



**VERTEX**  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

**115**



## SUICIDIO Y PSIQUIATRÍA

*Daray / Fógola / Gaillardou / Grendas / Levín / C. Martínez / D. V. Martínez  
Matusevich / Mazaira / Rebok / Rodante / Teti / Toro Martínez*

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

Volumen XXV – Nº 115 Mayo – Junio 2014 – ISSN 0327-6139

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
 Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**  
 Secretario:  
**Martín Nemirovsky**

#### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

#### Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

#### Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** 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. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

#### Corresponsales en el exterior

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; P. Pizarro; Daniel Vigo; A. Yaryura Tobías. **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

#### Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

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

#### Corrección técnica de textos:

Laura Carosella

#### Diseño

Marisa G. Henry  
 marisaghenry@gmail.com

Impreso en:  
 Sol Print SRL,  
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXV Nro. 115 MAYO - JUNIO 2014

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

## SUMARIO

VERTEX  
*Revista Argentina de  
Psiquiatría*

Aparición  
Bimestral

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

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa  
Artista: Ada Pasternak*

*"Desesperanza"*

*Técnica: óleo sobre cartón*

*22 x 22 cm  
Año 2008*

[www.adapasternak.com.ar](http://www.adapasternak.com.ar)

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

- **Satisfacción con los servicios de salud mental para niños y adolescentes según el sexo de los usuarios y profesionales**  
Eduardo L. Bunge, Carina V. Barilá,  
Natalia A. Sánchez, Ana L. Maglio pág. 165
- **La crisis de angustia en la urgencia y su relación con los factores desencadenantes desde una perspectiva de género**  
Marianela González, Gabriela Melamed, Carol Dillon pág. 172
- **Quemaduras intencionales con ácido. Nuevas expresiones de violencia contra la mujer en Medellín, Colombia. Serie de casos**  
Diana Restrepo-Bernal, Alicia Gómez-González, Silvia L. Gaviria pág. 179

### **DOSSIER**

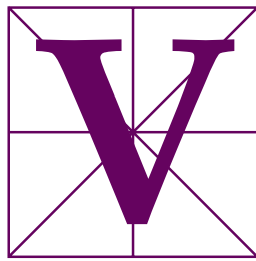
- **SUICIDIO Y PSIQUIATRÍA** pág. 186
- **El suicidio de un paciente. Impacto en el psiquiatra**  
Silvina Mazaira pág. 189
- **Centro Público Provincial de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial. Una senda hacia la Suicidología Comunitaria**  
Carlos Martínez pág. 195
- **Pacientes hospitalizadas por ideación e intento de suicidio en un Hospital de Salud Mental: características clínico-demográficas y seguimiento a seis meses**  
Germán L. Teti, Federico Rebok, Leandro N. Grendas,  
Demián Rodante, Agustina Fógola, Federico M. Daray pág. 203
- **Autolesiones deliberadas. Entre la restricción y el alivio**  
Daniela Verónica Martínez pág. 213
- **Riesgo y suicidio en sistemas de puertas abiertas. Responsabilidad civil y aspectos médico legales**  
Esteban Toro Martínez pág. 220
- **Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida)**  
Santiago A. Levín pág. 225
- **Dolor crónico y tentativa de suicidio en la vejez a través de una narración de caso**  
Denise Gaillardou, Daniel Matusevich pág. 231

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

- **Harry Strack Sullivan: una mirada socioambiental sobre la psicopatología** pág. 235

### **LECTURAS Y SEÑALES**

- **Tokio Blues** pág. 239



### EDITORIAL



pagados los últimos cánticos, sofrenadas las euforias y en vías de elaboración las frustraciones de millones de hinchas de todo el mundo, no podemos dejar de mencionar en estas líneas al acontecimiento más relevante de las últimas semanas. En efecto, un cierto atraso en la salida de este número de Vertex, debido a razones editoriales, nos permite hacer un comentario al respecto, cuando aún se escuchan los ecos de los cánticos que arrancaron a las multitudes los partidos jugados en el Campeonato Mundial de Fútbol, que culminó en Brasil recientemente.

Por un mes quedaron en suspenso guerras, catástrofes económicas, tragedias y chismes políticos con los que nos bombardean sin piedad, día y noche, los medios masivos de comunicación. Envueltos cada uno en sus sentimientos nacionales partimos unidos desde todos los continentes, los aficionados habituales y los fanáticos de ocasión, para alentar a nuestros gladiadores al son de himnos y colores patrios: incomparable espectáculo de sublimación de una guerra mundial, transmitida en imagen color y sonido, urbi et orbi. Un torneo de todos contra todos que recrea las más caras tradiciones de un campo de batalla, con sus escuadras, uniformes, directores técnicos y asistentes -eufemismo por estado mayor- capitanes, tácticas y estrategias, defensas y ataques, lesionados y hombres de reserva, todos empeñados en ganar, pendientes del disparo de un gran "cañonazo" final que haga caer vencido el castillo representado por el arco enemigo. Todo ello sazonado con altas dosis de publicidad y succulentos dividendos por derechos televisivos, venta de entradas y cuanta actividad lucrativa pueda imaginarse. Sin embargo, podemos preguntarnos: ¿se agota el enorme atractivo del fútbol en estos factores o hay algo más?

En su libro Diálogos, Vicente Zito Lema pone en boca de Enrique Pichon Rivière una serie de opiniones y definiciones sobre el fútbol que, como todos sabemos fue, desde la infancia, una gran pasión de Pichon, gran hincha de River Plate. Pregunta el autor, en un pasaje de esa conversación: "¿Considera pertinente una lectura científica del fútbol sin que ahogemos las resonancias inocentes que en tanto juego nos despierta?". A lo que el maestro, recreado -seguramente con bastante fidelidad- por la memoria de Zito Lema, responde: "Pienso que legítimamente podríamos hablar de una antropología del fútbol, teniendo en cuenta su significación en un contexto social determinando, su historia. El fútbol es una estructura, un universo, con categorías propias de conocimiento, en el que se hacen presentes la política, la economía, la filosofía, la lógica, la psicología -particularmente en su dimensión social, la ética y la estética. Y ello no obstaculiza las resonancias inconscientes ni las gratificaciones que como jugadores o espectadores el juego del fútbol nos depara". Difícil lograr una definición más amplia, pertinente y rica que sintetice con elegancia y enjundia lo que es el fútbol. Pero el diálogo sigue. Pregunta Zito Lema: "¿Habría de una poética en el fútbol?" Y obtiene una magnífica respuesta: "Por qué no. Animémonos a ello... Allí está la cancha, un verdadero escenario, donde se desempeña con total fantasía el equipo que sentimos propio, y también el contrario. Allí está la pelota, que nos fascina; su forma esférica la vincula con uno de los más antiguos símbolos que maneja la humanidad. Es una forma perfecta, la coincidencia del uno y del todo, es la imagen del infinito. Y allí también está el jugador, el mago. El verdadero actor, el centro de la personalidad que en interacción con los otros personajes configura los pasos de una representación que se parece a la tragedia griega" [...] "es así, aunque más no sea en forma fugaz, a través de un sentimiento de armonía y precisión del juego que aparece siempre después del momento de desorganización y ruptura. Entonces el fútbol se convierte en ballet..." ■

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

## MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

## TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2014

**Vertex 113 / Enero - Febrero**  
**DSM-5: LUCES Y SOMBRAS**

**Vertex 114 / Marzo - Abril**  
**CULTURA Y PSIQUIATRÍA**

**Vertex 115 / Mayo - Junio**  
**SUICIDIO Y PSIQUIATRÍA**

## FE DE ERRATAS

En el número 114 de *Vertex*, *Revista Argentina de Psiquiatría*, en el artículo "Tratamiento con vitamina D y enlentecimiento de la progresión a estadio severo en enfermedad de Alzheimer", apareció publicado en forma incorrecta el apellido de una de sus autoras. Donde dice María José Basallo debió decir María José García Basalo.



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# Satisfacción con los servicios de salud mental para niños y adolescentes según el sexo de los usuarios y profesionales

**Eduardo L. Bunge**

*Doctor en Psicología.  
Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infanto Juvenil (ETCI), Argentina.  
Universidad de Palo Alto, California, EE.UU.  
E-mail: ebunge@paloaltou.edu*

**Carina V. Barilá**

*Licenciada en Psicología.  
Fundación ETCI*

**Natalia A. Sánchez**

*Licenciada en Psicología.  
Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA.  
Lugar de pertenencia: Fundación ETCI*

**Ana L. Maglio**

*Doctora en Psicología.  
CONICET.  
Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA.*

*“Si se quisiera saber de qué modo podemos averiguar qué es lo que los jóvenes esperan de un servicio de salud mental para niños y adolescentes la respuesta obvia es: preguntarles” (15).*

## Introducción

La calidad de los servicios en salud mental implica el grado en el que éstos incrementan la probabilidad de obtener buenos resultados y la medida en que son coherentes con el conocimiento profesional actual (1).

La satisfacción del usuario (SU) con los distintos aspectos del servicio brindado es considerada un elemento esencial dentro de los modelos de evaluación de calidad en salud mental (2, 3, 4, 5, 6, 7).

La evaluación de la SU presenta una serie de beneficios potenciales. En primer lugar, la SU está relacionada con el uso subsecuente de los servicios, la adherencia al tratamiento, los resultados clínicos y sociales del servicio (8, 9), y con el cumplimiento de futuras citas (10). Se considera que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud. Incluso, la SU de los padres e hijos fue predictiva de la alianza terapéutica, y ésta se asoció a menores cancelaciones y a reportes de mejoría por parte de los jóvenes y sus padres (11). Del mismo modo, permitiría prever la terminación prematura y no planificada del tratamiento, ya que se ha observado que si las expectativas de los usuarios son incongruentes con lo que ocurre, pueden volverse insatisfechos y abandonar el tratamiento (12).

La evaluación de la SU en el campo particular de los servicios de salud mental para niños y adolescentes

(SSMNA) es más reciente y se la ha investigado en menor medida. En dicho ámbito existe una brecha significativa entre las necesidades de los usuarios y los recursos disponibles (13), en especial en países de bajos y medianos recursos.

Los problemas de salud mental en niños y adolescentes son frecuentes (14), se estima que entre un 25% y 40% de los adolescentes en algún momento de su adolescencia experimentan problemas de salud mental y la tasa de prevalencia de los trastornos mentales severos en esta franja etaria giran alrededor del 10% (15). Esto implica que una considerable porción de la población requeriría asistencia por parte de SSMNA adecuados. Conocer de qué manera incrementar la SU en estos dispositivos representaría un considerable aporte para reducir la brecha entre las necesidades y los recursos brindados a esta población.

Además, la evaluación de la SU parece ser una alternativa viable para la valoración de resultados en los países de bajos recursos, debido a que son estudios accesibles desde lo económico y arrojan información relevante para los prestadores de servicios de salud. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de niños y adolescentes que habitan en dichos países, la elevada necesidad de contar con servicios de salud mental adecuados y la escasez de estudios que evalúan los servicios prestados. La evaluación de la

---

### Resumen

La satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental es un aspecto importante en la evaluación de la calidad de dichos servicios. En el ámbito de la salud mental infanto-juvenil se han realizados escasos estudios que indagaran sobre esta característica. El objetivo del presente estudio es evaluar la relación entre la satisfacción de los padres, niños y adolescentes, según el sexo de los pacientes y de los terapeutas.

La muestra incluyó 382 sujetos que asistían a servicios privados de Buenos Aires, a quienes se les administró el Cuestionario de Experiencias con el Servicio.

Los resultados hallados en el grupo de los adolescentes indican diferencias en la satisfacción con el servicio al relacionar el sexo del/los adolescentes con el sexo del terapeuta, en cambio en el grupo de los niños y padres no se hallaron diferencias significativas.

Se discuten las implicancias de los resultados para optimizar los servicios brindados en el área infanto-juvenil.

**Palabras clave:** Calidad de servicios de salud mental - Satisfacción del usuario - Niños y adolescentes.

SATISFACTION WITH CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH SERVICES BY USER AND CLINICIAN SEX

### Abstract

Client Satisfaction with mental health services is an important aspect in the evaluation of quality of those services. In youth mental health field, a few studies had being made about this characteristic.

The aim of this study is to evaluate the relationship between satisfaction of parents, children and adolescents according to sex of patients and therapists.

The sample included 382 subjects who attended to Buenos Aires private services who completed the questionnaire of experiences with the service.

The results in teenagers' group showed differences in the satisfaction with the service matching the sex of teenagers with the sex of therapist, however in children and parent groups we haven't found significant differences.

We discuss the implications of the results in order to improve the services given in youth area.

**Key words:** Quality of mental health service - Client satisfaction - Children and teenagers.

---

SU con los SSMNA en tal contexto, puede ser un considerable aporte en la promoción de la salud mental.

La SU refiere a las evaluaciones positivas del usuario sobre las diversas dimensiones del cuidado de la salud (10). Consiste en una medida subjetiva, definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción que tiene del servicio que recibió (16, 17), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (2, 18).

La SU con los SSMNA está conformada por una serie de dimensiones. En lo que refiere a SU de los padres, Kaplan y colaboradores (19) hallaron tres factores que explican la misma: necesidades de los padres (p. ej., la implicación de los padres en el tratamiento); servicios médicos (la satisfacción con el uso de la medicación); facilidades/equipo (satisfacción con los procedimientos). Riley y colaboradores (20) identificaron cinco factores: la adecuación, el resultado, la participación en el tratamiento, la accesibilidad y la sensibilidad cultural. Cabe aclarar que las necesidades de los padres y sus hijos sobre los servicios no necesariamente son las mismas (21).

En cuanto a las dimensiones de la SU desde la perspectiva de los adolescentes, Biering (22) observó que presenta tres componentes: la satisfacción con el ambiente y la organización de los servicios, la satisfacción con la relación entre el adolescente y el profesional, y la satisfacción con el resultado del tratamiento.

Estudios cualitativos permiten comprender mejor cada una de estas dimensiones de la SU de los adolescentes. En relación a la dimensión del ambiente y la organización de los servicios, los factores identificados con mayor frecuencia fueron la accesibilidad a los servicios y los profesionales, la comodidad y limpieza, y la flexibilidad de los servicios (23, 24, 25, 26, 27, 28). En cuanto a la relación adolescente-profesional, se observó que los adolescentes dan especial importancia a las habilidades comunicacionales del profesional y a la noción de empoderamiento (22). Los aspectos relacionados a la dimensión de resultados de tratamiento, se percibió que los adolescentes juzgan positivamente a los servicios si experimentan cambios positivos en sus pensamientos, emociones y comportamientos, se identificaron tres categorías de cambios deseados: comportamental, emocional y evolutivo (22).

El único estudio cualitativo hallado sobre cómo experimentan los niños de 7 a 12 años los SSMNA identificó los siguientes elementos: el temor a ser estigmatizado por acudir a un SSMNA, la calidad y abordajes del equipo de profesionales, los aspectos ligados al ámbito del SSMNA, y la ansiedad acerca de asistir al SSMNA (29).

