminada como un criterio diagnóstico cuando se usó el enfoque etiológico previamente. Inversamente, la aplicación de un enfoque exclusivo para el diagnóstico para el SFC podría sugerir que las futuras revisiones de los criterios diagnósticos eliminen la depresión como un criterio diagnóstico menor, debido a que la DM es ya un criterio de exclusión, y tiene síntomas superpuestos. Similarmente, una disminución de la agudeza cognitiva o neuropsicológica es un criterio diagnóstico menor y también es parte del síndrome depresivo. No sólo no hay superposición entre los dos síndromes, sino que hay una vaguedad de lo que se entiende por deterioro cognitivo. Eso significa que una definición precisa de un déficit atencional sería incluido debido a que parece haber consenso de que ese es un déficit predominante.

Para Sharpe(4), se deben tener en cuenta —especialmente en dirección al tratamiento— varias características del síndrome. En primer lugar, hay niveles de actividad que están reducidos en forma variable. En segundo término, creencias respecto de qué síntomas indican enfermedad y qué actividades deberían ser evitadas para evitar que empeoren, y, en tercero, los aspectos vinculados a las ya mencionadas alteraciones afectivas y del humor. Además, los

exámenes clínicos pueden revelar falta de buen estado físico, hiperventilación y trastorno por pánico, además de un dormir anormal, como ya se ha señalado. La inactividad produce una cantidad de cambios físicos y mentales similares a los que ocurren en el SFC: agotamiento muscular, cambios en la respuesta cardíaca al ejercicio, humor depresivo, hipotensión postural y termoregulación empobrecida. Estos efectos pueden ser revertidos con incrementos graduales de la actividad, aunque este incremento redundará en molestias transitorias y comprensibles, tales como dolor muscular.

Estos factores actúan en un círculo vicioso autoperpetuante. La fatiga y otros síntomas pueden ser inicialmente la consecuencia de una infección viral, o de un estrés vital y severo. En individuos predispuestos la fatiga hace aparecer determinadas cogniciones o pensamientos. Cuando se vinculan a la idea de la imposibilidad de alcanzar determinados rendimientos, llevan a la depresión y conducen a intentos frustrados de alcanzar los mismos rendimientos que antes de la aparición de la enfermedad. Tales intentos llevan al aumento de los síntomas. Las cogniciones que asocian los síntomas con daño, o de empeoramiento de la enfermedad, conducen comprensiblemente a la ansiedad, y a la evitación de las actividades que puedan inducirlos. La inactividad resultante conduce a cogniciones todavía más negativas, llevando a renovados intentos por lograr realizar las tareas, y así sucesivamente.

Tanto la inactividad como la tensión emocional conducen a cambios fisiopatológicos (pérdida de la capacidad física, hiperventilación, mal sueño), que contribuyen a los síntomas de fatiga, una concentración disminuida y dolor muscular. Las influencias sociales pueden reforzar las interpretaciones negativas acerca de la performance y del significado de los síntomas. Sharpe, entonces, propone la idea de que el paciente está encerrado en un círculo vicioso y autoperpetuante de fatiga, cogniciones negativas, tensión emocional, cambios fisiológicos y síntomas que se van agregando.

El modelo de Sharpe tiene implicancias terapéuticas, porque in-

dica que más que intentar modificar estos factores, las metas del tratamiento deberían ser más bien las cogniciones y comportamientos, intentando interrumpir el círculo vicioso.

Las personalidades premórbidas, aunque muchas veces sanas en el SFC, no ofrecen inmunidad contra la depresión y el estrés.

Muchos pacientes de esta clase ven a la actividad como dañina. Hay que recordar las "curas de reposo" para la neurastenia. Esta creencia se refuerza con el hecho cierto de que un súbito incremento de la actividad conduce a un aumento de los síntomas.

Wessley, citado por Bell y Waters(3), sustenta parecidas ideas respecto a la existencia de "círculos viciosos" cognitivos y comportamentales que se establecen a partir del disparador de una enfermedad médica. Como Sharpe, propone una TCC, muy similar en líneas generales a la de este autor. El foco cognitivo es el retorno a la autoeficacia y es similar al que se emplea, por ejemplo, en la rehabilitación de una hemiplejía o un infarto.

#### Dirección para futuras investigaciones

Es necesaria una investigación adicional para determinar los aspectos psicológicos y cognitivos del SFC. Permanece oscuro en qué extensión el SFC puede ser una exacerbación de un trastorno DM. Aunque hay cambios inmunológicos innegables asociados con el SFC, el estado inmunológico del paciente con trastorno afectivo mayor todavía no está claramente definido. Por otra parte, el trastorno depresivo mayor es él mismo una enfermedad heterogénea, que tiene causas múltiples. Por lo tanto es una sobresimplificación sugerir que los dos síndromes son únicos, se superponen, o que son lo mismo debido a la probable variación en la presentación de ambas enfermedades.

#### Tratamiento

##### 1. Farmacológico

Es creciente la literatura que



vincula al sistema inmune con el SFC a través de vías psiconeuroendócrinas. En un modelo muy simplificado, el cerebro, al segregar NT y a través del eje HHA, puede afectar las células activas del sistema inmunológico, al segregar NT, directa e indirectamente: directamente debido a que los linfocitos tienen receptores para mediadores específicos, que incluyen la corticotropina, la epinefrina, el cortisol y la interferona B; e indirectamente por la acción de la NA y la ST sobre otros tejidos y células, los cuales a su vez disparan sustancias activadoras de los linfocitos o *downreguladoras*.

Debido a que muchas acciones supuestas para los medicamentos psicoactivos consisten en la modulación de uno o más NT, es razonable suponer que pueden tener impacto inmunológico. Por otra parte, su vinculación con los trastornos del humor hace suponer que los AD pueden actuar.

La *fluoxetina* tiene acción sobre el sistema ST y no la tiene sobre el NA y DA.

Los IRSS tienen una conocida acción que aumenta la biodisponibilidad de la ST en la interfase. Se sabe que la ST puede tanto *upregular* como *downregular* ciertas partes del sistema inmune. La ST agregada a células mononucleares enriquecidas por células NK conducen a una actividad citotóxica incrementada espontáneamente *in vitro*, mediante la inducción de un factor monocito-dependiente. De hecho, la ST fue más efectiva que el interferón alfa o gamma, e igual en efecto a la interleukina-2. En estudios en vivo en ratones, los niveles altos de ST estuvieron asociados a depresión con supresión de respuestas de anticuerpos de albúmina y a los eritrocitos de carnero.

Se hicieron numerosos estudios(1), y las conclusiones a las que se ha arribado demuestran que ha habido una marcada mejoría con fluoxetina. Significativamente, el subgrupo de pacientes que no tenían evidencia de depresión, o que sólo la tenían en un grado leve, fueron los que más se beneficiaron con el tratamiento. Estos estudios demostraron la importancia de distinguir entre depresivos y no depresivos, usando metodologías estándar, y demues-

tran que el SFC no es solamente una manifestación de depresión. Las anomalías en las T citotóxicas y NKCC observadas en los pacientes al ingresar al estudio cambiaron significativamente después de ocho semanas de tratamiento con fluoxetina; todos los valores anormales tendían a normalizarse hacia los promedios. También parece, sobre la base de estos hallazgos, que el efecto de la fluoxetina sobre el SFC no depende de la mejoría de la depresión.