Stallard reportó un proceso de mejora de la calidad de un SSMNA comunitario mediante la evaluación de las áreas de insatisfacción identificadas por los padres de los jóvenes. Por lo que sugiere que los usuarios son capaces de expresar sus opiniones acerca de cómo los servicios podrían ser brindados de una manera más satisfactoria y cómo, cuando estas opiniones son tenidas en cuenta, pueden llevar a una disminución de la insatisfacción. Sin embargo, cabe destacar que el estudio se centró en las

opiniones de los padres, dejando de lado la de los jóvenes (30).

En general, en los estudios realizados sobre SU de los SSMNA, la visión de los padres ha sido considerada con mayor frecuencia que la de los jóvenes (31, 32, 33). A pesar que la evidencia indica que los jóvenes pueden brindar información válida y confiable (34, 35), sus necesidades no han sido contempladas como las de sus padres (36, 37, 38).

La perspectiva de los adolescentes sobre los servicios de salud mental debe ser escuchada, ya que la evidencia sugiere que perciben negativamente los aspectos relacionados a la salud mental y a quienes experimentan problemas de ese tipo (39); y no tratar dichas percepciones disminuye la probabilidad que atiendan a los servicios necesarios. Sus creencias acerca de cómo deberían funcionar los servicios de salud mental y de su utilidad podrían funcionar como barreras para que acudan a ellos (40).

Si la relación adolescente-profesional es una de las dimensiones que incide en la SU de los jóvenes, sería pertinente evaluar el impacto del sexo del usuario y del profesional en tal relación. Si bien revisiones previas reportaron que las variables sociodemográficas (41, 42) han sido indicadores pobres de la SU con los SSMNA, el impacto del sexo de los usuarios y los terapeutas en la SU ha sido escasamente estudiado. Por un lado, Barber, Tischler y Healy concluyeron que en relación al género del usuario y la satisfacción, la evidencia es confusa (43), mientras que Shapiro y colaboradores (44) sí hallaron diferencias según el sexo, donde se observó que los varones estaban más satisfechos con los beneficios de la terapia que las mujeres. De todos modos, ninguno de los estudios mencionados discriminó el grado de satisfacción según el sexo del paciente y su terapeuta.

En el contexto local es frecuente que los padres que consultan a los SSMNA soliciten terapeutas de un sexo determinado, según el sexo y la edad de su hijo; hasta el momento no se han realizado estudios que evalúen el impacto de dicha variable en la SU con los SSMNA. Debido a que las expectativas de los usuarios son un componente de satisfacción con los SSMNA, esta investigación propone evaluar -en un contexto local- la relación entre la SU y el sexo de los pacientes y los terapeutas en población clínica infanto-juvenil.

Los objetivos de este estudio son los siguientes: a) comparar la SU desde la visión del niño/adolescente según su sexo; b) comparar la SU desde la visión de los padres según el sexo de sus hijos; c) comparar la SU desde la visión del niño/adolescente según su sexo y el de su terapeuta.

## Método

### *Tipo de estudio*

El presente estudio es no experimental, descriptivo, de diferencia entre grupos (45). El método de muestreo utilizado fue de tipo incidental.



### Participantes

Participaron del estudio un total de 382 sujetos, divididos en 91 díadas padres/niños de 9 a 11 años de edad, 83 díadas padres/adolescentes de 12 a 18, y

34 padres/cuidadores que consultaban por cuestiones referidas a sus hijos. Todos los participantes asistían a un SSMNA privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la zona norte del Gran Buenos Aires (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Participantes.

		Edad				
		n	%	X	Rango	DE
<b>Díadas Padres/Cuidadores y Niños</b>	Varones	69	75.80	9.82	9-11	1.15
	Mujeres	22	24.20	9.81	9-11	1.17
<b>Díadas Padres/Cuidadores y Adolescentes</b>	Varones	56	67.50	14.66	12-18	1.82
	Mujeres	27	32.50	14	12-18	2.22

### Instrumentos

#### *El Cuestionario de Experiencias con el Servicio*

El Cuestionario de Experiencias con el Servicio CES (46) consiste en una medida de auto-informe utilizado para medir la satisfacción específicamente en los SSMNA. El CES es el resultado de un proyecto llevado a cabo por la Comisión para Mejora de la Salud (CMS) (47), para desarrollar un método y herramientas adecuadas que le permitiera captar las visiones de los usuarios para la Revisión de Gestiones Clínicas.

Existen tres versiones del CES: una para padres/cuidadores, una para niños de 9 a 11 años y otra para adolescentes de 12 a 18 años. Cada una de las versiones del CES cuenta con 12 afirmaciones que evalúan aspectos tales como facilidades, equipo de trabajo, cuán bien tratado fue, confianza en el equipo de profesionales y satisfacción general con el servicio. Las 12 afirmaciones se evalúan en una escala Likert con tres opciones para determinar el grado de acuerdo (totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, en desacuerdo, no sé). Además cuenta con tres preguntas adicionales que invitan a respuestas abiertas escritas, las cuales no fueron incluidas en el presente estudio. Asimismo, cuenta con una serie de preguntas que indagaran variables socio demográficas: edad, sexo del niño.

Se realizó una adaptación lingüística de las tres versiones conforme al proceso de retrotraducción (48).

#### *Procedimiento*

Los procedimientos realizados en el presente estudio forman parte de un estudio mayor, donde se evaluó la SU con los SSMNA según la edad de los usuarios, el tipo de problema y la orientación teórica del servicio (49). La participación en el estudio por parte de los sujetos fue anónima, voluntaria y no remunerada. El CES se tomó en consultorios externos de tres SSMNA privados de orientación teórica cognitiva conductual, sistémica y psicodinámica cada uno. La tarea de recolección de los datos de los participantes de las tres muestras estuvo a cargo de los miembros de los respectivos SSMNA, quienes prestaban su

consentimiento para que se encuestara a sus pacientes.

El CES se distribuyó en conjunto con el consentimiento informado en sobres cerrados. Para la distribución de los mismos se siguieron las recomendaciones del manual del CES (CMS, 2002) que indica que tanto un investigador, asistente de investigación, recepcionista/administrativo, o el clínico mismo, pueden solicitar a los pacientes en la sala de espera que completen los formularios y retornarlos en un sobre cerrado para asegurar la confidencialidad. Si bien el manual de uso indica que cada servicio puede escoger la metodología que desea, se desestimaron otras opciones (como ser la utilización de correo postal) por las bajas tasas de respuesta o dificultades de implementación. Se estima que completar el CES requirió unos 5-10 minutos en total.

En aras de optimizar la toma de cuestionarios, se comenzó la recolección de los mismos en el servicio de orientación cognitiva conductual, durante los meses de marzo a agosto del 2010. Calibradas las acciones, se procedió a la toma en el servicio de orientación sistémica, donde se logró recolectar los cuestionarios durante los meses de agosto a octubre de 2010. Finalmente, la toma en el servicio de orientación psicodinámica se vio demorada ya que diversos servicios no permitieron la toma de los cuestionarios; una vez hallado el servicio dispuesto a colaborar, los cuestionarios fueron administrados durante los meses de octubre de 2010 a julio 2011.

Los cuestionarios fueron completados por padres/cuidadores, niños y adolescentes que no se encontraban en la primera entrevista.

#### *Análisis de datos*

Los resultados se procesaron con el programa estadístico SPSS (versión 15.0) para Windows.

Al explorar la distribución de la variable en cada grupo de estudio, se observó que no podía asumirse una distribución normal (prueba Kolmogorov-Smirnov) y que las varianzas no eran homogéneas entre los grupos (prueba de Levene). Por lo tanto, se compararon los grupos por medio de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

## Resultados

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de SU en niños/as y comparaciones entre grupos.

		Satisfacción del usuario (SU)						
		n	X	Md	DE	Rango	z	p
Niños/as	Varones	60	31.7	33	3.17	19-36	-.84	.39
	Mujeres	19	32.94	33	2.52	27-36		
	Con terapeuta varón	18	33.11	34	3.17	23-36	-.141	.16
	Con terapeuta mujer	69	31.72	32	3.83	19-36		
Niños varones	Con terapeuta varón	16	33.06	34	3.41	23-36	-1.68	.09
	Con terapeuta mujer	50	31.28	32	4.15	19-36		
Niñas mujeres	Con terapeuta varón	2	32.5	-	2.12	31-34	-0.42	.67
	Con terapeuta mujer	19	32.89	33	2.57	27-36		
Padres	De niños varones	60	34.17	35	2.87	21-36	-1.38	.17
	De niñas mujeres	19	35	36	2.16	27-36		

Nota: Las comparaciones se realizaron con la prueba U de Mann Whitney.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grado SU que los niños/as perciben con el tratamiento, según su sexo, ni el del terapeuta (ver Tabla 2). Al vincular ambas variables, se observó que los niños varones no mostraron diferencias en la SU según el sexo del terapeuta. Con respecto a las niñas, sólo dos de ellas se encontraban en tratamiento con terapeutas varones, por lo que no pudieron interpretarse de manera consistente los resultados.

De acuerdo al sexo de los adolescentes, tampoco se observaron diferencias significativas en el grado SU entre los adolescentes y las adolescentes (ver Tabla 3).

Sí se observaron diferencias al relacionar el sexo del/ las adolescentes con el sexo del terapeuta. Los adolescentes varones que se encontraban en tratamiento con terapeutas varones percibían significativamente mayor SU que los adolescentes varones que se encontraban en tratamiento con terapeutas mujeres. Todas las adolescentes mujeres se encontraban en tratamiento con terapeutas mujeres, por lo que no fue posible realizar comparaciones.

Por su parte, los padres de niños y adolescentes, varones y mujeres, percibieron grados similares de SU con el servicio brindado a sus hijos/as.

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos de SU en adolescentes y comparaciones entre grupos.

		Satisfacción del usuario (SU)						
		n	X	Md	DE	Rango	z	p
Adolescentes	Varones	53	31.15	33	5.37	12-36	-1.08	.28
	Mujeres	25	32.84	33	3.08	26-36		
	Con terapeuta varón	27	33.51	34	2.53	26-36	-2.12*	.03*
	Con terapeuta mujer	53	30.92	32	5.42	12-36		
Adolescentes varones	Con terapeuta varón	26	33.42	33.5	2.53	26-36	-.99*	.003*
	Con terapeuta mujer	27	28.96	31	6.44	12-36		
Adolescentes mujeres	Con terapeuta varón	0					-	-
	Con terapeuta mujer	25	32.84	33	3.07	26-36		
Padres	De adolescentes varones	52	34.44	36	2.43	27-36	-0.17	.86
	De adolescentes mujeres	23	34.86	36	1.55	32-36		

Nota: Las comparaciones se realizaron con la prueba U de Mann Whitney.

## Discusión

La importancia de contemplar la SU en los servicios de salud mental ha sido ampliamente documentada (2, 3, 4, 5, 6, 7).

El presente estudio, pretendió evaluar la SU no sólo desde la visión de los padres, sino también desde la de los niños y adolescentes, que ha sido estudiada con menor frecuencia a pesar que la evidencia indica que pueden brindar información válida y confiable (34, 35). Más específicamente, el objetivo del presente estudio fue indagar la existencia de las diferencias en la SU en función del sexo de los usuarios y de los terapeutas.

Si bien la evidencia empírica previa en este sentido es confusa (43, 44) se pretendió evaluar tales variables debido a los frecuentes pedidos de usuarios y profesionales que solicitan terapeutas de un sexo determinado según el sexo del usuario en el contexto local de los SSMNA del ámbito privado. Dicha tendencia se puede observar en la distribución de la muestra, donde ninguna adolescente mujer y sólo dos niñas recibieron tratamiento por parte de terapeutas varones.

Los resultados del presente estudio indican que no hay diferencias en la visión de los niños/as en el grado de SU según su sexo y tampoco se observan diferencias en la SU de los padres según el sexo de sus hijos. En cambio, sí se observan diferencias en los adolescentes varones que están siendo atendidos por terapeutas varones, quienes reportan estar más satisfechos que los adolescentes varones atendidos por terapeutas mujeres.

Este último hallazgo puede deberse a aspectos relacionales, que en los adolescentes podrían tener un peso mayor que en los niños y los padres (40). Incluso un estudio local reportó que para los adolescentes los aspectos relacionales podrían primar por sobre otros aspectos (p. ej., los resultados) en la SU más que en otras franjas etarias (48). Consecuentemente, es posible que el adolescente varón pueda relacionarse más fácilmente con alguien de su mismo sexo, y esto repercute positivamente en la SU experimentada con el servicio recibido.

En cuanto a las adolescentes mujeres, cabe aclarar que quienes se encontraban en tratamiento con terapeutas mujeres reportaron niveles de SU similares a la de los adolescentes varones en tratamiento con terapeutas del mismo sexo, y superior a la de adolescentes varones en tratamiento con terapeutas mujeres; por lo que sería per-

tinente evaluar si los resultados obtenidos con los adolescentes varones se repiten con las adolescentes mujeres en caso de estar en tratamiento con terapeutas del sexo opuesto.

Otro aspecto a considerar es que el hecho de que no se hayan observado diferencias en las muestras de padres y niños, resalta el peso de la diferencia que sí se observó en los adolescentes varones.

En cuanto a las limitaciones, la muestra fue incidental, no probabilística, pertenece al ámbito privado, e incluso la amplia mayoría de las niñas y todas las adolescentes encuestadas se encontraba en tratamiento con terapeutas del mismo sexo. Esto último, si bien impidió hacer determinados análisis, al mismo tiempo podría indicar una tendencia en las derivaciones realizadas en los SSMNA. Estos resultados deben ser tomados con precaución debido a que no se cuenta con datos previos que permitan comparar los niveles de SU en otras muestras.

Además, la representatividad de la muestra debería limitarse a la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a la zona norte del Gran Buenos Aires y al ámbito privado; con lo cual los resultados no son generalizables al contexto público y de la seguridad social. Al mismo tiempo, debido a que la SU se relaciona con múltiples factores, el hecho de que se haya analizado exclusivamente sólo la variable sexo del terapeuta y del usuario representa otra limitación.

Las implicancias del presente estudio se vinculan con la posibilidad de optimizar los SSMNA a la luz de los resultados obtenidos. Es decir, en el caso de los adolescentes varones considerar la derivación a un terapeuta del mismo sexo, mientras que en el caso de los niños, esto no sería necesario. En el caso de las adolescentes mujeres, podría pensarse que la tendencia actual (de derivarlas a terapeutas mujeres), también tendría su fundamento empírico, aunque ello no fue tan claro como en el caso anterior, debido al sesgo en la muestra.

Finalmente, la evaluación de la SU parece ser una alternativa viable y complementaria a la evaluación de resultados en los países de bajos recursos debido a que son estudios accesibles desde lo económico y arrojan información relevante para los prestadores de servicios de salud (48). Considerando la elevada necesidad de contar con SSMNA de una adecuada calidad, la evaluación de la SU puede ser un considerable aporte en la promoción de la salud mental ■

## Referencias bibliográficas

1. Juran J. Juran on quality by design: the new steps for planning quality into goods and services. Glencoe: The Free Press; 1992.
2. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press. 1980.
3. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
4. Kaplan R, Norton D. The balanced scorecard: translating strategy into action. Cambridge: Harvard Business School Press; 1996.

5. Kaplan S, Busner J, Chibnall J, Kang G. Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (2), 202-6.
6. Oppong-Odiseng AC, Heycock EG. Adolescent health services-through their eyes. *Archives of Childhood Diseases* 1997; 77, 115-9.
7. Rey JM, Plapp JM, Simpson PL. Parental satisfaction and outcome: a 4-year study in a child and adolescent mental health service. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 22-8.
8. Fitzpatrick R. Scope and measurement of patient satisfaction. In: Fitzpatrick R, Hopkins A, editors. *Measurement of patients' satisfaction with their care*. London: Royal College of Physicians; 1993. p. 1-17.
9. Mitchell-Lowe M, Eggleston M. Children as consumer participants of child and adolescent mental health services. *Australas Psychiatry* 2009; 17 (4): 287-291.
10. Mahin A, Attari A, Mokhtari N. Compliance and satisfaction in major schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 2004; 19 (1): 1695.
11. Health Advisory Services Report. Together we stand: commissioning, role and adolescent mental health services. London; 1995.
12. Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. In: Bergin A, Garfield A. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley and Sons, Inc.; 1986. p. 213-256.
13. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 226-236.
14. Hermann RC, Regner JL, Erickson P, Yang D. Developing a quality management system for behavioural healthcare: The Cambridge Health Alliance experience. *Harv Rev Psychiatry* 2000; 8: 251-260.
15. Bird H. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37 (1): 35-49.
16. Arenas Y, Fuentes V, Campos C. Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría del CEDIUC. *EPAS* 1993; 10 (1): 15-17.
17. Harrington RC, Kerfoot M, Verduyn C. Developing needs led child and adolescent mental health services: issues and prospects. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8 (1): 1-10.
18. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
19. Lebow JL. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Eval Program Plann* 1983; 6 (3-4): 211-236.
20. Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29 (5): 212-227.
21. Rickert VI, Graham CJ, Fisher R, Gottlieb A, Troscclair A, Jay MS. A comparison of methods for alcohol and marijuana anticipatory guidance with adolescents. *J Adolesc Health* 1993; 14 (3): 225-230.
22. Biering P. Child and adolescent experience of satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17 (1): 65-72.
23. Buston K. Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *J Adolesc* 2002; 25 (2): 231-242.
24. Farnfield S, Kaszap M. What makes a helpful grown up? Children's views of professionals in the mental health services. *Health Informatics J* 1998; 4: 3-14.
25. Garland AE, Besinger BA. Adolescents' perceptions of outpatient mental health services. *J Child Fam Stud* 1996; 5 (3): 355-375.
26. Hawley KM, Weisz JR. Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34 (1): 117-128.
27. Linder-Pelz, S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16: 577-582.
28. Nelson TD, Steele RG. Beyond efficacy and effectiveness: a multifaceted approach to treatment evaluation. *Professional Psychology Research and Practice* 2006; 37 (4): 389-397.
29. Nabors LA, Weist MD, Reynolds MW, Tashman NA, Jackson CY. Adolescent satisfaction with school-based mental health services. *J Child Fam Stud* 1999; 8: 229-236.
30. Stiffman A, Chen Y, Elze D, Dore P. Adolescents' and providers' perspectives on the need for and use of mental health services. *J Adolesc Health* 1997; 21: 335-342.
31. Brannan AM, Sonnichsen SE, Heflinger CA. Measuring satisfaction with children's mental health services: validity and reliability of the satisfaction scales. *Eval Program Plann* 1996; 19: 131-141.
32. Guzmán del Río E. Satisfacción del usuario. *EPAS* 1986; 11: 6-11.
33. Riley SE, Stromberg AJ, Clark J. Assessing parental satisfaction with children's mental health services with the youth services survey for families. *J Child Fam Stud* 2005; 14 (1): 87-99.
34. Charlesworth LW, Rodwell MK. Focus group with children: a resource for sexual abuse prevention program evaluation. *Child Abuse Negl* 1997; 21: 1205-1216.
35. Organización Mundial de la Salud. *Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
36. Day C, Davis H, Hind, R. The development of community child and family mental health service. *Child Care Health Dev* 1998; 24: 487-500.
37. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38: 509-516.
38. Hart A, Saunders A, Thomas H. Attuned practice: a service user study of specialist child and adolescent mental health, UK. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2005; 14: 22-31.
39. Bailey S. Young people, mental illness and stigmatization. *Psychiatr Bull* 1999; 9 (23): 107-110.
40. Dogra N. Adolescent perspectives on the provision of services for their mental health needs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9: 70-73.
41. Lee BR, Munson MR, Ware NC, Ollie MT, Scott Jr LD, McMillen JC. Experiences of and attitudes toward mental health services among older youths in foster care. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 487-492.
42. Shapiro JP, Welker CJ, Jacobson BJ. The youth client satisfaction questionnaire: Development, construct validation, and factor structure. *J Clin Child Psychol* 1997; 26: 87-98.
43. Barber AJ, Tischler VA, Healy E. Consumer satisfaction and child behavior problems in child and adolescent mental health services. *J Child Health Care* 2006; 10 (1): 9-21.
44. Stallard P. Reducing parental dissatisfaction with a child and adolescent psychology service: process of quality improvement. *J Ment Health* 2001; 10 (1): 63-73.
45. Hidalgo CG, Carrasco E. *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999.
46. Attride-Stirling J. Development of methods to capture users' views of child and adolescent mental health services in clinical governance review. A Project evaluation report. 2003.
47. Commission for Health Improvement. *Experience of service questionnaire*. 2002.
48. Brislin R. The wording and translation of research instruments. In: Lonner WJ, Berry J, editors. *Field methods in cross-cultural research*. Beverly Hills: Sage; 1986. p. 137-164.
49. Bunge E. Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental para niños y adolescentes desde la perspectiva del paciente y el cuidador [Tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Palermo, 2012.

# Las crisis de angustia en la urgencia y su relación con los factores desencadenantes desde una perspectiva de género

**Marianela González**

*Licenciada en Psicología.  
Servicio de Urgencias, Hospital de Agudos Dr. Abel Zubizarreta, GCBA.  
Beca Carrillo Oñativia 2012, Ministerio de Salud de la Nación.  
E-mail: marianelapsi@yahoo.com.ar*

**Gabriela Melamed**

*Licenciada en Trabajo Social.  
Servicio de Urgencias, Hospital de Agudos Dr. Abel Zubizarreta, GCBA.*

**Carol Dillon**

*MD, PhD.  
Servicio de Urgencias, Hospital de Agudos Dr. Abel Zubizarreta, GCBA.*

---

## **Resumen**

*Introducción:* Los trastornos de ansiedad y, en particular, las crisis de angustia son uno de los principales motivos de atención, siendo las mujeres quienes más consultan. *Objetivo:* Describir y analizar desde una perspectiva de género, los factores que desencadenan la consulta de un episodio crisis de angustia en la urgencia. *Materiales y método:* Estudio exploratorio-descriptivo, comprendido por pacientes mujeres que consultaron por el cuadro arriba descrito. A ellas se les realizó una entrevista semi-dirigida, un cuestionario socio-demográfico y se les administraron escalas para evaluar ansiedad y depresión. *Resultados:* El 69% de las pacientes ubicó el malestar físico como factor desencadenante de la consulta, presentando en el 85% de los casos un grado de ansiedad mayor; asociando el principal motivo causante de la angustia a conflictivas familiares, seguido de situaciones de violencia basadas en género. La situación de angustia, en un 75%, no se correspondió con un episodio aislado. *Conclusión:* La sintomatología física fue el primer factor desencadenante de la consulta de un episodio de crisis de angustia en la urgencia, siendo las conflictivas familiares y la violencia basada en género los principales motivos causantes del malestar. Los resultados obtenidos en el estudio permitirían poner en consideración el abordaje interdisciplinario en salud mental de esta problemática en el contexto de la urgencia.

**Palabras clave:** Trastorno de Ansiedad - Urgencia - Género - Interdisciplina.

ACUTE STRESS DISORDER IN THE EMERGENCY, ITS RELATIONSHIP WITH TRIGGER FACTORS FROM A GENDER PERSPECTIVE

## **Abstract**

*Background:* Anxiety disorders and, in particular, acute stress disorder are one of the principal reasons for medical assistance, being the women the ones who frequently consult. *Aims:* To describe and analyze, from a perspective of gender, the factors that unleash the consultation of an episode of acute stress disorder in the emergency. *Materials and method:* An exploratory descriptive study was performed. A semi-directed interview and a socio-demographic questionnaire were assessed and scales to evaluate anxiety and depression were administered to females that consulted for an acute stress disorder. *Results:* Sixty nine percent of the patients described the physical discomfort as trigger factor, presenting in the 85% of the cases a degree of major anxiety; associating the family conflicts as the principal cause of distress, followed by violence against women. The situation of distress, in 75% of the cases, did not correspond with an isolated episode. *Conclusion:* The physical symptomatology was the principal cause for consultation of an episode of acute stress disorder in the emergency, being the family conflicts and the violence against women the principal reasons of distress. Therefore, interdisciplinary approach for the assistance of mental disorders in emergency should be taken in consideration.

**Key words:** Anxiety - Gender - Emergency - Interdisciplinary approach.

## Introducción

Los trastornos de ansiedad tienen una gran importancia socio-sanitaria, dada su bien contrastada alta morbilidad en términos de incidencia y prevalencia (1), siendo las mujeres quienes más consultan (2, 3, 4). Los datos epidemiológicos revelan que las mujeres son quienes más consultan por padecimientos del orden de la salud mental (5). En relación a ello, se ha puesto en consideración si son ellas quienes están, por razones de índole cultural, más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades, y a establecer contacto para buscar atención por sus padecimientos (4). Es en este contexto que resulta importante ubicar el género como un determinante social que posibilita el análisis del proceso salud/enfermedad/atención.

En materia de atención, en el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), la incorporación de equipos interdisciplinarios de salud mental en las guardias de hospitales generales permitió dar asistencia en la urgencia a una problemática específica.

Se produce así un entrecruzamiento entre el trastorno de ansiedad como principal motivo de consulta, los estudios de género, que ponen de manifiesto cómo las diferencias entre hombres y mujeres pueden producir inequidad en el estado de salud y en el acceso a la atención sanitaria, y la atención en salud mental por guardia como dispositivo innovador de asistencia en un hospital general.

Este anudamiento entre salud mental, género y urgencia resulta importante de indagar, a fin de determinar factores que afectan las formas de vida de algunas mujeres y consecuentemente poder pensar criterios de prevención y promoción de la salud mental (5).

En el presente estudio se busca analizar, desde una perspectiva de género, los factores desencadenantes de la demanda de atención de mujeres que consultan por un episodio de crisis de angustia en un servicio de urgencia de un hospital general.

## Materiales y método

**Población:** Se entrevistaron mujeres que consultaron por sintomatología compatible con crisis de angustia en la guardia del Hospital General Dr. Abel Zubizarreta del GCBA, que luego de ser evaluadas por médicos del servicio de urgencia fueron derivadas al equipo interdisciplinario de salud mental del mismo servicio.

**Criterios de inclusión:** Pacientes de sexo femenino, mayores de 18 años, que consulten por síntomas compatibles con crisis de angustia, según criterios diagnósticos del DSM-IV.

**Criterios de exclusión:** Pacientes de sexo masculino, mujeres menores de 18 años, mujeres con otros diagnósticos (según DSM-IV), mujeres en las que luego de la consulta se sugiera su internación.

Todas las mujeres que conforman la muestra firmaron un consentimiento informado sujeto a la última revisión de las declaraciones pertinentes (Helsinki, 1964; Tokio, 1975; Venecia, 1983; Hong Kong, 1989) y a las

reglamentaciones vigentes del Ministerio de Salud del GCBA según la Ley 3301.

## Método

Las pacientes fueron evaluadas por el equipo de salud mental, integrado por tres profesionales: psiquiatra, psicóloga y trabajadora social. Se les realizó una entrevista semi-dirigida para indagar las variables: factor desencadenante de la consulta y motivo causante de la angustia; y se les administraron:

1. Inventario de Depresión de Beck: escala autoaplicada que evalúa el nivel de depresión (puntuación: 0-9: no depresión, 10-15: depresión leve, 16-24: depresión moderada, 25-62: depresión grave) (6).

2. Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton: escala que mide aspectos conductuales, psíquicos y físicos de la ansiedad, con grados de intensidad de 0 a 4 (de menor a mayor gravedad). Compuesta por 14 ítems relativos a síntomas ansiosos, (puntuación: 0-5: sin ansiedad, 6-14: ansiedad menor, 15-56: ansiedad mayor) (7).

3. Cuestionario donde se indagan variables demográficas, de contención y consumo de psicofármacos.

También se realizó un relevamiento a partir del registro de las consultas, de la totalidad de las asistencias realizadas entre los meses de mayo y diciembre de 2012 por todos los equipos interdisciplinarios de salud mental de guardia del hospital.

Los datos recolectados fueron volcados a una base de datos diseñada de acuerdo a las variables estudiadas para su posterior procesamiento.

Tratándose de un estudio descriptivo se realizaron análisis de porcentajes, medias y desvíos estándar.

Para el análisis cualitativo se utilizó el programa Atlas.ti aplicando categorías emergentes de los datos.

## Resultados

De los 615 pacientes atendidos por equipos de salud mental entre el mes de mayo y diciembre de 2012, 117 consultaron por crisis de angustia. Ochenta y una fueron mujeres, y 30 de ellas participaron de esta investigación.

Dado que el objetivo del trabajo estuvo centrado en los factores que desencadenan la consulta de episodios de crisis de angustia, el relevamiento de los datos respecto de todos los pacientes que efectuaron consultas en salud mental (615) no contó con el registro y clasificación de los factores que desencadenaron la consulta, ni la clasificación por sexo de esa muestra total; sólo se registraron las consultas realizadas por la problemática elegida.

En relación con el número de pacientes mujeres que consultaron (81) y el número final de la muestra (n=30) la diferencia está dada por los siguientes motivos: a) ochenta y una pacientes fueron registradas en los libros de consulta por todos los equipos de salud mental de todos los días de la semana, consultantes por crisis de angustia; b) treinta de ellas fueron atendidas por equipos de salud mental que no participaban del reclutamiento de pacientes; c) veintiuna de las pacientes atendidas se

negaron a firmar el consentimiento informado, por lo que no participaron de la investigación.