## 2. Inmunológicos

Los enfoques inmunológicos del SFC y enfermedades relacionadas han enfocado sobre métodos directos (p. ej., agentes antivirales), e indirectos (p. ej., modificadores inmunes y terapias de flujo iónico). Se han hecho informes sobre el acyclovir, las inmunoglobulinas, ácidos grasos esenciales y adenosin monofosfato(1).

2.1. El fundamento para el uso del acyclovir descansa en la asociación inicial del SFC y la fibromialgia en relación con la presencia de anticuerpos para el EBV. Los niveles de anticuerpos a los antígenos virales capsida y los antígenos tempranos (EAs) de los tipos difuso o restrictivo fueron más altos en los pacientes que en los sujetos de control. Por otra parte, se encontró que a algunos pacientes con síntomas similares a los del SFC les faltaban anticuerpos para uno o todos los antígenos nucleares del EBV. El acyclovir fue inicialmente utilizado para tratar la MI, una de las numerosas enfermedades actualmente relacionadas con el EBV; los otros cuadros incluían el linfoma de Burkitt, el carcinoma nasofaríngeo y otros síndromes linfoproliferativos vinculados al virus de EB (por ejemplo el sarcoma inmunoblástico de células B). Este virus es mantenido en estado latente por los linfocitos B *in vivo*.

La base molecular para la infección latente puede ser una forma de genoma conocido como el plásmido EBV, una molécula presente en las células infectadas. A su vez, la polimerasa del ADN de la célula huésped replica después el virus. El acyclovir inhibe al virus de EB *in vitro* e *in vivo* con una dosis media efectiva (ED50),

(en nuestro país, el acyclovir se comercializa en forma de gel, y está indicado para aplicaciones locales sobre lesiones herpéticas), pero no cura la infección. Este último hecho puede influir sobre la eficacia del acyclovir en las enfermedades crónicas.

Este primer estudio del acyclovir fue llevado a cabo en la MI resultante del EBV. Los pacientes con enfermedades suficientemente severas como para requerir un manejo hospitalario y con un diagnóstico clínico con test de laboratorio positivos recibieron tratamiento.

Los resultados no fueron buenos en la MI, donde la relación con el EBV es muy fuerte, y tampoco lo fueron para el SFC en donde los vínculos con el EBV, si existen, son mucho más débiles.

2.2. En contraste con el fracaso del acyclovir, algo más estimulantes han sido los resultados con inmunoglobulinas. Los fundamentos de este tratamiento resultan más claros que para el acyclovir, desde que numerosos estudios demostraron la existencia de deficiencias en clases y subclases de inmunoglobulinas.

2.3. La amantadina (Virosol) ha sido indicada para la prevención y tratamiento de las enfermedades del tracto respiratorio producidas por linajes del virus A de la influenza; este efecto posiblemente sea debido a que evita el disparo del ácido nucleico infeccioso del virus dentro de la célula huésped. Este enfoque no ha sido usado en el SFC, pero se ha demostrado su utilidad en la fatiga producida por la esclerosis múltiple.

2.4. Ácidos grasos esenciales (AGE): El uso de los AGE para tratar el síndrome de fatiga postviral ha estado basado en la evidencia de la existencia de una relación entre las infecciones virales y el metabolismo de estas sustancias. Los AGE tienen efectos antivirales directos; los que tienen una envoltura lipídica pueden ser antivirales a muy bajas dosis. Se ha conjeturado que la leche humana es antiviral debido a su contenido en AGE. Se ha demostrado que el interferón no actúa cuando los niveles de AGE son inadecuados. Por otra parte, se ha encontrado que en las infeccio-



nes virales hay niveles menores de AGE en sangre.

2. 5. También se han usado modificadores del sistema inmune tales como el LEFAC, ampligen, transfer factor, interferón alfa, interleukin-2, kutapressin.

2. 5. 1. El LEFAC es la sigla de una combinación de extracto de hígado más ácido fólico y cianocobalamina (vitamina B12). Se ha demostrado que el extracto de hígado regula la función de los linfocitos humanos; y que la B12 metilada ejerce un efecto saludable sobre la función inmune en estudios con linfocitos T humanos *in vitro*.

2. 5. 2. El *ampligen* es una doble hélice despareja de ARN, del que se ha informado que modula la acción linfocitaria. En esta forma de ARN, una sustitución del ácido uracílico en la cadena del ácido policitidílico produce regiones repetidas de uniones no hidrogenadas en la configuración molecular.

La doble hélice de ARN regula la expresión del interferón, la interleukina y el factor de necrosis tumoral y activa las vías intracelulares asociadas con los estados antivirales y de aumento de la eficacia inmune.

Aquellos pacientes cuyo trastorno parece haberse vinculado a una aparición brusca responden mejor.

2. 5. 3. El *transfer factor* proviene de un extracto dializable de leucocitos. Se ha demostrado su utilidad en defectos en la inmunidad mediada por células.

2. 5. 4. *Interferón alfa e Interleukina-2*. En los ensayos hechos hasta aquí, el dolor mejora en 2 a 5 días, el tono muscular mejora entre un 60 a 75% y alcanza una meseta en seis a nueve semanas. El perfil activado de los linfocitos mejora cercano a lo normal.

2. 5. 5. Otros modificadores incluyen al *kutapressin* (una mezcla de polipéptidos que pueden influir sobre el sistema inmune como un potenciador de la bradikinina), antagonistas del receptor H2 (cimetidina, rantidina, basados en que el bloqueo de estos receptores puede conducir a un bloqueo

de inmunotransmisores a partir de las T supresoras), la CoQ10 (ubidecarenona, basada en su producción de adenosintrifosfato en las mitocondrias).

2. 5. 6. Tratamientos por flujo iónico: se usa el magnesio porque el síndrome de deficiencia de magnesio comparte muchas características con el SFC: cansancio, mialgias, debilidad y dificultades de aprendizaje; además los pacientes con SFC pueden tener bajas concentraciones de magnesio en los eritrocitos(1).

Hay cambios notorios en el sistema inmunológico después de esta clase de terapia, bien demostrados por Hickie y col.(6).

### 3. Psicoterapéuticos

Se sabe poco acerca de enfoques alternativos de tratamiento para el SFC, más allá de las terapias farmacológicas, pero la experiencia clínica de muchos autores y algunos de los investigadores que se han ocupado del tema sugiere que muchos pacientes diagnosticados con SFC no presentan evidencias de perturbaciones psicológicas de cualquier clase, más allá de la depresión del deterioro neuropsicológico. Además los pacientes pueden tener poco *insight* dentro de su propio bienestar psicológico, y atribuir cualquier perturbación a sus relaciones personales con su enfermedad. Cualquier sugerencia de que la dificultad interpersonal puede haber precedido a la aparición del SFC es denegada. Esta observación ha conducido a una hipótesis preliminar que ha sido tentativamente confirmada clínicamente. Esto es, pacientes que estaban en psicoterapia antes de la aparición del SFC han tenido mejores evoluciones que los que entraron a la terapia después. Ciertamente, en numerosos casos en los cuales los pacientes recibieron un diagnóstico de SFC después de la aparición de la psicoterapia hubo una completa remisión de los síntomas del SFC. En pacientes que tienen alguna capacidad para las terapias de *insight*, orientadas hacia el *insight* tradicional, y cognitivas, han sido efectivas. Los pacientes con pobre *insight* que han recibido, ya sea terapias comportamen-

tales o de apoyo, las evoluciones han sido más pobres.

Claramente, al trastorno depresivo es una condición de co-morbilidad en el SFC. Por otra parte, la presencia de un trastorno afectivo puede magnificar las quejas somáticas del paciente. El médico tratante, por lo tanto, debería no descuidar, y por consiguiente tratar, una depresión subyacente, y además, evitar tratar innecesariamente una queja somática que puede tener su causa en la depresión.

La TCC para el SFC estuvo asociada con una tendencia a reducir los síntomas depresivos y no obtuvo cambios significativos en los síntomas de estrés o severidad de la fatiga(2). En contraste, los pacientes depresivos sin SFC mostraron una reducción en la depresión, estrés y fatiga.

El estudio llevado a cabo por Friedberg y col., dividió a los pacientes con SFC en dos grupos: los que tenían depresión y los que no la tenían. En su estudio, los primeros mejoraron más substancialmente que los segundos. Parecería que en muchos casos, la depresión es una reacción a la fatiga y a la discapacidad. La reducción de la depresión trajo aparejada una disminución del pensamiento catastrófico y de la magnificación de síntomas. Por eso, a pesar de los cambios positivos en la depresión, los síntomas de fatiga no se modificaron(2).

Un enfoque terapéutico cognitivo-comportamental (TCC) es propuesto por Sharpe(4). Después de una evaluación médica y psicológica, los pacientes fueron distribuidos randomizadamente en uno de dos grupos terapéuticos. Los que se incluyeron en el grupo TCC, fueron sometidos a un tratamiento individual, el que fue precedido por una evaluación adicional, con la intención de aumentar su adaptación a la enfermedad. Al comenzar el tratamiento se discute el círculo vicioso que se ha descrito más arriba, y la necesidad de distinguir entre una causa inicial, que puede ser la infección viral, de las causas perpetuadoras, tales como la inactividad. Estos factores perpetuadores se identifican a través de la evaluación, y colocados como metas terapéuticas. El énfasis del tratamiento se pone en



romper el círculo vicioso, ayudando al paciente a re-evaluar y, si es posible, cambiar, las cogniciones inútiles acerca de su rendimiento y sus síntomas. De esta manera el problema es reformulado, pasando de considerarlo una enfermedad inmodificable a una condición en la que, al menos parcialmente, las cosas pueden cambiar por medio del propio esfuerzo.

Paralelamente con los componentes psicológicos, se identifican las metas comportamentales, y se elabora con el paciente un programa para alcanzarlas. Los niveles de actividad planeados deben ser lo suficientemente bajos como para que le resulten tolerables. El progreso es monitoreado con diarios de actividad y síntomas. El nivel de actividad es consistentemente incrementado hasta alcanzar las metas propuestas.

También se adiestra al paciente para identificar y registrar sus pensamientos. Los que se refieren a su actividad pueden llevarlo a una deserción prematura y a las evitaciones (p. ej., "Yo no puedo hacer esto tan bien como antes, así que no vale la pena intentarlo"; "Si intento hacer más, mi cansancio y dolor empeorarán y empeorarán"), y deben ser sometidos a contra-argumentos. Para esto se le suministran explicaciones alternativas para los síntomas (sobre la hiperventilación, la inactividad, la ansiedad, el sueño excesivo) y se llevan a cabo "experimentos comportamentales". Por ejemplo, se le ayuda a determinar si un nivel incrementado de actividad a lo largo de varias semanas causa (o no) un incremento de dolor muscular, a si éste está más bien asociado a la inactividad.



Los aspectos vinculados al trabajo, o en relación con las expectativas de terceros, son manejados utilizando técnicas de resolución de problemas. Se busca detectar las cogniciones inútiles asociadas con estas situaciones. Finalmente, se estudian las posibles dificultades futuras y se ensayan estrategias para afrontarlas(4).

Las relaciones entre el médico clínico y el psiquiatra son cruciales en el manejo del SFC. Cuando hay diferencias filosóficas y conceptuales entre ambos hay un riesgo aumentado de que un conflicto triangular pueda involucrarlos, además de hacerlo con el paciente y su familia(3) ■

#### Referencias bibliográficas

1. Goodnik, P. J., Klimas, N. G., "Chronic Fatigue and Related Immune Deficiency Syndromes". *American Psychiatric Press*, USA, 1993.
2. Frieberg F., Krupp, L. B., "A comparison of cognitive-behavioral treatment for chronic fatigue syndrome and primary depression". *Clinical Infectious Diseases*, 1994; 18 (suppl. 1): S105-10.
3. Rikard-Bell Ch. J., Waters, B. G. H., "Psychosocial management of Chronic fatigue syndrome in adolescence". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1992, 26:64-72.
4. Sharpe, M., "Non-pharmacological approaches to treatment". *Chronic Fatigue Syndrome*. Wiley, Cichester, 1993.
5. DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Barcelona, 1995.
6. Hickie, I. y col., "Immunological and Psychological dysfunction in patients receiving immunotherapy for chronic fatigue syndrome". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26:249-256, 1992.





## LECTURAS

Sylvia Bermann, Pról. Alberto Bialakowsky, *Trabajo precario y salud mental*. Narvaja Editor, Córdoba, 1995, 201 pág.

Un tema de actualidad y de hondo contenido social trata el libro de S. Bermann, psiquiatra de larga trayectoria y vasta experiencia en el tema. Sucede que el trabajo precario u oculto acrecienta su importancia en todos los países del mundo de acuerdo al "nuevo orden económico internacional". Acentúa la heterogeneidad del proceso productivo y la desigualdad tecnológica, es decir las condiciones y la organización del trabajo, con directa repercusión en el perfil de morbimortalidad. Se observa así en vastos sectores populares una vulnerabilidad cada vez mayor, directamente relacionada con el aumento de los índices de pobreza, la descalificación de la fuerza de trabajo y la devaluación profesional. Implica serios riesgos para el bienestar y salud de quienes se ven obligados a sobrellevarlo, configurando una patología multiforme en la que deben incluirse los accidentes laborales y el serio riesgo para la salud mental. Para estudiar un problema tan complejo se requiere una aproximación de lo general a lo particular, con una conceptualización rigurosa, desde la perspectiva socioeconómica a la sanitaria y psicológica. La autora opta por una perspectiva totalizadora, que tome en consideración el sistema trabajo-salud con sus diversos subsistemas, mediante la aplicación del Estudio de los Sistemas Complejos de Piaget y García.

El libro recoge luego datos estadísticos sobre la frecuencia y características del trabajo precario en el país, sus condiciones en diversas ramas de la producción, con énfasis en el sector rural y sus consecuencias sobre mujeres y jóvenes. Analiza críticamente la política oficial que pone énfasis en la flexibilización y la reforma del mercado laboral y pasa revista a la legislación recientemente aprobada, con la consiguiente disminución de derechos y desregulación del trabajo.

Entra de lleno luego a estudiar sus consecuencias sobre el bienestar mental y la salud de los trabajadores, señalando que "la realidad cotidiana del trabajo ha sido el punto ciego no solamente de la mirada sanitaria sino también de la mayoría de los observadores y analistas de la sociedad". Parte del estudio de antecedentes nacionales analizando los aportes de Juan Bialeto Massé, Alfredo Palacios, Gregorio Bermann y del Instituto de Medicina del Trabajo de la Universidad de Buenos Aires. Analiza luego la bibliografía actual sobre el tema a partir de importantes aportes de la Organización Mundial de la Salud, de Christophe Dejourns y Gerard Mendel, entre otros.