La edad promedio fue de 39 años ( $\pm 13$ ); el promedio de escolaridad, expresado en años, fue de 9.7 ( $\pm 1.9$ ); sien-

do el 38% trabajadoras independientes, el 24% trabajadoras en relación de dependencia, el 28% desempleadas, el 5% beneficiarias de un plan social, y el 5% jubiladas (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Datos demográficos.

n Pacientes	Edad (Años)	Hijos	Escolaridad (años)	Pareja		Empleo	
				Si	No	Si	No
30	39 ( $\pm 13$ )	2 ( $\pm 2$ )	9.7 ( $\pm 1.9$ )	61%	39%	63%	37%

Referencias: Los valores están expresados en media, desvío estándar y porcentaje.

La familia es ubicada como espacio de contención en la mayoría de ellas, mientras que la presencia de redes sociales de apoyo en sus vidas alcanza un 48%. En ese

mismo porcentaje se encuentran realizando tratamiento psicoterapéutico, y un 44% manifestó que consumía psicofármacos (ver Tabla 2).

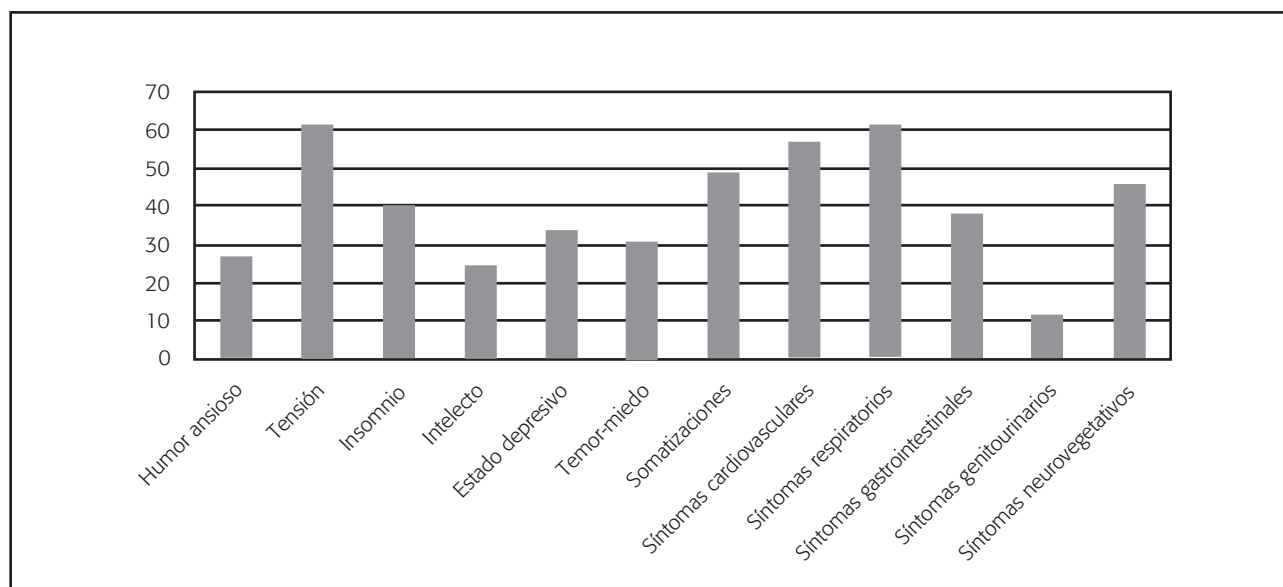
**Tabla 2.** Variables evaluadas.

	Si Frecuencia (%)	No Frecuencia (%)
Contención familiar	16 (52%)	14 (48%)
Redes sociales de apoyo	14 (48%)	16 (52%)
Trat. Psicoterapéutico	14 (48%)	16 (52%)
Consumo de psicofármacos	13 (44%)	17 (66%)

El 85% presentaba un grado de ansiedad mayor (Hamilton de Ansiedad=25 [ $\pm 10.29$ ]), y un 33% sintomatología asociada a depresión leve (Beck de Depresión=14 [ $\pm 9.14$ ]), siendo

la tensión muscular, los síntomas respiratorios y los cardiovasculares los que alcanzan el mayor puntaje de valoración en la escala de Hamilton para Ansiedad (ver Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Escala de Hamilton de ansiedad. Valorización de síntomas.

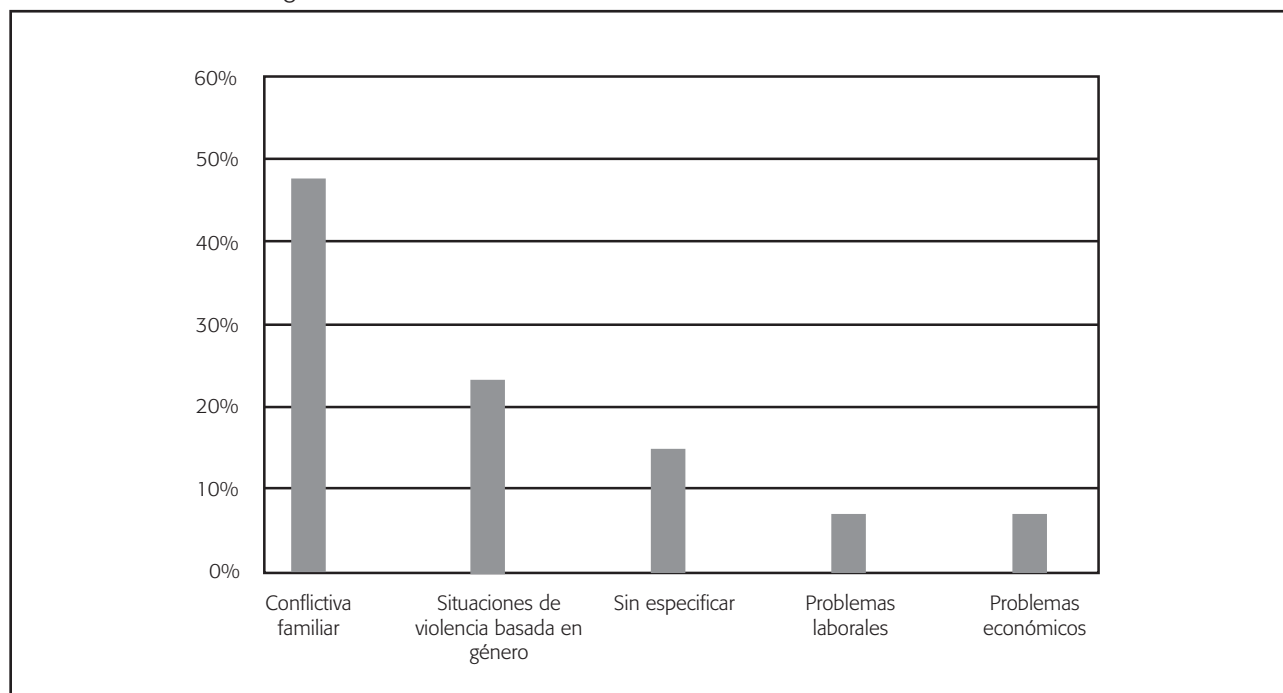


El 69% de las pacientes ubicó como factor desencadenante de la consulta en la guardia la sintomatología física, y el 31% el cuadro de angustia.

En relación con el motivo causante de angustia, se consideró como una variable nominal politómica esta-

bleciendo las siguientes categorías según fueron surgiendo del relato de las pacientes durante las entrevistas: conflictiva familiar, problemas laborales, violencia familiar, sobrecarga de familiar enfermo, desempleo, problemas económicos, sin especificar (ver Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Motivo de angustia.



Del análisis de los datos, se desprende que en primer lugar se ubicaron las conflictivas familiares:

*“Ese día consulté porque me sentía mal, mal físicamente. Igual yo venía ya hablando con Pablo, mi marido, de hacer una consulta con algún psicólogo, por estas presiones que estaba diciendo, a mí me cuesta mucho la opinión de mi papá en especial, él siempre me dice ‘vos tenés que buscar otro trabajo que estas ganando poco’, siempre, digamos presionándome a determinadas cosas”* (N.B.)

*“Yo digo basta no puedo más vivir así. Yo fui a la psicóloga y le decía me siento como en un cuento que mi mamá me contaba: me decía que en Italia iban en un sulky paseando y después iban derecho, y para el lado de la curva que volcaron se dieron cuenta que perdieron una rueda. Eran como una anécdota de risa, que la había perdido como una cuadra atrás. Y yo le decía a la psicóloga yo me siento ese sulky que se va a caer esa rueda, que soy yo y nos vamos todos a la miércoles y me sentía así, entonces fue decir basta que no doy más”* (S.C.)

*“Yo siempre estuve bien, con las cosas propias de la vida. Crié a mi hijo y a un sobrino que quedó huérfano a los 10 años. Tuve mi trabajo de docente y de psicóloga, tuve un buen matrimonio... esto es como un fracaso de alguna manera. Ver un hijo así de mal es terrible”* (L.L.)

Como segundo motivo causante de angustia se ubican las de situaciones de violencia basadas en género:

*“(...) Hace un tiempo que volví a tener ese miedo de que me pase algo, y más cuando estoy en el colectivo. Quiero llegar rápido a mi casa porque veo a mi nene y se me pasa (...) El domingo me peleé con mi pareja. En realidad él me dijo cosas muy feas, siempre me culpa de todo. Mi nene está con problemas para ir al baño y él dice que la culpa es mía. Que soy mala madre. Pero yo qué puedo hacer...”* (N.G.)

*“(...) Esa fue la primera vez que me pegó. Durante los años que estuvimos me había amenazado alguna vez, pero nunca me pegó. Mi hija se despertó y se puso a llorar, y como la madre le decía que me dejara ir, al final él me dejó”* (A.B.)

*“Necesitaba que me orienten, me siento muy angustiada, necesitaba hablar con alguien... Mi problema viene de hace mucho... Vengo de una familia agresiva. Mi papá maltrataba a mi mamá, y mi hermano terminó siendo agresivo emocionalmente”* (C.G.)

*“(...) Hubo amenazas, empujones... me echó de casa. Entonces me agarró un estado de angustia y de estrés que me afectó los bronquios, yo tengo asma, fue una crisis de asma y de angustia”* (L.A.)

Respecto a esta última paciente es importante señalar que la sintomatología presente no es relacionada, en un primer momento de la entrevista, con las situaciones de violencia ni ésta es descripta de manera espontánea. Sólo a partir del transcurso de la entrevista y de la profundización en la misma respecto a las circunstancias que



producen angustia, esta problemática es nominada.

En relación con la descripción del origen de la angustia aparecen narrativas asociadas a crisis y separación de parejas, la soledad y dificultades en la crianza de los hijos.

*“La sensación de angustia viene hace unos meses, porque tuve un año muy difícil. Yo le puse un negocio a mi hijo y terminé llena de deudas. Tengo dos hijos gemelos de 21 años. Uno de ellos trabaja, pero el otro a veces fuma, y para mí es una preocupación. Yo hablé con el padre de ellos, pero me dijo que no lo persiga, que es peor...”* (S.I.)

*“Me terminó contando que salía con otra mujer. Fue un baldazo de agua fría. Yo estaba contenta, mejor de ánimo y me vengo a enterar de esto. Me devastó”* (O.G.)

Desde lo discursivo se encuentran insistencias significativas en relación con el desgaste que produce sostener la tensión entre el universo laboral y el universo familiar.

*“Últimamente todos los días es un mal día. Tengo problemas con mi marido... presiones en el trabajo... Con mi marido estamos todo el tiempo discutiendo, esto ya viene de hace un año. Estamos juntos hace cuatro y tenemos una hija de 3 años. El tema es que yo llego a mi casa y me pongo a limpiar, a cocinar, y yo también quiero pasar el resto del día con mi hija porque no la veo nunca. Cuando llego tengo que hacer las cosas que hacemos las mujeres en la casa. Él llega, se va al sillón o a la play, y yo le digo que haga esto o lo otro...”* (P.B.)

*“Creo que no lo encaré bien en el momento de tener a mi nene porque yo tenía un trabajo fijo, un buen trabajo, y renuncié en ese momento. Creo que me fijaría de no hacer lo mismo”* (N.B.)

## Discusión

Durante el transcurso de la investigación, la mayoría de los pacientes atendidos en la guardia del hospital por crisis de angustia fueron mujeres. Diversos estudios han descrito que ellas son quienes más consultan por padecimientos del orden de la salud mental (3, 4, 5, 6). En lo que respecta al presente trabajo, no es posible contrastar lo mencionado con la totalidad de los pacientes registrados (615), pero sí es importante señalar que de los pacientes que consultaron por crisis de angustia (117), existe una alta prevalencia de consulta de pacientes de género femenino (69%).

Es en este contexto que resulta importante ubicar el género como un determinante social que posibilita el análisis del proceso salud/enfermedad/atención. Ubicar la importancia de los determinantes sociales en la producción de las condiciones de enfermedad y atención de la salud, es esencial para abordar y resolver los problemas colectivos de salud-enfermedad de la población (10).

La mayoría de las mujeres que consultaron por crisis de angustia, ubicaron lo somático como factor desencadenante de la consulta. Es decir, se recurre al sistema de salud cuando algo del desborde toma el cuerpo. La situación de angustia que las pacientes presentaron no se corresponde con un episodio aislado, pero tampoco

responde a las recurrencias indicadas en el manual de diagnóstico DSM-IV para su tipificación (11).

Por ello, considerando que el principal causante de la angustia se asocia a conflictivas familiares, que es ubicado como un estado anterior al episodio por el que se consulta y que la sintomatología que la mayoría de las pacientes presenta no responde a un cuadro psicopatológico conformado, sería pertinente reflexionar acerca del mismo.

Si bien el constructo trastorno de ansiedad, en tanto clasificación diagnóstica como describe el DSM-IV (11), facilita la realización de un diagnóstico diferencial con otras problemáticas, de la interpretación de los datos surge la posibilidad de considerar que sería importante complementar la noción con posturas más integrales que asimilan el concepto ansiedad al de malestar, y lo mencionan como *“Una noción que define la sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no se encuadran dentro de los clásicos criterios de salud-enfermedad. Una noción transicional, a medias subjetiva y objetiva, externa e interna, que no refrenda la clásica división dicotómica sano-enfermo, sino que introduce un tercer término, asociado a nociones tales como las de conflicto y crisis”* (12).

En este sentido, también hay autores que consideran la necesidad de construir categorías que describan adecuadamente las transformaciones y crisis subjetivas, familiares y sociales: *“las transformaciones y crisis que atraviesan tanto la vida en sociedad como las condiciones de vida en el ámbito familiar son espacios de generación de situaciones críticas que pueden contribuir a la generación de padecimiento psíquico, por consiguiente deben construirse categorías que las describan adecuadamente, sin considerarlas necesariamente en términos de patologías”* (13).