En capítulo aparte trata específicamente el tema de la salud mental, con aportes originales, señalando que el análisis de las categorías utilizadas por las ciencias del hombre para definir conceptos como "salud y enfermedad", "normal y patológico" demuestra la existencia de un campo ambiguo, indefinido, lleno de contradicciones, paradigma de la ocultación ideológica del problema. ¿Es que determinadas condiciones de trabajo provocan alteraciones específicas de la salud mental? ¿Acaso el trabajo contribuye a la aparición de enfermedades mentales especí-

ficas como esquizofrenia, histeria, depresión o trastornos psicósomáticos? En capítulos sucesivos la autora responde a estos interrogantes, partiendo de un análisis crítico del tema del estrés, hoy de tanta actualidad, y de las necesarias bases teóricas para investigar el tema de trabajo y salud mental; ejemplifica con un estudio, según el método de los sistemas complejos, sobre la salud mental de los docentes de la ciudad de Córdoba. Y describe otros métodos y técnicas que permitan abordar el conocimiento de la relación entre trabajo y salud mental.

El aporte tal vez más original es el análisis del conflicto como problema y categoría, que permita entender la situación subyacente en la condición del trabajo, que subordina y angustia al trabajador. Dedicó a esto un capítulo, planteando la adecuada metodología para su estudio y los factores que en él inciden, así como las adecuadas etapas de una investigación.

El libro finaliza analizando el tema de la marginación antigua y también reciente de vastos sectores sociales en nuestras sociedades y los consiguientes conflictos ideológicos de este fin de siglo. Como señala el prologuista Alberto Bialakowsky, la lectura de esta obra conmueve, es "un corolario, es recorrer este mural de texto y contexto, de continuidad y ruptura, de repaso y desocultamiento, de visión y apertura, de diseño y de paradojas, de inconciencia y de conciencia con ciencia, reconociendo que hablar y dejar hablar no es fácil, y que para Sylvia Bermann no se trata sólo de escritura, sino de discurso, de la presencia inequívoca de la entrega sin tapujos de una vasta cultura, de saber y, por sobre todo, de sabiduría".

Vertex



Raquel Capurro, Diego Nin, *Extraviada, Del parricidio al delirio*, Editorial Edelp, Buenos Aires, 1995, 185 pág.

De la fecunda trama que vincula a la práctica psiquiátrica con el ejercicio judicial ya sea en lo civil o en lo penal, incluso en el terreno denominado "castrense", "el paso al acto" pone al desnudo la lógica racional, siendo este paso entendido tanto para la psiquiatría como para el derecho, un punto de apoyo duro frente a la abstracción que significa lo subjetivo. El acto que como *paso* colorea de rojo, como gusta pregonar la prensa, el entrelazo de la locura.

Estallido trágico y a la vez fecundo cuando, como el caso que comentamos aunque pretérito, se lo considera en toda su dimensión. Entre los humanos instrumentos a los que podemos echar mano a los fines de poder construir otra teoría que venga a dar cuenta del paso contamos con el psicoanálisis. Recorriendo los informes de los expertos veremos que no ahorran citas que aluden a esta disciplina aunque, a nuestro entender, sin despejar prejuicios, mas bien al apoyarse en una suelta *profundidad*, los agregan. Nos encontramos con una *opinión pública* que no vacila en acompañar el sentimiento de los victimarios convertidos en víctimas, con un fiscal que al plegarse al informe de los forenses instruye en lugar de acusar, y finalmente con un juez que *comprende* y al dictaminar diagnóstica todo lo cual nos deja la impresión de un trastocamiento de las funciones jurídicas.

Una monografía clínica como la que *Extraviada* nos pone entre manos, es nueva para el público de lengua española y rara por su prolijidad en una época de tanto *apuro conclusivo*. La monografía tiene su paso y vemos que en ella los autores no eluden, y en tramos bien elegidos, mimetizarse con el estilo doctrinal que alega, sustenta en un *a posteriori* el irreductible *paso al acto asesino* del que intentan dar cuenta, a través de una teoría en la que detectan la fina argamasa del delirio, para el caso, de a dos. Ese, tal vez, constituye el rasgo que delata la idea de su procedencia, el cariz psicoanalítico con que se lo aborda.

Los escritos, verdaderas "razo-

nes de vida" de los protagonistas, son editados por los autores del libro como escenas vertebrales que parten los diversos momentos del trabajo haciendo estallar la crono-logía ordenadora para confrontar al público -para el caso nosotros- en otro tiempo. Así, *el après coup* del acto echará luces, si se lo manipula sin aprensión, sobre el constreñido tiempo que ordena el drama familiar. El crimen no puede devenir familiar por su frecuencia, eso es asunto de delictólogos, sino que es familiar por su origen.

R. Capurro y D. Nin fabrican este caso luego del hallazgo de un peritaje del forense Dr. Camilo Payssé publicado como: *Psicogénesis de un parricidio* al que fueron sumando otros textos, diversos expedientes y legajos. La investigación no escatimó ningún procedimiento, su riqueza incluye testimonios concurrentes de aquellos que aún viven.

Este material inspiró nuevas elaboraciones que se agregaron al diseño que tocaba la paranoia, subrayando la manera en que la Justicia, en sus autos caratulados, se empecina por apartar a la ejecutiva criminal en el instante de pasión, la discrimina, (Como opuesto a *incriminar*, el fallo la declara *inimputable*), prescribiendo que allí, ella, es decir como "yo", nunca estuvo, ergo, no ocurrió nada. ¿Nada?

Años más tarde, otro tribunal terminará licenciando a la *enajenada* de la vida cívica, condenándola a la intemperie social; ya en ese margen, como vagabunda, todo lazo efectivo que la hubiese podido sostener como miembro es cercenado. Su estatuto: ex-maestra, ex-convicta, ex-hija, *extraviada*. Muere, según la crónica, como *bichicome* en las calles de la ciudad, ex-pulsada.

La propuesta del texto que construye la historia dentro de la cual el expediente se inscribe escribiendo el horizonte teórico de la psiquiatría (Forense o clínica ¿qué separa a la cárcel del manicomio?, en esto el caso es un verdadero ejercicio) de nuestra época, es *hacer con el saber* que, tanto ese que mediante el acto cegó la vida de su progenitor, como los escritos producidos por ella algunos días después -posteriormente su madre

y veinte años más tarde nuevamente ella- dan cuenta, como decíamos al abrir este comentario, del peculiar tejido de la locura.

Si aceptamos la apuesta de este ejercicio que el libro nos abre, tal vez pueda cuajar una verdad más a la *solución doméstica* ante lo intolerable: la irrupción de lo siniestro.

Pedro Palombo

Lía Ricón, y otros, *Prólogo de R. H. Etchegoyen Problemas del campo de la salud mental*, (segunda edición, revisada y ampliada), Editorial Paidós, Buenos Aires, 1995, 498 pág.