Trabajos realizados por distintos investigadores y profesionales de la salud mental indican que los roles de género ponen en riesgo la salud mental de las mujeres, pero escasas son las investigaciones o estudios que profundizan en los recursos y prácticas que implementan las mismas para atender su salud mental (3, 5).

Las insistencias que aparecen en los discursos en relación con el desgaste que produce sostener aquello que se diferencia como universo laboral y universo familiar es señalado por Fernández cuando menciona: *“Se dirá que hoy las mujeres occidentales participan en casi todas las actividades de la vida pública, etc. Todo esto sin duda es cierto pero si consideran estas cuestiones más detenidamente podrán observarse que las nuevas prácticas no han superado a las viejas, sino que coexisten con ellas y generalmente en tensión conflictiva de no poco tenor; la adquisición de nuevos espacios de inserción no ha liberado a las mujeres de casi ninguna de sus responsabilidades en sus espacios tradicionales”* (14).

De los resultados obtenidos en el estudio merece un señalamiento el porcentaje de pacientes que refieren situaciones de violencia basada en género, resaltando que la sintomatología presente no es relacionada, en un primer momento de la entrevista, con las situaciones de violencia ni ésta es descrita de manera espontánea. Sólo a partir del transcurso de la misma y de la profundización respecto a las circunstancias que producen angustia, esta

problemática es nominada. *“Es habitual que estas mujeres (víctimas de violencia basada en género) consulten por síntomas, tanto físicos como psicológicos, que aparentemente no se relacionan específicamente con su situación de victimización. La dificultad tanto de la víctima como del profesional interviniente para relacionar estos dos síntomas con posibles situaciones de violencia basada en género tendría como consecuencia un aumento en la utilización del sistema de salud por parte de estas pacientes”* (15).

De aquí surge la importancia de la detección de posibles situaciones de violencia basada en género y consecuentemente su abordaje por parte del equipo interdisciplinario de salud mental respecto de la asistencia, orientación y articulación con otras instituciones que trabajan la problemática en un momento posterior a la urgencia.

Al respecto, es sustancial la necesidad de visibilizar una problemática social como es la violencia basada en género presentando una estadística clara en relación al tema que permita dar prioridad a las políticas de abordaje de la misma.

De esta forma, como menciona Checa, *“la incorporación de la perspectiva de género crea condiciones para redimensionar actitudes y comportamientos de los diferentes actores sociales e institucionales en el cuidado y la atención de la salud”* (16).

### Limitaciones del estudio

Al no poder ser utilizado un esquema de muestreo probabilístico para seleccionar los sujetos que conformaron la muestra, no está garantizada la representatividad de la misma con respecto a la población objetivo; por lo tanto las conclusiones que se obtuvieron se referirán al grupo de pacientes que participaron en esta investigación y no se puede extrapolar como datos de población.

### Conclusión

Cerca del 20% de las consultas en salud mental que se recibieron en la guardia del hospital general fueron crisis de angustia.

La mayoría de las mujeres atendidas ubicaron lo somático como factor desencadenante de la misma siendo que presentaban un grado de ansiedad mayor.

Resulta significativo mencionar que en general la situación de angustia no se correspondía con un episodio aislado desencadenado en el día de la concurrencia al hospital, sino que se sostenía en el tiempo y que, si bien fue ubicado como un malestar, la mayoría de las pacientes refirió que no consultaría por el mismo. En función de ello, se podría plantear la importancia de la derivación que realizan los médicos clínicos de guardia (ante la presencia de una paciente que refiere sintomatología física y de la cual se descarta una base orgánica) al equipo interdisciplinario de salud mental.

Los resultados de este estudio demuestran que el abordaje interdisciplinario de salud mental en la urgencia debería ser tomado en consideración para la detección, asistencia y orientación tanto de problemáticas que todavía no se presentan como un cuadro psicopatológico cristalizado, como para el abordaje de problemáticas de gran relevancia como la violencia basada en género ■

### Agradecimientos

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo - Arturo Oñativia”, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga, período 2012-2013. A la Dra. Carol Dillon, a la Dra. Ana María Fernández por sus desarrollos en la supervisión del material y a Leandro Ortiz por su aporte técnico.

### Declaración de conflicto de intereses

No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio.

### Referencias bibliográficas

1. Chinchilla Moreno A. Los trastornos de ansiedad en la atención primaria. *Revista Salud Global* 2002; II (1): 2-7.
2. Zaldúa G, Fabi G, Di Marco G, Wegsman S. Programas de prevención y promoción de la salud de las mujeres desde una perspectiva de género. En: Zaldúa G, editor. *Género y Salud*. Buenos Aires: Eudeba; 2000. p. 139-146.
3. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press; 1995. p. 382.
4. Markez I, Poo M, Romo N, Meneses C, Gil E, Vega A. Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004; (91): 31-61.
5. Gelsi M. Estudio acerca del consumo de psicofármacos en mujeres de mediana edad. En: Zaldúa G, editor. *Género y Salud*. Buenos Aires: Eudeba; 2000. p. 127-136.
6. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Psicol Med Eur Am Lat* 1975; 217-236.
7. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32 (1): 50-5.
8. Dillon C. Depresión geriátrica. Etiopatogenia y fisiopatología.

- genia [Tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina, 2007.
9. Clemente MA. Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Interdisciplinaria 2003; 20 (1): 34-5.
  10. Escudero J, López Arellano O, Dary Carmonac L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Cuadernos de Medicina Social 2008; III (4): 323-335.
  11. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition revised. Washigton DC: American Psychiatric Pub, Inc; 1994.
  12. Burin, M. En: Gelsi, M.: Estudio acerca del consumo de psicofármacos en mujeres de mediana edad. En: Zaldúa G, editor. Género y Salud. Buenos Aires: Eudeba; 2000. p. 134.
  13. Augsburguer A. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médico Sociales 2002; 81; 61-75.
  14. Fernández AM. La mujer de la Ilusión. Buenos Aires: Paidós; 1993. p. 135.
  15. Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Rossi Santamarino B, Marconi A, et al. Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en Ciudad de Buenos Aires. Revista Argentina de Salud Pública 2010; 1 (5): 22-27.
  16. Checa S. Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires: Paidós; 2003.



**Centro  
Psitopatológico  
Aranguren**



Desde 1989  
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL  
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN  
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

**Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno**

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -  
Tel. (011)4431-6396 Web: [www.centroaranguren.com.ar](http://www.centroaranguren.com.ar)  
Correo Electrónico: [info@centroaranguren.com.ar](mailto:info@centroaranguren.com.ar)

# Quemaduras intencionales con ácido. Nuevas expresiones de violencia contra la mujer en Medellín, Colombia. Serie de casos

**Diana Restrepo-Bernal**

*Psiquiatra.  
Docente, Universidad CES, Medellín, Colombia.  
E-mail: dianarestrepobernal@gmail.com*

**Alicia Gómez-González**

*Psiquiatra.  
Universidad CES, Medellín, Colombia.*

**Silvia L. Gaviria**

*Psiquiatra.  
Directora posgrado de psiquiatría, Universidad CES, Medellín, Colombia.*

---

## Resumen

*Introducción:* Las quemaduras intencionales con ácido son una forma reconocida de violencia contra las mujeres descrita desde el siglo XVII. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo XX esta práctica se hace frecuente en países del Sureste de Asia, África y Oriente Medio. En Latinoamérica, es un fenómeno reciente sobre el cual poco se ha publicado en la literatura científica. *Objetivo:* Describir las características clínicas y psicopatológicas de 8 mujeres colombianas quemadas con ácido en el contexto de violencia basada en el género. *Método:* Serie de casos retrospectiva, de pacientes hospitalizadas en un período de 8 años en un hospital universitario luego de sufrir quemaduras ácidas ocurridas en el contexto de la hetero-agresión. Las pacientes fueron atendidas por un grupo de profesionales de la salud de tipo interdisciplinario, que incluyó psiquiatras de enlace. Los diagnósticos psiquiátricos fueron realizados a partir de entrevista psiquiátrica no estructurada cumpliendo criterios diagnósticos del Manual Estadístico y Diagnóstico DSM-IV. *Resultados:* Ocho mujeres con edad promedio 29.5 años fueron atacadas con ácido en el lapso de 7 años. El contexto de la agresión fue de violencia basada en el género. Todos los atacantes fueron hombres. La superficie corporal quemada fue del 24% en promedio. El compromiso ocular se presentó en el 80%, dos de ellas con ceguera bilateral. El agresor directo fue la pareja en 3 de los casos. Los motivos de los ataques fueron celos y venganza por rechazo a las insinuaciones o pretensiones de tipo sexual o amoroso. *Conclusiones:* Las quemaduras con ácido constituyen una nueva expresión de la violencia basada en el género en Colombia. Este tipo de agresiones generan sufrimiento, rechazo y aislamiento social y, si bien no tienen la intencionalidad de causar la muerte a la víctima, sí dejan huellas permanentes de la agresión.

**Palabras clave:** Quemaduras químicas - Violencia - Género - Violencia contra las mujeres.

DELIBERATE BURNING WITH ACID. NEW EXPRESSIONS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN MEDELLÍN, COLOMBIA. SERIES OF CASES

## Abstract

*Introduction:* The deliberate burns with acid are recognized as violence against women described in the 17th century. However, in the second half of the 20th Century this practice becomes frequent in South East Asia, Africa and Middle East. In Latin America is a recent phenomena over which little has been published in the scientific literature. *Objective:* To describe the clinical and psychic-pathological characteristics of 8 Colombian women burned with acid in the context of violence based on gender. *Method:* retrospective series of cases, patients admitted at a university hospital in a period of 7 years after being burned with acid within the context of hetero-aggression. The patients were attended by a group of interdisciplinary health professionals, including the psychiatrists. The psychiatric analyses were carried out parting from the non structured psychiatric interview complying with diagnostic criteria of the Statistic and Diagnostic Manual. *Results:* Eight women with an average age of 29.5 years were attacked with acid in a period of 8 years. The context for the aggression was violence based on gender. All the attackers were males. The body surface burned was 24% in average. The ocular involvement was present in 80% of the cases, two of them with bilateral blindness. The direct aggressor was the partner in three cases. The reason for the attack was jealousy and revenge due to rejection to sexual or love advancements or pretensions. *Conclusions:* The burns with acid constitute a new expression of the violence based on gender in Colombia. This type of aggressions generates suffering, rejection and social isolation and although, it does not have the intent to cause death to the victim, it does leave permanent scars of the aggression.

**Key words:** Chemical burns - Violence - Gender - Violence against women.

## Introducción

El ácido sulfúrico (H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>), es un mineral altamente corrosivo utilizado en la industria, es de bajo precio y fácil consecución. Estas características, lo han convertido en protagonista de los “ataques ácidos” a nivel mundial (1). En la antigüedad, este ácido se conocía como aceite de vitriolo y fue considerado la piedra filosofal. Algunas discusiones sobre el origen y propiedades del vitriolo fueron realizadas por Dioscórides y Galeno (siglo I d. C.) (2).

Los ataques con vitriolo tuvieron su apogeo en el siglo XIX en el Reino Unido y el resto de Europa (3, 4). El término *La Vitriolesa* fue acuñado para describir mujeres sobre las cuales se cometían los llamados “crímenes de pasión”, esto es, ataques a mujeres con ácido vitriolo el cual era lanzado al rostro de la víctima, por celos, venganza o envidia (17). La intención al arrojar el ácido, era desfigurar la cara de la mujer rival y quitarle uno de los principales atributos físicos. En el siglo XIX, diversos artistas popularizaron la imagen de *La Vitrioleuse*, siendo la versión del pintor Grasset (1893), una obra maestra del *Art Nouveau*.

Según Paul Aubry, escritor de historias criminales del siglo XIX, estos “crímenes de pasión” se volvieron populares entre las clases medias y burguesas (15, 16). No se tiene claro por qué cesaron los ataques con vitriolo en el Reino Unido y resto de Europa a finales del siglo XIX; algunos proponen que las leyes y penas más severas contribuyeron a la desaparición de esta forma de violencia (12). En el siglo XX los ataques con ácido se popularizaron a partir de los años 60. Camboya fue uno de los primeros países donde este tipo particular de violencia de género inició. *Acid Survivors Trust International* (ASTI) (5) estima que cada año en el mundo ocurren cerca de 1500 ataques con ácido, 80% de ellos contra mujeres. Si bien el número de hombres atacados con ácidos ha aumentado, la motivación de estos ataques, es la competencia económica y por negocios (6).

Un ataque con ácido supone arrojar esta sustancia a la víctima con la intención de provocarle quemaduras severas, intenso dolor y desfiguración facial permanente (7, 8). Este acto premeditado es con frecuencia una forma de violencia de género reconocida en numerosos países del mundo. Los ataques con ácido son comunes en el sur de Asia, India y Pakistán, pero no se dispone de cifras oficiales. Algunas organizaciones no gubernamentales como ASTI han estimado que en Bangladesh, en 2002, se presentaron 492 ataques con ácido y en Pakistán entre 250 y 300 casos, y que esto ha disminuido en algunos países gracias a que los gobiernos crean leyes y normas que penalizan este tipo de violencia y coloca mayores controles a la venta de ácidos. En Colombia los ataques con ácido se han convertido en una nueva expresión de violencia contra las mujeres. El Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) reportó 55 mujeres atacadas con ácido en el año 2010 y 42 en el 2011 (9). En estos ataques, el ácido fue lanzado al rostro de las mujeres en el 98% de los casos y 50% sufrieron compromiso visual severo. El Centro de Información de Naciones Unidas para Colombia (CINU) afirma que la violencia contra las mujeres es la forma más extendida de violación de los derechos humanos en Colombia (9).

El propósito de este artículo es describir las características clínicas y psicopatológicas de ocho mujeres atacadas con ácido en el contexto de violencia basada en el género y hacer una revisión de la literatura científica.

## Metodología

Esta serie de casos se construyó a partir de la búsqueda retrospectiva de víctimas de ataques con ácido dentro de la casuística de pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario de San Vicente Fundación (HUSVF). Dicha institución brinda cuidados médicos de alta complejidad en la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia y recibe pacientes remitidos de la zona Norte de Colombia. El HUSVF, cuenta con 640 camas de hospitalización y posee la unidad de quemados más grande de Medellín y de la zona norte de Colombia, la cual atiende en promedio 210 quemados al año. La población que allí se atiende en su mayoría pertenece a la categoría 1 y 2 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). A través de dicho sistema se identifican las familias potenciales beneficiarias de programas sociales, lo cual se determina a través de una entrevista que ayuda a establecer el nivel de pobreza de las personas y se clasifica en niveles 1, 2 y 3, correspondiendo al nivel 1 el grado de mayor pobreza.

En junio de 2012, como parte del trabajo académico que se realiza con los residentes de psiquiatría, y motivados por el caso de una mujer que ingresó a la institución víctima de quemaduras ácidas, se propuso caracterizar sociodemográfica y clínicamente, todos los pacientes que hubiesen sido atendidos en el HUSVF por quemaduras ácidas hasta ese momento. Sólo se tomaron los casos de quemaduras ácidas ocurridas en el contexto de la hetero-agresión, por tanto, no se consideraron las historias de otros pacientes quemados con ácido en el contexto laboral o accidental.

El primer caso se identificó en septiembre de 2004 y el último considerado para esta serie de casos se incluyó en junio de 2012. Las historias clínicas de estos pacientes fueron identificadas a través del libro de ingresos y egresos del Servicio de Quemados del Hospital –donde se registran todos los pacientes– e incluye el motivo de ingreso, el tipo de quemadura, el porcentaje de superficie corporal quemada, la edad, el sexo, el número de identificación, entre otros datos. El total de casos identificados fue de ocho pacientes con quemaduras ácidas en el contexto de hetero-agresión.

Todos los casos fueron atendidos por un grupo interdisciplinario que incluyó profesionales en las áreas de cirugía plástica, medicina interna, fisiatría, terapia física, y ocupacional, clínica de dolor, psicología y psiquiatría de enlace. Los diagnósticos psiquiátricos fueron realizados a partir de entrevista psiquiátrica no estructurada, realizada por psiquiatras que trabajan en el área de psiquiatría de enlace, mediante criterios DSM-IV-TR. El objetivo de esta serie de casos fue describir las características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas de

ocho mujeres víctimas de ataques con ácido, un fenómeno de reciente aparición en Colombia, que se enmarca dentro de la violencia basada en el género.

**Resultados**

Todos los casos se presentaron en mujeres. La edad promedio fue de 27 años (±11.4 años). El 50% de los

casos provenía de zonas urbanas, eran solteras y tenían hijos. La seguridad social del 100% fue SISBEN 1 y 2, (bajo nivel socioeconómico). Sólo 2 mujeres habían completado la educación básica secundaria (11 años de educación), si bien todas eran alfabetas. La totalidad de estas mujeres se encontraban desempleadas al momento de sufrir el ataque con ácido y dependían económicamente de otros. (Ver Tabla 1.)

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas.

Variable	Valor
Edad en años (promedio)	27 (DE 11.4)
Procedencia Medellín (%)	50
Bachillerato completo (%)	25
Estado civil soltera (%)	50
Tiene hijos (%)	50
% SCT quemada (promedio)	24.5 (DE 11.04)
Quemadura grado III (%)	80
Días de hospitalización (promedio)	24.8 (DE 7.6)
Compromiso en cara (%)	100
Compromiso ocular (%)	75
Ceguera bilateral (%)	25
Ceguera unilateral (%)	12.5

La superficie corporal quemada en promedio fue de 24.5% (±11.2%). En todos los casos el área corporal más afectada fue el rostro. Un 75% presentó quemaduras oculares, con ceguera bilateral en el 25% y unilateral en el 12.5%. El promedio de hospitalización fue de 24,8 días (±7,6 días).

El 100% de los agresores fue de sexo masculino y 50% de ellos, además, era la pareja de la víctima. Como explicación de lo ocurrido, el 75% de las mujeres relacionó el ataque con ácido con conflictos existentes con la pareja o con otros hombres que, según ellas, enviaron a un desconocido para que las atacara, por no aceptar las propuestas amorosas o sexuales que les habían hecho. Sólo una de las mujeres no logró identificar un posible autor del ataque sufrido.

Durante la hospitalización las pacientes fueron evaluadas por psiquiatría de enlace y psicología. Al 100% de los casos se le hizo un diagnóstico psiquiátrico, siendo el más frecuente el trastorno adaptativo (50%). El caso más dramático fue el de la mujer identificada como Caso 6, quien fue atacada brutalmente por el esposo, con quien llevaba 20 años de matrimonio a lo largo de los cuales había sido víctima de abuso físico, sexual y psicológi-

co; a esta paciente se le diagnosticó trastorno de estrés post traumático, depresión mayor y violencia intrafamiliar. Las pacientes identificadas como Casos 1 y 6 tenían antecedentes psiquiátricos previos: la primera de ellas tuvo un intento de suicidio a los 16 años, además de ludopatía y distimia; la paciente 6, depresión mayor. Dos pacientes tenían antecedente de abuso sexual en la infancia. (Ver Tabla 2.)

Una de las limitaciones de este reporte de casos fue la imposibilidad de describir la evolución de las pacientes luego del alta hospitalaria, por la forma como se organiza el sistema de salud en Colombia, que hace que los pacientes consulten a diferentes instituciones de salud.

A partir de la historia clínica de las pacientes fueron extraídas algunas frases textuales que, en opinión de los investigadores, dan cuenta del sufrimiento y el trauma vivido por estas mujeres:

- “Lo peor... no me he podido acostumbrar, ni me acostumbraré jamás”.
- “No me creo una mujer normal, soy imperfecta, eso me deprime mucho”.

**Tabla 2.** Hallazgos psicopatológicos y tratamiento.

# Caso	Diagnóstico	Medicación	Antecedente Psiquiátrico
1	Distimia	Fluoxetina 20mg + Psicoterapia	Abuso sexual, intento suicidio, ludopatía
2	Estrés agudo	Psicoterapia	Sin datos
3	Trastorno adaptativo	Psicoterapia	Sin datos
4	Trastorno adaptativo	Psicoterapia	Depresión
5	Trastorno adaptativo	Psicoterapia	Negativo
6	Trastorno de estrés postraumático, Depresión mayor	Fluoxetina 40mg Trazodona 50mg Clonazepam + Psicoterapia	Maltrato de pareja
7	Negativo	Apoyo por psicología	Negativo
8	Trastorno adaptativo	Trazodona 50mg + Psicoterapia	Negativo

- "Lo recuerdo a diario, porque todos los días me visto y me miro al espejo".

- "Vivo muy prevenida con la gente, me da miedo pasar por las esquinas, vivo alarmada, sobre todo si veo hombres raros".

- "Lo peor que me ha pasado en la vida".

- "Un giro de 180 grados, pasé de ser independiente a depender de muchas personas".

- "Estoy ciega, sólo percibo la luz y cada día me deterioro más".

- "Casi a diario recuerdo lo ocurrido y cuando me sacan a la calle me da mucho miedo".

- "He pensado mucho en morir".

### Revisión de la literatura

Los ácidos son sustancias ampliamente conocidas, de fácil consecución y bajo costo. Se estima que un litro de ácido puede conseguirse por dos o tres dólares en el mercado mundial. Los ácidos sulfúrico, fosfórico y nítrico son los más usados para los ataques ácidos (10, 11).

En el mundo, la mayoría de las víctimas de quemaduras con ácido viven en países del sureste de Asia, África subsahariana, India occidental y Oriente Medio. Sin embargo, cada vez se conocen más casos en Europa y América Latina. En Colombia el primer caso reportado ocurrió en 1997 en una mujer de 20 años (12, 13).

En una revisión de la literatura realizada por Mannan y colaboradores (2007), la cual incluyó 831 casos de ataques con ácido; once de los 24 estudios reportados fueron realizados en países en desarrollo, y 13 estudios en países desarrollados. La población más joven (con un edad promedio de 20.4 años) en Bangladesh, en tanto que en Estados Unidos el promedio de edad de las personas quemadas con ácidos fue de 44,5 años. En Ban-

gladesh y Taiwán se presentó la mayor proporción de víctimas de sexo masculino. El mayor número de casos lo tuvo Jamaica con 236 pacientes en un período de 10 años (14).

Los motivos que se identificaron en los agresores para cometer los ataques ácidos fueron diferentes de acuerdo a la región: en Taiwán las principales razones fueron disputas domésticas y financieras, las cuales explicaron el 80% de los casos; en Jamaica las mujeres agredieron a los hombres por celos o infidelidad; en Uganda, 47% de los ataques sirvieron para robar a las víctimas. Sin embargo, y a pesar de las diferencias geográficas y culturales, el rostro fue el área corporal más frecuentemente afectada en seis de los ocho artículos que reportan esta información (9).

Si bien los ataques con ácido son habituales en Camboya, India, Pakistán y Bangladesh, donde se reportan aproximadamente 100 casos al año, otros países como Nepal, Vietnam, Laos, Hong Kong, China, Reino Unido, Kenia, Sudáfrica, Uganda, Etiopía, Indonesia, Malasia, Tailandia, Sir Lanka, Afganistán, Iraq, Turquía, Egipto, Yemen, Arabia Saudita, Nigeria, Gabón, Italia, Francia, Bulgaria, Estados Unidos, Canadá, Australia, Argentina, Cuba, Jamaica, Uganda, Venezuela y Colombia reportan un número creciente de casos (15).

Dentro de las motivaciones que han sido reportadas para este tipo de violencia se encuentra la infidelidad, los celos, la venganza y la defensa del honor personal y familiar (16, 17). Con frecuencia las víctimas de estos ataques deben someterse a numerosas cirugías reconstructivas además de tener que vivir con las secuelas severas de tipo estético y la discapacidad sensorial y/o funcional por cicatrices, hipertrofias o contracturas. En un estudio realizado en Uganda se encontró que más del 90% de las mujeres lesionadas presentaban cicatrices que desfiguran

el rostro, el 33% tenían ectropión, el 48% contracturas axilares y cervicales y el 13% estenosis de narinas (18). Otro aspecto fundamental de este tipo de violencia es que las víctimas con frecuencia no logran restablecer sus vidas, soportan rechazo, aislamiento social, no consiguen empleo ni pareja (21). Consecuente con esto, la alteración de la imagen corporal que frecuentemente queda como secuela del ataque con ácido se ha observado que predice la aparición de depresión, ansiedad y temor al rechazo social (19). Estas descripciones coinciden ampliamente con lo descrito en las ocho mujeres identificadas en este artículo.

Según Acid Survivor Foundation (ASF), cada dos días se produce un ataque con ácido en algún lugar del mundo y la mayoría de las víctimas no desea iniciar ningún tipo de proceso legal. En Colombia, la Ley 599 del año 2012 estableció condenas de entre 10 y 20 años de prisión para los perpetradores de ataques con ácido o corrosivos (20); sin embargo, de las mujeres reportadas en este artículo, sólo una de ellas interpuso una demanda legal que finalizó con la captura y sentencia del agresor.

En la actualidad, ASF lidera una campaña denominada "Use agua, salve vidas" que estimula el uso inmediato y masivo de agua en la zona afectada por el ácido, lo cual ha mostrado resultados satisfactorios al acortar los días de hospitalización y disminuir la frecuencia de cicatrices hipertróficas y contracturas (21).

## Discusión

Se reportaron ocho casos de mujeres atacadas con ácido en un lapso de ocho años. Estos casos coinciden en numerosos aspectos con los descritos en otras latitudes donde mujeres jóvenes y de bajos ingresos son atacadas por hombres quienes les arrojan ácido al rostro, frecuentemente motivados por celos, venganza y castigo por no acceder a las solicitudes o exigencias de tipo amoroso o sexual. Es importante notar que esta serie de casos fue tomada de un hospital de cuarto nivel al cual acude población de escasos recursos económicos y por lo tanto los hallazgos no pueden ser inferidos a otras poblaciones.

En Colombia los ataques con ácido tienen el sello de la violencia basada en el género, que es la forma más extendida de violación de los derechos humanos en este país sudamericano, superando incluso al conflicto armado. De acuerdo a las estadísticas de ASTI, el 90% de los agresores con ácido en el mundo son hombres y suelen ser personas con una relación cercana con la agredida (16).

Pudimos verificar con estos casos reportados que las agresiones con ácido en Medellín, Colombia, se comportan como una forma específica de violencia basada en el género. Lo anterior corresponde a lo mundialmente denominado "crímenes de honor" –lapidaciones, violaciones tumultuarias– donde la agresión tiene como objetivo defender "el honor" del agresor o el de su familia. Particularmente en nuestro caso, este tipo de violencia es la "marca permanente" que un hombre celoso o rechazado quiere dejar en una mujer. Para Vicente Garrido, profesor de criminología de la Universidad de Valencia, estos ataques con ácido tienen como objetivo "dejar

mutilada a la víctima para que no pueda establecer otras relaciones de pareja" (16).

Las quemaduras con ácido imponen una condena social que soportará continuamente quien es atacado (22). Esto se puede apreciar en las frases de las pacientes en este estudio que nos indican la imposibilidad de olvidar lo ocurrido, ya que diariamente se enfrentan a las cicatrices y la deformidad de su cuerpo. Esto es lo que las víctimas han denominado en otros contextos como "la muerte social" por el aislamiento y rechazo que se deriva de las lesiones y la desfiguración sufridas (23, 24).

Dentro de los casos descritos se observa el cambio radical en sus vidas, especialmente en relación a la pérdida de autonomía y la dependencia que se deriva como consecuencia de las secuelas físicas, particularmente por la pérdida de la visión.

Dada la complejidad que conllevan estos casos se plantea la necesidad de establecer protocolos de atención que incluyan equipos multidisciplinarios, seguimiento y acompañamiento posterior de las víctimas. Igualmente surge la urgencia de legislar al respecto e implementar la normatividad, dada la particularidad de este tipo de violencia y la contundencia del daño moral, físico y psicológico, como también la alta carga financiera que deja en la víctima, familia y los sistemas de salud. Se incluye también la necesidad de restringir la venta indiscriminada del ácido.

Colombia actualmente avanza en este sentido a través de la promulgación de una ley y otros proyectos de ley dirigidos no sólo a endurecer las penas para los agresores, sino en el control de la venta de ácidos y ofrecer servicios de salud para las víctimas que garanticen la cobertura total, más allá de la urgencia y el momento crítico (25).

Finalmente, los hallazgos de esta serie de casos deben ser interpretados a la luz de las siguientes limitaciones. Primero, los resultados están basados en una búsqueda retrospectiva, por lo tanto la información que se obtuvo fue a partir de lo consignado en las historias clínicas por diferentes evaluadores, lo que puede dar origen a un sesgo de información. Segundo, no hubo seguimiento de los casos luego del alta hospitalaria; en consecuencia, no fue posible describir la adaptación posterior de las pacientes a su entorno.

A pesar de estas limitaciones, consideramos importante el reporte de estos casos ya que nos está mostrando un nuevo fenómeno en el comportamiento de la violencia basada en el género en Medellín, Colombia.

## Conclusión

Los ataques con ácido son en Colombia una nueva expresión de la violencia basada en el género. Este tipo de ataques, si bien no tienen la intencionalidad de causar la muerte a la víctima, sí logran dejar huellas permanentes de la agresión, no sólo de tipo físico sino también psicológico y social.

Desafortunadamente no se cuenta con análisis por desagregación de datos de acuerdo a la etiología de las quemaduras en Colombia. Éste es necesario para com-



prender la dinámica y la implementación de medidas y políticas de prevención. Aspectos como la cultura, las normas sociales y las expresiones de la violencia basada en el género deben ser tomados en cuenta. La naturaleza de las quemaduras intencionales con ácido tiene connotaciones particulares y por tanto el abordaje debe ser adecuado para cada caso.