Al cabo de una larga práctica de psicoanalista y psiquiatra, de docente universitaria y jefa de la sala psiquiátrica de un hospital general, Lía Ricón estaba en inmejorables condiciones para ser profesora de la Facultad de Medicina y dirigir un equipo de docentes e investigadores. Así se constituyó la Unidad Académica del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Luego de varios años de actividad docente y asistencial, este grupo publicó en 1991 *Problemas del campo de la salud mental*. El título mismo de la obra enunciaba ya su idea central: que la salud mental es un campo donde convergen distintas disciplinas y múltiples técnicas que deben armonizarse para configurar una praxis cuyo objetivo es preservar e incrementar la salud de la mente, restaurándola cuando se ha perdido. Era un texto donde se unían el saber y la práctica, el aprendizaje y la enseñanza, el entusiasmo y la reflexión, la ciencia y el arte. El libro transmitía una experiencia de años y se dirigía a cada especialista, a cada miembro del equipo, a cada engranaje del complejo mecanismo que configura el grupo de trabajo para enseñarle lo que está fuera de su saber y que le es necesario, sin embargo, para realizar cabalmente su propia labor.

La nueva edición de *Problemas...* tiene la misma inspiración que la anterior y su misma estructura, aunque se extiende a otros temas y vuela más alto; logra una coherencia teórica consistente y



no pierde en ningún momento su objetivo de integrar hombres, ideas, aspiraciones y conocimientos. Se dirige a cada miembro del equipo de salud mental para que aprenda lo que hacen los otros y asuma así en plenitud su propia función. Cumpliendo con sus principios básicos, el libro estudia el campo de la salud mental a partir de la relación interpersonal del agente de salud con su paciente, y aplica el mismo principio a los miembros del equipo de trabajadores de la salud mental, donde se incluyen por supuesto el médico general, el pedagogo y el psicólogo, el acompañante terapéutico y el terapeuta ocupacional, en un círculo amplio de seres humanos que se relacionan con el medio social que los abarca y contiene.

Un marco conceptual amplio y armonioso donde se integran los modelos psicoanalíticos en los aportes de las neurociencias, la teoría de la comunicación y los enfoques sistémicos, en la clínica psiquiátrica clásica dentro de la dinámica de la familia y los grupos humanos. Hay un uso certero y crítico del *DSM IV*, útil para sistematizar las personalidades patológicas en un nuevo kraepelinismo de cuño norteamericano, pero inoperante para pensar una psicoterapia, como dice Ricón en el capítulo primero, donde expone su marco conceptual.

Se agregaron capítulos nuevos que completan el índice de la primera edición, se reformulan otros para hacerlos más completos y más acordes con el espíritu del libro, hasta llegar a construir un texto que se mantendrá por muchos años en los anaqueles de la biblioteca y la mente de los lectores.

R. Horacio Etchegoyen

**Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la Interdisciplina.** V, N° 8, 2° semestre, 1995, 127 págs. Una nueva entrega de Claves nos acerca esta vez un tema fundamental: el envejecer. Como bien señala el Editorial el incremento de esta franja etárea y las posibilidades terapéuticas aplicables a la misma, hacen imprescindible volver permanentemente sobre el tópico para mejorar la información y la formación. En el mismo nú-

mero –que presenta un flamante y atractivo diseño de tapa y detalles interiores que realzan mucho la calidad gráfica– se escribe también sobre Abuso sexual, Trastornos de la conducta alimentaria, Condiciones laborales actuales, Subjetividad y Comunicación y Experiencias Balint. Al subtítulo habitual se agrega la frase “Hacia la interdisciplina” para acentuar la intención de sus directores Ester Becker, Cristina A. Pernier de Benedetti y Norma P. de Goldvarg, de “una mirada interdisciplinaria en el tratamiento de diferentes situaciones clínicas”.

Una nueva etapa que descontamos renovadamente exitosa, de un medio de gran calidad, basado en el esfuerzo sostenido y el talento de un equipo que no cesa en testimoniar su vocación institucional y su compromiso con el saber y el país.

Vertex

*Koldobsky, Néstor M. S., La personalidad y sus desórdenes.* Ed. Salerno, Bs. As., 1995, 396 págs.

“La personalidad y sus desórdenes es un tema de enorme interés y de gran desafío para quienes trabajan en Salud Mental”. Con esta frase inicia Koldobsky la Introducción de un texto que se aplica metódicamente –a lo largo de casi cuatrocientas páginas– a describir, analizar y presentar críticamente una nutrida y muy actualizada bibliografía entrecruzándola con aportes propios, sobre un tema sobre el que hasta ahora carecíamos de obras de conjunto.

Que sea producto de una extensa labor de más de dos décadas tanto en el ámbito docente como de la clínica –el autor es Profesor Adjunto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNLP, y Director de la Carrera de Postgrado en Psiquiatría y Psicología médicas de la misma, presidente del Capítulo de Personalidad de APSA, psicoanalista y miembro de la International Society for the Study of Personality Disorders– hace que esta obra posea inusuales cualidades didácticas articuladas armónicamente con un marco teórico que abreva en todos los grandes estudios sobre el tema. Luego de presentar

las Generalidades, los conceptos y teorías sobre Desarrollo de la personalidad, la Historia, la Clasificación y la Epidemiología de los desórdenes de la personalidad, Koldobsky describe las hipótesis etiológicas de estos últimos y cierra una primera parte con un Capítulo –sobre el que llamamos especialmente la atención– dedicado a la Primera Entrevista.

En un segundo bloque que constituye el centro de la obra, recorre uno a uno los diferentes tipos de desórdenes de la personalidad estudiando en cada uno de ellos su lugar en la clasificación, epidemiología, causas, historia, clínica, curso y pronóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento ilustrándolo con un caso clínico.

Por fin una tercera parte desarrolla la Terapéutica. Esta parte constituye otro momento fuerte en el que se vuelca la experiencia clínica del autor quién con concisos comentarios y recomendaciones aporta criterios y esquemas sumamente ricos para orientarse en el intrincado problema del tratamiento de estos pacientes. En suma, un libro indispensable para la preparación de los nuevos psiquiatras –según el propósito de Koldobsky– pero también para la actualización de los clínicos ya formados.

J. C. S.

## SEÑALES

### II Jornadas de Residentes de Salud Mental del Area Metropolitana

Los días 22, 23 y 24 de Noviembre de 1995 se llevaron a cabo en la Unión Armenia de Beneficencia las II Jornadas de Residentes de Salud Mental del Area Metropolitana. Una excelente organización en manos de los jefes



de Residentes del período 1995-96 preparó un espacio de reflexión y discusión para más de 300 jóvenes profesionales de 25 hospitales. A los Residentes de esta zona geográfica se les unieron, entre otros, algunos de Chaco, Tucumán, Pergamino, La Plata, Mendoza, Neuquén y Entre Ríos.

Comenzando por haber llamado "Segundas" a estas Jornadas, los progresos respecto de las desarrolladas el año previo fueron auspiciosos. Interminables dudas que dejaron a las Jornadas de 1994 (en las que me tocara participar en la organización) con el nombre de "Jornadas de Residentes" fueron superadas este año al ubicar allí un inicio y aquí una serie. Es de esperar para el año próximo unas "Terceras Jornadas" y así sucesivamente. La propuesta anterior de historiar las producciones de estos profesionales no sólo se cumplió ampliamente sino que fue superada por otras nuevas. Desde la apertura en la que un miembro de la Comisión Organizadora abrió este espacio de intercambio, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros se dieron cita para discutir 70 trabajos y participar en varios paneles y talleres.

En uno de los paneles se interpeló a los políticos respecto de sus propuestas en Salud Mental, contando con la presencia de un representante del Justicialismo, uno del Radicalismo y uno del FREPASO. Más allá de algunos pasajes poco centrados en la Salud Mental (algunos aclararon que hablarían de la salud en general ya que no conocían la particularidad de la Salud Mental), la sola idea de dar un espacio en las Residencias a este tipo de debates fue novedosa. Seguramente, y con justicia, pasarán al olvido ciertos comentarios de algunas personas que se parecían más a interpretaciones de consultorio que a reflexiones compartidas. En cambio, como era de esperar, las exposiciones de los tres participantes serán recordadas para el momento en que se decida por elección directa la Intendencia de la Capital Federal.

Otro panel con mucho público, fue el que reunió a ex Residentes para discutir el destino de éstos luego de finalizar la Residencia. Allí aparecieron las experiencias al salir de este sistema de ca-

pacitación y el análisis de las mismas. También abundó el humor, tanto entre los expositores como entre los Residentes que saben que, más o menos pronto, ocuparán ese lugar. De la función del humor ante las situaciones críticas poco hace falta aclarar...

El cierre de las jornadas incluyó una presentación de los Jefes de Residentes que participaron en la organización, el anuncio de un pre-encuentro en Tucumán en abril de 1996 para hacer unas Jornadas Nacionales, la entrega de premios y merecidos aplausos.

Los jurados, repartidos por áreas, premiaron a la Lic. Andrea Kleiman (por su trabajo de investigación sobre suicidio), a la Lic. Daniela Camaly (por su trabajo sobre psicoanálisis de adultos), a la Dra. Marisel García y la Lic. Flavia Torricelli (por el relato de sus rotaciones en APS por España, Francia, Suiza e Italia), y al Dr. Gerardo Spatola (por el trabajo sobre la formación en la Residencia).

Al final, ni siquiera faltó una fiesta, en la que colaboraron (tal como en los tres días de Jornadas) varias empresas farmacéuticas.

Paradójicamente, en momentos en que los rumores de cerrar Residencias se acrecientan, estos profesionales parecen tener mayor conciencia de su lugar en el sistema de Salud en el que están insertos, mayor autoorganización y convocatoria a otros estamentos (ya sean autoridades, docentes, políticos, etc.), y mayor debate sobre su formación y su práctica. Vale la pena estar atento a lo que surja de este grupo que fue capaz de transformar un gesto previo en una cadena y un importante movimiento.

Martín Agrest

---

**Curso teórico práctico de  
Psicosomática 96  
(Módulo 1)  
Hospital Municipal  
Teodoro Alvarez  
Dirección de Capacitación  
y Concursos**

Con la dirección de los Dres. Héctor J. Vásquez y Roberto Sivak y destinado a médicos, psicólogos y trabajadores de la salud, se reali-

zará del 3 de abril al 31 de julio del corriente año, este Curso teórico práctico de Psicosomática.

Son coordinadoras docentes T. O. Marcela Torreiro y Lic. Adriana Wiater; y colaboradores docentes las Lic. M. Soledad Alvarez, Mirta Estupinan, Lucía Mainchemer, Mirta Prilik, Inés Rofe, Liliana Waisman y Jorge Vizcaino.

*Los temas a tratar serán:* Proceso diagnóstico, diagnóstico diferencial. Nosografías actuales (DSM IV, ICD10). Estructuras psicopatológicas y psicosomáticas. Transferencia y contratransferencia en Psicosomática. Modificaciones técnicas necesarias. "La clínica de borde". El trabajo institucional en Psicosomática. Psicofarmacología. Terapias corporales. Grupos. Crisis sociales y somatización.

La modalidad a seguir consistirá en clases teóricas, discusión de entrevistas con cámara Gesell, rol playing, transparencias y videodebates y ateneos teórico-clínicos.

Concurrirán en calidad de invitados, entre otros, los Dres. Osvaldo Bodni, Abel Fainstein, Octavio Gallego, Néstor Koldobsky, Enrique Segura y Lic. David Szyrak.

*Lugar y horas de realización:* Hosp. Munic. T. Alvarez. Teóricos: miércoles de 11 a 13. Prácticas quincenales: viernes de 12 a 14 horas.

*Requisitos de aprobación:* 75% de asistencia y aprobación de la monografía.

*Inscripción e informes:* Aranguren 2701, Pabellón J, Consultorio 33; Tel.: 01-812-5991.

---

**Primer Encuentro de  
Psiquiatras  
en Santa Fe**

El día 23 de setiembre de 1995 se realizó en la ciudad de Santa Fe, después de mucho tiempo, un primer Encuentro de Psiquiatras, que convocó a colegas de Paraná, Sunchales, Rafaela y Reconquista.

Organizó y coordinó esta Jornada, dedicada a la memoria del fallecido Dr. Cayetano Petrone, la Sociedad de Psiquiatría de Santa Fe. Se contó con la presencia del Dr. Juan Carlos Stagnaro, quien tuvo a su cargo la disertación central.

Stagnaro en su exposición



planteó una temática que sin duda respondió a los intereses de los colegas, que hoy se debaten en un torbellino de corrientes teóricas y de prácticas diversas, que hacen que sean más las dificultades para situar a la psiquiatría hoy y en proyección hacia el futuro.

El advenimiento del psicoanálisis a comienzos de siglo, y la diversificación de escuelas y corrientes, propiciada fundamentalmente por la práctica americana—que intenta condensar y muchas veces simplificar cuando no descontextualizar los grandes síndromes a través de los DSM— y la aparición de una “nueva clínica”, la farmacológica, parecen estar cuestionando a la Clínica Psiquiátrica de las vertientes francesa y alemana.

Stagnaro ilustró elocuentemente la demanda planteada, en el sentido de la re-situación de la Psiquiatría hoy y destacó el carácter clínico de la especialidad, alentando ese perfil en la formación y en la práctica.

La oportunidad sirvió para impulsar una inquietud que aunque latente permanecía aún no manifiesta, cual es la de comenzar a trabajar en red. Los psiquiatras del interior tienen dificultades para acceder a una información permanente y actualizada, especialmente si se tiene en cuenta que no existen Servicios importantes y que la transmisión por vía de la experiencia, esto es, de maestros de la Clínica Psiquiátrica es inexistente.

*Vertex*, Revista argentina de psiquiatría, fue puesta a disposición, para oficiar de sustento a este proceso, que sin duda dará resultados en la medida que los deseos sean puestos en juego.

En la oportunidad, colegas de Santa Fe, Rafaela y Sunchales, presentaron ponencias de contenidos teóricos y perfiles clínicos.

El “movimiento” siguió su marcha, y el 20 de octubre de 1995, en una actividad que convocó nuevamente a los colegas y con la presencia del Dr. Guillermo Belaga del Centro Descartes de Bs. As., institución que dirige Germán García, se abordó el tema “La pertinencia del psicoanálisis en la psiquiatría”, sirviendo además la ocasión para presentar la versión castellana del texto de

Gaëtan Gatian de Clérambault: “Automatismo mental. Paranoia”.

El 21 de octubre los colegas de Rafaela y Sunchales, con la coordinación de Jorge Fainblum, Patricia D'Agostino y Norma Zunino, contagiados seguramente por el deseo de seguir trabajando nos convocaron en torno al tema “Suicidio”. La región atraviesa por una determinada problemática, en que este fenómeno ha tocado frecuentemente a sus comunidades. Los Dres. Elpidio Olivera y Ricardo Castro, ambos de Córdoba, abordaron el tema desde la psicopatología y prevención, y nuevamente colegas de Santa Fe y Rafaela lo complementaron desde la perspectiva de la clínica y la estadística.