La violencia basada en el género es un fenómeno universal; es modificada y afectada por los aspectos culturales locales de cada país o región. Sin embargo, cada vez más, la globalización disminuye las diferencias y los

modelos de comportamiento también trascienden las fronteras.

La educación es un pilar fundamental en la prevención de la violencia, la cual debe hacerse en forma transversal, contando con la participación de las diferentes disciplinas y organismos competentes ■

### Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

---

## Referencias bibliográficas

- Polizzotto MN, Shortt J, Opat SM, Cole-Sinclair F. A drop of vitriol: microspherocytosis following sulphuric acid exposure. *Br J Haematol* 2008; 140 (6): 596.
- Vladimor K, Norris JA. Vitriol in the History of Chemistry. Prague, Czech Republic: Department of Physical and Macromolecular Chemistry and Department of Philosophy and History of Natural Sciences, Faculty of Science, Charles University; 2001.
- Guillais J. Crimes of passion: dramas of private life in nineteenth-century France. New York: Routledge; 1991.
- Hartman MS. Victorian murderesses. London, UK: Robson Books; 1977.
- Acid Survivors Trust International [sede Web]. London, UK [acceso 2 diciembre 2012]. <http://www.acidviolence.org/>
- Karundasa KP, Perera C, Kanagaratnum V, Wijerathne UP, Samarasingha I, Kannangara CK. Burns due to acid assaults in Sri Lanka. *J Burn Care Res* 2010; 31 (5): 781-5.
- Theodorou P, Spanholtz TA, Amini P, Maurer CA, Phan TQ, Perbix W, et al. Cologne burn centre experience with assault burn injuries. *Burns* 2009; 35: 1152-7.
- Stone MJ. Assault by burning and its relationship to social circumstances. *Burns Incl Therm Inj* 1988; 14: 461-7.
- Organización de Naciones Unidas [sede Web]. Nueva York, Estados Unidos [acceso 24 enero 2013]. <http://www.un.org/>.
- Olaitan PB, Jiburum BC. Chemical injuries from assaults: an increasing trend in a developing country. *Indian J Plast Surg* 2008; 41: 20-3.
- Branday J, Arscott GD, Smoot EC, Williams GD, Fletcher PR. Chemical burns as assault injuries in Jamaica. *Burns* 1996; 22: 154-5.
- Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses [sede Web]. Bogotá, Colombia [acceso 9 noviembre 2012]. <http://www.medicinalegal.gov.co>.
- World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization. *Bull World Health Organ* 2011; 89 (1): 1-80.
- Mannan A, Ghani S, Clarke A, Butler PE. Cases of chemical assault worldwide: a literatura review. *Burns* 2007; 33 (2): 149-54.
- Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part. II. Intentional burns in adults. *Burns* 2012; 38: 630-7.
- Faga A, Scevola D, Mezzetti MG, Scevola S. Sulphuric acid burned women in Bangladesh: a social and medical problem. *Burns* 2000; 26: 701-9.

17. Sanghavi P, Bhalla K, Das V. Fire-related deaths in India in 2001: a retrospective analysis of data. *Lancet* 2009; 373: 1282-88.
18. Corry N, Pruzinsky T, Rumsey N. Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury. Social functioning, body image and health policy perspectives. *Int Rev Psychiatry* 2009; 21 (6): 539-48.
19. Chatterjee P. Campaigns against acid violence spur change. *Bull World Health Organ* 2011; 89: 6-7.
20. Corporación Excelencia en la Justicia [sede Web]. Bogotá, Colombia [acceso 9 noviembre 2012]. <http://www.cej.org.co/>.
21. Acid Survivor Foundation. Annual Report [Internet]. Bangladesh; 2011. [accesado 24 enero 2013]. available from: [www.acidsurvivors.org/news\\_room.htm](http://www.acidsurvivors.org/news_room.htm).
22. Young RC, Ho WS, Ying SY, Burd A. Chemical assaults in Hong Kong: a 10-year review. *Burns* 2002; 28: 651-3.
23. Asaria J, Kobusingye OC, Khingi BA, Balikuddembe R, Gomez M, Beveridge M. Acid burns from personal assault in Uganda. *Burns* 2004; 30: 78-81.
24. Bari SM, Choudhury M, Mahmud I. Acid burns in Bangladesh. *Ann Burns Fire Disasters* 2002; 14: 115-8.
25. Congreso Visible. Por medio de la cual se fortalece las medidas de protección a la integridad de las ciudadanas y ciudadanos frente a crímenes con ácido, se regula el uso y comercio de ácido y crea el artículo 118 a en la Ley 599 de 2000. (Quemaduras con ácido) [Internet]. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia; 2012 [accesado 8 mayo 2014]. <http://congresovisible.org/proyectos-de-ley/por-medio-de-la-cual/6582/>

## Incorporamos Psiquiatras



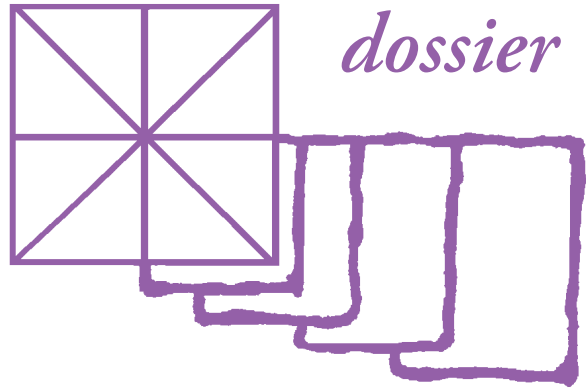
Centro Privado  
de Psicoterapias  
[www.cpp.com.ar](http://www.cpp.com.ar)

Estamos realizando búsquedas específicas para:  
**Médicos Psiquiatras con consultorio  
en Ciudad de Buenos Aires  
y Gran Buenos Aires -Zona Oeste y Zona Sur-**

Nos gustaría contactarnos con profesionales que se interesen en:

- La participación en reuniones de supervisión interdisciplinarias
- La formación clínica permanente
- El trabajo en equipo

Envíanos tu CV a: [busquedas@rodriguezcasey.com.ar](mailto:busquedas@rodriguezcasey.com.ar)



# SUICIDIO Y PSIQUIATRÍA

## Coordinación

Alexis Mussa  
Santiago Levín  
Daniel Matusevich

*En 1921, Hendrik van Loon publica su **Historia de la Humanidad**, un libro escrito especialmente para chicos, acompañado de ilustraciones del propio autor. Una de las primeras láminas trae el dibujo de una enorme mole de piedra, encima de la cual se observa un pequeño pájaro volando. Debajo del dibujo puede leerse: “Muy al norte de la tierra llamada Svithjod, yérguese una peña que mide cerca de cien millas de altura por otras tantas de espesor. Cada milenio acude a esta roca un pajarillo que afina el pico en ella. Cuando, desgastada por este roce, la mole desaparezca, habrá pasado un día de eternidad”.*

*He aquí una de las dimensiones del tema que traemos: la temporalidad. La experiencia humana de la vida es en parte una vivencia temporal. Las pérdidas, el envejecimiento, el crecimiento de los niños, los almanaques, dan cuenta del paso del tiempo.*

*En efecto, toda empresa humana tiene un inicio y un final, más tarde o más temprano. Una escultura de hielo dura menos que las pirámides de Egipto, pero tanto la una como las otras, finalmente, correrán idéntica suerte.*

*¿Por qué preocuparse entonces por el suicidio, si desde lo temporal no es más que el adelanto de un destino inexorable?*

*Una respuesta posible es ésta: porque el suicidio no es sólo el adelantamiento de la muerte, es algo más. Toca profundas huellas culturales que despiertan afectos angustiosos: tristeza, fracaso, desazón, horror.*

*Veamos un poco más de cerca a la muerte.*

*Se atribuye a Epicuro de Samos la conocida frase “la muerte es una quimera, pues cuando yo*

*estoy, ella no está; y cuando ella está, yo no”. Más allá de la elegancia del enunciado, conmueve constatar cuán parecida es la preocupación que hoy nos convoca con la de un pensador que vivió hace 2400 años.*

*La muerte acompaña al ser humano desde que éste ingresa definitivamente a la cultura, no sólo como una realidad tangible sino como una preocupación filosófica constante. Y da origen a otra preocupación filosófica que no discutiremos aquí pero que es indispensable mencionar: la idea de Dios, de una trascendencia, de un más allá de la muerte.*

*Nos abstenemos de citar los pasajes filosóficos de rigor (Sócrates, Heidegger, etc.) por no incurrir en la banalización de la cita o en el ejemplo trillado. Pero si la filosofía es una forma de prepararse para la muerte, como sugería Michel de Montaigne siguiendo a Cicerón, lo cierto es que hasta el día de hoy esa preparación está lejos de haberse completado, y los seres humanos seguimos haciéndonos preguntas muy similares a las de nuestros antepasados. Pasan los milenios, las mentalidades y los paradigmas, y algunas preguntas parecen atravesar los tiempos adquiriendo un estatuto universal.*

*¿Dónde buscar la respuesta?, ¿en la clínica, en la nosografía, en la genética, en la estadística? El suicidio es un tema que atraviesa todas las disciplinas: medicina, psicología, antropología, sociología, derecho, biología... y la filosofía. Aquellas disciplinas y otras aún tienen lo suyo para decir sobre este problema que se nos presenta como inagotable.*

*Se hace necesario, entonces, despejar el terreno desde el que se habla. Y nosotros, los coordinadores de este dossier, hablamos desde la clínica. La clínica del psiquiatra lo coloca más cerca del suicidio que*

otras prácticas asistenciales en salud. Hablar desde la clínica significa que, por legítimos que sean nuestros intereses intelectuales en materia de suicidio, lo que anima la búsqueda es la necesidad de dar con mejores herramientas diagnósticas y terapéuticas. Porque no hay medicina sin muerte, ni psiquiatría sin suicidio. Lo cual no quiere decir que la muerte pertenezca a la primera, ni que el suicidio sea privativo de la segunda. Pero sí que, nos guste más o menos, hay un lazo estrecho, íntimo, entre muerte y medicina, y suicidio y psiquiatría. Y es esto mismo lo que justifica un dossier más, ni el primero ni el último, sobre este problema filosófico, sanitario, psiquiátrico... en fin, humano.

En esta oportunidad hemos reunido siete artículos que de manera abarcativa, pero sin dar todas las respuestas (como no podía ser de otra manera considerando el tema), que intentan aportar ideas, datos y, especialmente, reflexión acerca del suicidio.

La Dra. Silvina Mazaira desarrolla la perspectiva del psiquiatra que atraviesa ese momento tan temido en el que el paciente que ha conocido se quita la vida. El lugar que ocupa el sufrimiento y la frustración en las vivencias del profesional ante la irreversible decisión en la cual queda excluido, siendo desafiado en su saber y en su formación médica positivista. Y muestra también, la oportunidad de crecimiento personal y profesional, junto al fortalecimiento de las habilidades, el reconocimiento de los límites en nuestras tareas y la revisión del trabajo cotidianamente realizado.

El Lic. Carlos Martínez muestra en su artículo el desarrollo en Río Gallegos desde 2011 de un trabajo sistemático de abordaje integral de Prevención y Posvenición del Suicidio, con la inauguración de un Plan Piloto de Capacitación Profesional e Intervención en terreno. Con posterioridad se creó en la misma ciudad el Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial. Se describen las características de estas instancias, mostrando su funcionamiento.

Los Dres. Germán Teti y Federico Rebok junto a otros colaboradores del Hospital Braulio Moyano realizaron una esperada y valiosa investigación sin demasiados precedentes en nuestro medio, acerca de las características clínico-demográficas de pacientes internadas por ideación e intento de suicida. Determinaron el porcentaje de internaciones motivadas por intentos o ideación suicida y analizaron la frecuencia de eventos desfavorables en un seguimiento a 6 meses. Este importante estudio, además de la descripción de las pacientes asistidas, mostró la escasa eficacia de las intervenciones implementadas, planteando la necesidad de diseñar nuevas estrategias para el manejo de las mismas.

La Lic. Daniela Martínez explora, desde el marco teórico de la psicopatología fenomenológica y la suicidología, las autolesiones deliberadas, investigando los relatos subjetivos y reflexivos de personas con esta problemática, provenientes de diversas fuentes. Asimismo, expone algunos patrones discursivos que pueden ser considerados de gran utilidad tanto para la identificación, el tratamiento y la prevención de las autolesiones mencionadas.

El Dr. Esteban Toro Martínez plantea como objetivo de su trabajo brindar al profesional de la salud mental enfrentado en su praxis cotidiana con la urgencia relacionada con el suicidio, una introducción a la valorización sistematizada del paciente en riesgo suicida, contextualizándola dentro de la jurisprudencia nacional en relación a algunos fallos de responsabilidad civil en la cabeza de la institución de salud mental.

El Dr. Santiago Levín aborda en su provocativo e inquietante artículo cuatro aspectos en relación al suicidio: en primer lugar, la muerte reemplazando a la sexualidad como tabú, contra la que tendríamos que luchar incansablemente; segundo, la falta de teoría que permita abordar el problema en conjunto, incluyendo la controversia que arranca al intentar definir el suicidio; tercero, la distancia conceptual entre epidemiología y clínica, con las innumerables variaciones particulares; y cuarto, la noción de buen tratamiento como la mejor prevención en el marco individual, pero no como garantía de evitación del suicidio.

Los Dres. Denise Gallardou y Daniel Matusевич, a través de la narración de un caso clínico, reconstruyen parte de la historia de una paciente anciana que realizó un intento suicida. Identificando algunos de los factores de riesgo que pudieron actuar como determinantes en la decisión final de la paciente, analizan las dificultades y limitaciones que se presentan para abordar a estos pacientes. Un objetivo fundamental de los autores de este artículo es despertar un mayor interés en la investigación y el tratamiento de los pacientes ancianos con riesgo suicida.

Como podemos concluir, el suicidio es el resultado de una conducta sumamente compleja en la que participan diversos factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Constituye el vértice de un debate donde confluyen todos estos aspectos. Como fenómeno pluricausal requiere de un abordaje multidimensional, debiendo realizarse una valoración sistemática del riesgo que conlleva, pero entendiendo que la predicción certera y válida del mismo para un momento preciso es imposible ■

# El suicidio de un paciente. Impacto en el psiquiatra

**Silvina Mazaira**

*Médica especialista en Psiquiatría.  
Docente del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.  
E-mail: smazaira20@gmail.com*

*“No puedo cambiar. No ha sido una decisión fácil, pero sí meditada.  
No se hable de debilidad o valentía. El cirujano vive con la muerte, es su compañera inseparable,  
con ella me voy de la mano”*

**Extracto de la carta del Dr. René Favaloro, julio de 2000.**

---

## **Resumen**

El trabajo clínico del psiquiatra lo enfrenta muchas veces con personas que expresan abiertamente su deseo de morir. Sin embargo, aunque tales pensamientos no se llevan a cabo en la mayoría de los casos, desafortunadamente las estadísticas indican que el suicidio es una posibilidad concreta más frecuente de lo que a menudo se sospecha. Mueren al año un millón de personas por suicidio a nivel mundial.