El encuentro, exitoso por el número de asistentes como por el intercambio producido, dio lugar a la puesta en marcha de la inquietud de constituirse Rafaela como sede de una Sociedad Científica asegurando así el anudamiento necesario para la construcción de lazos que favorezcan el proyecto de trabajo en común.

Este mes de noviembre, más precisamente el 25, vendrá el Dr. León Morra, director de la clínica

Morra de Córdoba, a quien la Sociedad de Psiquiatría de Santa Fe le encomendó el Tema: “Clínica de la Depresión”, esta vez desde el sesgo biológico y de la farmacocinética.

Se tiene la sensación de que una primera piedra echó a rodar y entró a colisionar con otras, desactivando la inercia. Se espera que se inicie un movimiento, que provoque al trabajo colectivo, que inquiete y desestructure el *statu quo*, que estimule a los colegas a exponer y a hablar de su práctica, en un aprendizaje enaltecedor de la confrontación científica.

Por este medio, los psiquiatras de Santa Fe desean establecer comunicación con colegas y sociedades científicas de otras regiones de la Argentina y de más allá hasta adonde *Vertex* llegue.

*Nuestra Dirección:* Lisandro de la Torre 2521 - 3000 Santa Fe, a nombre de Sociedad de Psiquiatría de Santa Fe. Tel-Fax: 042-603314 (por razones prácticas brindamos además estos números 042-595608 - 0492-29859).

Juan Carlos Liotta  
Presidente de la Soc. Psiquiátrica de Santa Fe

Asociación de Psiquiatras Argentinos

**APSA**

XII Congreso Argentino de Psiquiatría  
“Diversidad e integración”

27 al 30 de abril de 1996 - San Miguel de Tucumán

Las actividades consistirán en Simposios Internacionales, Simposios Nacionales, Simposios auspiciados por la Industria Farmacéutica, Paneles, Mesas Redondas, Comunicaciones Científicas, Videos y Cursos

Se contará con la presencia de autorizadas figuras de la Psiquiatría, Psicoanálisis y Salud Mental nacionales y extranjeras

*Informes e inscripción*

San Martín 579 2º piso, 1004 Capital Federal

Tel./Fax: 393-3381/3129/3059



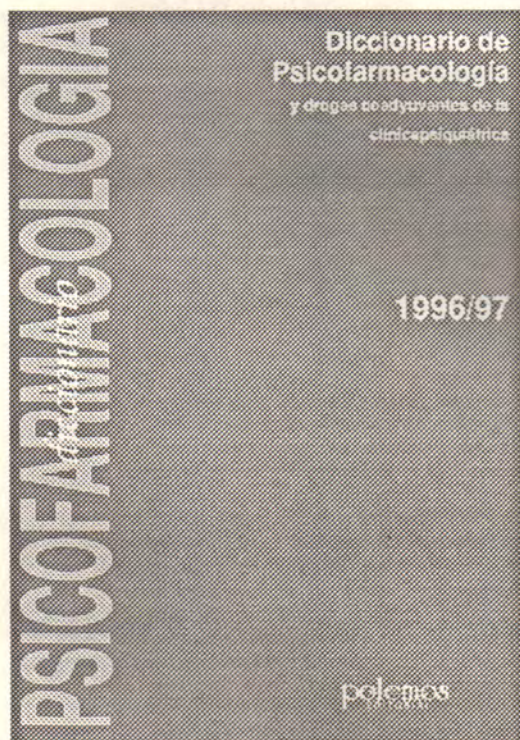
# Índice alfabético de autores

## Volumen VI - 1995

- Abourachid, Y., Pecoulas, F. de, Kamienny, D. *Transexualismo, psicosis y cirugía*, N° 19, pág. 13.
- Ader, R. *Introducción*, N° 21, p. 175.
- Agrest, M., Nemirovsky, M., Strejilevich S., Triskier, F. *Residencias de Salud Mental, Estudio comparativo de dos encuestas realizadas con 6 años de diferencia (1988 -1994)*, N° 22, pág. 245.
- Alvarez, M. S. ver Sivak, R. E.
- Andrés, H. *Abordaje de la persona vieja desde la mirada de la psiquiatería*, N° 19, pág. 32.
- Apfelbaum, S., Strejilevich, S., "Hay que prevenir que se vuelvan psicóticos". Entrevista a Herbert Meltzer, N° 22, pág. 275.
- Aristegui, G. *El Psicoanálisis más allá del consultorio*, N° 20, pág. 156.
- Arzt, E. ver Costas, M.
- Ascencio, M. *¿Adónde querés que vaya? Cuando la Sala se transforma en un lugar para estar*, N° 21, pág. 231.
- Averbuch, M. A. *El insomnio*, N° 20, pág. 96.
- Averbuch, M. A. *El sueño normal*, N° 20, pág. 116.
- Badiou, A. *Ética y psiquiatría*, N° 20, pág. 150.
- Bantman, P., *Factores sociales y esquizofrenia. Reseña sobre el 148° Congreso de la American Psychiatric Association*, Miami, 20-25 de mayo de 1995, N° 22, pág. 294.
- Bardotti, S., *La reflexión como método*, N° 22, pág. 328.
- Bas, C. ver Luchina, C.
- Bazán, G. *Nuestra hospitalidad*, N° 20, pág. 154.
- Beker, E., Benedetti C. P. de, Goldvarg N. P. de, *Ética, ecología y salud*, N° 21, pág. 234.
- Benedetti, C. P. de, ver Beker, E.
- Bonet J. L., Luchina, C. *Depresión y sistema inmunoendócrino*, N° 21, pág. 208.
- Bonet J. L., Luchina, C. *Estrés y función inmunitaria*, N° 21, pág. 199.
- Bonet J. L., Luchina, C. *Psiconeuroinmunoendocrinología: Fundamentos de un modelo de una red funcional intersistémica*, N° 21, pág. 186.
- Cerdeiras, R. J. *Alain Badiou y el pensamiento filosófico*, N° 20, pág. 149.
- Cerletti, U. *Electrochoque*, N° 21, pág. 228.
- Chapot, S., Guido, P., López, M., Szurman, S. *Paso del tiempo y cambios en el proceso de envejecimiento*, N° 19, pág. 35.
- Clasificación internacional de las alteraciones del sueño*; N° 20, pág. 138.
- Conti, N. A., *Jacques Joseph Valentin Magnan*, N° 22, pág. 307.
- Costas, M., Páez Pereda, M., Arzt, E., *Sistema inmunitario: aspectos básicos y modelos para el estudio de su interacción funcional con el sistema neuroendócrino*, N° 21, pág. 178;
- Eche P., Wintreber, D. *El misterio de la conciencia onírica*, Entrevista a Michel Jouvét N° 20, pág. 129.
- Ey, H. *El sueño hecho primordial de la psicopatología*, N° 20, pág. 143.
- Fazzina, M. ver Strejilevich, S.
- García, C. A. ver Lupo, C.
- Gershanik O. *Disquinesias tardías: prevención y tratamiento*. Entrevista, N° 22, pág. 285.
- Giolito, I. ver Lupo, C.
- Goldvarg, N. P. de, ver Beker, E.
- Gorog J. -J., *Psicoanálisis, psiquiatría y antipsiquiatría*. Entrevista N° 22, pág. 301.
- Gorog, F. ver Abourachid, Y.
- Guido, P. ver Chapot, S.
- Intebi, A. D. *Psiconeuroinmunoendocrinología en pacientes infectados con el virus HIV*, N° 21, pág. 217;
- Jouvét, M. *El misterio de la conciencia onírica*, Entrevista, N° 20, pág. 129.
- Jufe, G. S. *Farmacología de las drogas utilizadas para el tratamiento del insomnio*, N° 20, pág. 108;
- Jufe, G. S., Stagnaro, J. C., *El tratamiento a largo plazo de las psicosis esquizofrénicas. Aspectos psicofarmacológicos*, N° 22, pág. 260.
- Kalinsky, B. *Crimen y castigo, Los dos centinelas del sufrimiento del paciente*, N° 20, pág. 90.
- Kamienny D., Wintrebert, D., *Psicoanálisis, psiquiatría y antipsiquiatría*. Entrevista a Jean-Jacques Gorog N° 22, pág. 301.
- Kamienny, D. ver Abourachid, Y.
- Lagomarsino, A., *Sobre los antipsicóticos atípicos*, N° 22, pág. 281.
- Lebigot, F., *El psiquiatra militar y su enfermo*, N° 22, pág. 321.
- Leguil François *Entrevista acerca del Encuentro del Campo Freudiano*, N° 19, pág. 68.
- López, M. ver Chapot, S.
- Luchina C., Bas, C. *Psiconeuroinmología y cáncer*, N° 21, pág. 222.
- Luchina, C. ver Bonet, J. L.
- Luchina, C. ver Bonet, J. L.
- Luchina, C. ver Bonet, J. L.
- Lupo, C., Giolito, I., García, C. A., *Niveles de 5 HIAA - HVA y Moppeg en líquido cefalorraquídeo postmortem en suicidas y no suicidas*, N° 21, pág. 165.
- Macotinsky, G. ver Chapot, S.
- Magnan, J. J., Sérieux, P., *Delirio crónico*, N° 22, pág. 310.
- Matusevich, D. *El sueño en la vejez*, N° 20, pág. 124.
- Matusevich, D. ver Chapot, S.
- McIntosh, I. *El estrés profesional y su tratamiento*, N° 20, pág. 85.
- Meltzer, H., "Hay que prevenir que se vuelvan psicóticos". Entrevista, N° 22, pág. 275.
- Nemirovsky, M. ver Agrest, M.
- Noël, P. *Acerca de psicóticos que han envejecido*, N° 19, pág. 39.
- Páez Pereda, M. ver Costas, M.
- Parizot S., Reça, M., Tapp, A., Trémine, T., *III Conferencia internacional sobre esquizofrenia, Vancouver, 1994*, N°22, pág. 290.
- Pecoulas, F. de, ver Abourachid, Y.
- Réca, M. ver Parizot S.
- Reggiani, H., "Residuos catatónicos", N° 22, pág. 251.
- Salvareza, L. *El terapeuta de viejos en el imaginario social*, N°19, pág. 50.
- Scherman, C. *Fin de análisis con niños o final/es de un tratamiento posible en la infancia y la latencia*, N° 19, pág. 73.



- Sivak, R. E. Alvarez. M. S. *Depresión esencial y depresión enmascarada: dos grados diferentes de mentalización. Aportes a su diagnóstico y tratamiento*, N° 19, pág. 5.
- Sivak, R., Wiater. A., *Alexitimia, ¿un indicador posible en prevención?* N° 21, pág. 169.
- Stagnaro J. C. *Del matadero al manicomio*, N° 21, pág. 229.
- Stagnaro, J. C. ver Jufe, G. S.
- Strejilevich, M. *Breve reseña sobre la psicogeriatría argentina* N° 19, pág. 64.
- Strejilevich, S. *Formación en gerontopsiquiatría: una urgencia psiquiátrica*; N° 19, pág. 59.
- Strejilevich, S., y Fazzina, M., *Disquinesias tardías: prevención y tratamiento*. Entrevista a Oscar Gershanik N° 22, pág. 285.
- Strejilevich, S. ver Agrest, M.
- Strejilevich, S. ver Apfelbaum, S.
- Szurman, S. ver Chapot, S.
- Tapp, A. ver Parizot S.
- Trémine, T. ver Parizot S.
- Triskier, F. ver Agrest, M.
- Villena Aragón, J. C. *Psiquiatría y Medicina*, N° 19, pág. 22.
- Wiater. A. ver Sivak, R.
- Wintrebert, D. *Entrevista a François Leguil Acerca del Encuentro del Campo Freudiano*, N° 19, pág. 68.
- Wintrebert, D. ver Eche P.
- Wintrebert, D. ver Kamienny D.
- Suplemento N° 1 al Volumen VI - XI Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA - Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría WPA - III Congreso Argentino de MassMedia y Salud Mental
- Agrest, M., Nemirovsky, N., *Presente y futuro de los residentes y profesionales en formación*, pág. 24.
- Apfelbaum S., ver Strejilevich S.
- Conti, N., *Síntesis y Análisis del Programa de Actividades Científicas*, pág. 20.
- Costa e Silva, J. A., *La promoción de la Salud Mental y la prevención de los trastornos mentales en el mundo*, pág. 5.
- La investigación clínica, epidemiológica, sociopsiquiátrica... una necesidad indispensable*, pág. 30
- Montenegro, R., *El Rol del Psiquiatra y de sus Organizaciones*, Entrevista pág. 13.
- Nemirovsky, N., ver Agrest N.
- Ramírez, L., *El Fenómeno de la Esquizofrenia Resistente*, Entrevista pág. 16.
- Satorius, N., *Presente y futuro de la Psiquiatría*, pág. 10.
- Stagnaro J. C., Triskier F., *Entrevista a Roger Montenegro* pág 13.
- Stagnaro, J. C., ver Strejilevich S.
- Strejilevich S., Apfelbaum S., *Entrevista a Luis Ramírez*, pág. 16.
- Strejilevich S., Stagnaro, J. C., *Recorriendo las Mesas Redondas: "La patología del Pensamiento" y "El Caso Clínico"* pág. 26.
- Triskier F., ver Stagnaro J. C.
- Suplemento N° 2 al Volumen VI III jornadas de uso Racional de Psicofármacos
- Acosta, G. B., *Neurotransmisión aminoacídica excitatoria*, pág. 39
- Alvano, S. A., *Benzodiazepinas. Su farmacología y manejo clínico*, pág. 19
- Bertera H. J., *Pautas generales para el uso de psicofármacos en Anorexia y Bulimia*, pág. 32
- Elenitza, I. M., *Distimias: Clínica y tratamiento*, pág. 17
- Jufe, G. S., *Antipsicóticos atípicos. Nuevos antipsicóticos*, pág. 28
- Rojtenberg S. L., *Depresión: tratamiento a largo plazo*, pág. 10
- Thierer, D. E., *Drogas estimulantes de la cognición*, pág. 42
- Wikinski, S. I., *Marcadores biológicos en psiquiatría*, pág. 45
- Zieher, L. M., *Niveles y mecanismos de acción de los antidepresivos*, pág. 4



## Novedad

### Diccionario de Psicofarmacología y drogas coadyuvantes de la clínica psiquiátrica

1996/97

Nuevamente editamos nuestro Diccionario de psicofarmacología con la monografía de especialidades medicinales por orden alfabético actualizada.

En este volumen se agregan artículos de L. M. Zieher sobre Farmacodinamia, G. Jufe sobre Psicofármacos y de S. Alvano sobre Farmacocinética y, como en el anterior, cuatro índices, una serie de tablas de interacción medicamentosa, e información complementaria sobre Centros toxicológicos y Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Solicítelo a su promotor.