La voluntad de quitarse la vida es un fenómeno complejo que nada tiene de nuevo, ni de moderno. El suicidio ha atravesado las distintas épocas, adoptando distintas modalidades y significaciones según el momento histórico cultural. Como médicos tendemos a describir las conductas humanas, en este caso puntual como un fenómeno muy variable, en el que intervienen diversos motivos y determinantes.

Es así que se ha escrito mucho en la literatura científica que comprende al suicidio sobre las causas, los factores de riesgo, los factores protectores, los grupos más vulnerables, etc. También se ha prestado mucha atención al sufrimiento que el suicidio consumado provoca en los familiares y allegados. Numerosos artículos proponen medidas de sostén y apoyo psicoterapéutico para los supervivientes del suicidio, para minimizar las consecuencias traumáticas... Pero, ¿qué pasa con el psiquiatra? ¿No es acaso una persona que ha estado en contacto cercano con el paciente que se ha quitado la vida? El riesgo de padecer los efectos del trauma psíquico que provoca la muerte de un familiar, o de una persona querida, ¿no atañe al profesional a cargo del tratamiento que queda interrumpido? En este trabajo se desarrollará la perspectiva del psiquiatra en el duelo por el paciente que consigue quitarse la vida.

**Palabras clave:** Suicidio de un paciente - Impacto profesional - Duelo - Supervivientes del suicidio.

A PATIENT'S SUICIDE. THE PSYCHIATRIST'S IMPACT

## **Abstract**

The clinical work of the psychiatrist often faces him to people who openly talk about their wish to die. However, although such thoughts did not culminate in most cases, unfortunately statistics show that suicide is a concrete possibility, more frequent than suspected. Globally, a million people die by suicide each year.

The will to kill themselves is a complex phenomenon that is neither new nor modern. Suicide has crossed different times adopting different forms and meanings according to culture and history. As doctors, we tend to describe behaviors, in this case highly such a variable one, which involves various reasons and determinants. Thus, much has been written in the scientific literature about suicide in the causes, risk and protective factors, most vulnerable groups, etc. It has also been remarked the pain that the suicide causes in the family and close friends. Lots of articles propose psychotherapeutic and supporting measures for the suicide survivors to avoid the traumatic consequences of the experience. But, what about the psychiatrist? Isn't him a person who has been in close contact with the subject who has killed himself? The survivor risk of having traumatic symptoms, does it not apply to the doctor who was in charge? In this article, it will be taken into account the point of view of the psychiatrist in the grief after a patient's suicide.

**Key words:** Patient's suicide - Professional impact - Grief - Suicide survivors.

## Introducción: magnitud del problema

Contrariamente a lo que a veces se supone, el suicidio es un problema de salud pública relativamente frecuente. La mortalidad anual global provocada por suicidio se estima en 16 muertes en 100000 personas, lo que equivale a un suicidio cada 40 segundos. Se calcula que muere 1 millón de personas al año por suicidio (1). Las tasas de mortalidad por suicidio se han ido incrementando en los últimos años hasta un 60% a nivel mundial. Los grupos etarios más vulnerables parecen ser el de los jóvenes y el de los ancianos, especialmente los hombres.

El suicidio es responsable del 1.5% de todas las muertes, y es la décima causa de muerte a nivel mundial. Por cada suicidio, se estima que 6 personas sufren un intenso duelo (2). Las tentativas de suicidio son hasta 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados (1).

En Argentina, las estadísticas disponibles señalan que la prevalencia de suicidio en 2010 fue de 7.5 por 100000 habitantes (12.3 por 100000 en hombres y 2.8 por 100000 en mujeres) (3).

Con sólo mencionar estas cifras, notamos que los profesionales de la Salud Mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales) tenemos una alta chance de atender personas que hayan intentado quitarse la vida o en algunos casos, que efectivamente lo logren. Sin embargo, habitualmente pensamos que una desgracia semejante siempre puede ser evitada, y tendemos a caer en la simplificación de que cuando ocurre, es porque algo salió mal, o simplemente "no lo vimos venir".

En esos momentos dramáticos es cuando relucen las creencias y los estereotipos. Se supone que los psiquiatras tenemos el conocimiento, el poder, la aptitud y la competencia para mejorar la vida, aliviar el sufrimiento, brindar protección y sostén a nuestros pacientes. La pretensión de curar la hemos abandonado, si entendemos como curación la supresión de una enfermedad desde un modelo médico reduccionista extrapolado de otras especialidades. Pero la psiquiatría, como especialidad médica, justamente se diferencia por ser la más humanista de las ramas de la medicina, al valerse de otras disciplinas (psicología, sociología, filosofía, epistemología, biología, psicoanálisis, criminología, genética, etc.) en el entramado que define su práctica (4).

Es así que los psiquiatras necesitamos valernos de otros conocimientos y herramientas para atender el sufrimiento psíquico de quienes nos consultan. El sujeto que padece es difícilmente encuadrable en una categoría que explique dicho padecer en su totalidad. A veces tenemos la ilusión de categorizar el sufrimiento, ponerle un nombre que justifique el tratamiento con la esperanza de que el malestar se desvanezca. En general nos damos cuenta que nuestro acercamiento es limitado, no logramos aprehender la complejidad del asunto. Más aún cuando suponemos que contamos con la colaboración del paciente, a menudo también llamado usuario, para recalcar su condición activa en el tratamiento, o sea su voluntad de mejorar. La perspectiva del "usuario de servicios de salud mental" supone una jerarquización de

los derechos del sujeto que sufre, y un empoderamiento del mismo (5).

Los médicos venimos de una educación profesional triunfalista y positivista que nos forma tendientes a la omnipotencia, en la que se considera a la muerte como un fracaso. Además, vivimos en una sociedad hedonista y materialista que nos potencia y nos hace creer que podemos vencerla, y que cuando no lo logramos, es siempre por un error (6). Maglio agrega que, como construcción social, nuestra práctica médica asigna sentidos de orden moral que operan desde relaciones de poder. Así calificamos a nuestros pacientes como "buenos pacientes" cuando nos obedecen y "malos pacientes" cuando no lo hacen, o nos cuestionan. Ni qué hablar cuando se suicidan.

## El suicidio: la subversión del orden médico

Si bien no es el foco de este trabajo, no podemos dejar de mencionar que el suicidio es una conducta muy compleja en la que participan diversos factores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales) (7). Para que se produzca no es condición suficiente la existencia de algún trastorno mental, sin embargo, la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad y el abuso de sustancias tienen tasas de suicidio mayores a las de la población general. Cometan suicidio hasta el 15% de los pacientes con depresión mayor, 10% de los bipolares y esquizofrénicos, 15% a 20% entre los adictos y 4% a 10% de los pacientes limítrofes (7, 8).

Por otro lado, no todas las personas que llegan a la consulta de un psiquiatra tienen un conjunto de síntomas como para configurar un diagnóstico de una patología mental clara. A menudo se trata de crisis vitales, en las que el acompañamiento que otorga un trabajo psicoterapéutico profundo es suficiente. En muchos casos, lo hacen motivados por situaciones familiares disruptivas, por haber sufrido un evento traumático, por la pérdida del trabajo, o del *status* social, o por estar en un proceso de duelo normal, etc. Y sin embargo, con un desencañante intenso que provoque profundo sufrimiento y se acompañe de desesperanza y ansiedad especialmente, una persona vulnerable podría iniciar un proceso suicida. También están aquellos sujetos con fuertes convicciones filosóficas o ideológicas que racionalizan su estado y concluyen que el suicidio representa la única salida viable, aunque en general en esos casos, no consultan al psiquiatra.

Entendemos al suicidio como la causa de muerte en psiquiatría, y a los intentos o tentativas de suicidio (cuando el acto no llega a ser consumado) como las situaciones de urgencia más frecuentes que enfrenta el psiquiatra. Nuestros pacientes pueden morir por diversos motivos, entre los cuales encontramos causas cardiovasculares, oncológicas, infecciosas, neurológicas, accidentales o psiquiátricas, entre ellas el suicidio. Es decir, que entre los médicos de distintas especialidades, seremos los psiquiatras quienes nos encontremos con mayores probabilidades de atender pacientes potencialmente suici-

das, o que, efectivamente, se quiten la vida. En distintas publicaciones se estima que entre el 50% y 70% de los psiquiatras y entre el 40% y 50% de los residentes de psiquiatría sufrirán el suicidio de al menos un paciente en su desempeño clínico (9, 10).

El paciente suicida desafía al psiquiatra en su saber y en su formación médica positivista. Socava el poder médico, lo impotentiza, rechaza su ayuda y descrea de una visión esperanzadora que sostenga que pueda estar mejor. No ve otra salida. Desprecia el tratamiento, no le sirve, no lo alivia. Toma una decisión, lamentablemente irreversible, de la cual nos excluye.

Sea por un motivo o por otro, es muy frecuente que una persona que logra consumar el suicidio haya consultado a un psiquiatra en el pasado inmediato. Entonces, ante esta situación dramática, frustrante, digamos la escena temida del residente de psiquiatría, o de cualquier psiquiatra experimentado... ¿Qué lugar tiene el sufrimiento, o las vivencias del psiquiatra?

### Sobrevivientes del suicidio

Se definen como sobrevivientes de un suicidio a las personas que penan la muerte del suicida, que por su grado de cercanía han sido afectadas e impactadas por la noticia. Jordan y McIntosh definen que los supervivientes del suicidio son aquellos que perciben un alto grado de malestar o sufrimiento psicológico, físico o social por un período prolongado de tiempo luego del suicidio de un sujeto (11).

La definición no se agota en los familiares más cercanos sino que incluye también a amigos, parientes, vecinos, compañeros de trabajo, compañeros de escuela, maestros, terapeutas, psiquiatras (11, 12). En los casos en los que el suicidio es amplificado por los medios masivos de comunicación, por tratarse de una persona famosa, también se afecta a personas que no tenían un vínculo personal con el fallecido. En estas circunstancias no se habla de supervivientes, sino de casos expuestos al suicidio (12). Se estima que 1 de cada 4 personas conoce a alguien que se ha suicidado, y que cada suicidio deja al menos 6 supervivientes (13). En los casos de niños o adolescentes este número es generalmente mucho mayor.

Una investigación realizada en Alemania entre psiquiatras de diferentes centros asistenciales, obtuvo como dato relevante que el 40% de los participantes de la muestra sufrió una respuesta de intenso *distress* luego del suicidio de un paciente, más frecuente en profesionales mujeres (14). En otros trabajos se ha jerarquizado lo imprevisible del suicidio como un factor determinante en la aparición de síntomas postraumáticos (15).

En concordancia con esta conceptualización del suicidio como propiciador del trauma, cabe agregar que quien se suicida frecuentemente es estigmatizado; y este estigma se contagia a quienes lo circundan, allegados y profesionales. Incluso se puede estigmatizar al psiquiatra como muy emotivo, o poco solvente. Los médicos tendemos a diferenciar los roles claramente, el paciente es el que sufre, el que consulta, el que se apoya en el médico que sabe, contiene, resuelve... y no siente, ni se emocio-

na... Son actitudes defensivas, para sobrellevar la tarea, el día a día con el sufrimiento mental y la pena de vivir de nuestros pacientes. Esta división arbitraria entre *ellos* y *nosotros* se ve amenazada cuando uno de *nosotros* sufre el duelo excesivamente, atenta contra la identidad profesional, y los colegas pueden reaccionar ante ello con la discriminación y el alejamiento. Así, muchos profesionales consideran seriamente dejar la profesión o tomar pacientes menos graves (15).

En ocasiones, es el grupo de pares quienes presentan reacciones negativas de estigmatización y rechazo, los colegas pueden discriminar, maltratar, culpar o estigmatizar al psiquiatra acusándolo de no haber llevado bien el caso que terminó en suicidio, siguiendo la lógica defensiva de expulsar y separar lo penoso y temido y protegerse en la ilusión del grupo purificado. Desde ya que una reacción de este tipo no merece menos que el absoluto repudio. Lamentablemente, en ciertos ámbitos de mucha competencia, se pierde de vista el espíritu solidario y humanista de nuestra práctica.

### El duelo por la pérdida de un paciente

El encuentro entre el psiquiatra y el paciente se produce en un ámbito de confianza mutua en el cual se comparten sentimientos intensos, de dolor y de alegría por las distintas circunstancias de la vida que se transitan juntos.

Freud define al duelo como "*la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal*" (16). El duelo representa un trabajo del psiquismo, de desinvestidura libidinal del objeto perdido. Este trabajo supone un gran costo de energía, con un estrechamiento e inhibición del yo, que pierde interés por otras actividades. Entonces, en el duelo de un paciente, ¿qué es lo que se duela? El paciente deja un vacío, se corta abruptamente el proceso terapéutico, es él quien rompe la alianza terapéutica. En la relación médico paciente, si bien entendemos que es un vínculo profesional, no es menos cierto que se establecen lazos de afecto. Pero, no podemos dejar de lado que en este proceso de duelo hay una profunda herida narcisista en el psiquiatra, que pierde su ilusión de omnipotencia y se encuentra con los bordes más oscuros de la condición humana.

Diversos autores han descripto las distintas reacciones de los terapeutas luego del suicidio de un paciente. Entre ellas, se han propuesto seis tipos: traumática, afectiva, relacionada al tratamiento, relacionada con colegas, sobre responsabilidad profesional, las que cuestionan la propia filosofía profesional (17). En un artículo publicado en el año 2000, se realizó una encuesta a 26 terapeutas que habían sufrido la pérdida de un paciente por suicidio. En ellos, los sentimientos reportados con mayor frecuencia fueron: conmoción (*shock*), descreimiento, tristeza, dolor, culpa, temor a ser responsabilizado por la muerte del paciente, enojo, pérdida de confianza en su trabajo, vergüenza (10).

Otros trabajos describen diferentes efectos que provoca el suicidio de un paciente (9):



a. Efectos personales: estrés, culpa, aislamiento, disminución de la autoestima, perturbación de los vínculos interpersonales, irritabilidad, insomnio, ánimo triste, disminución de la confianza en sí mismo, síntomas de estrés postraumático, ira, vergüenza.

b. Efectos profesionales: temor a ser objeto de litigio legal, mayor interés en el tema del suicidio, mayor rigurosidad en la toma de notas y escritura de la historia clínica, mayores dudas en la tarea, predominio de la medicina defensiva con los pacientes que presentan riesgo potencial, consideración de retiro anticipado.

Vemos que existe consenso en aceptar que los profesionales que han enfrentado la circunstancia del suicidio de un paciente sufren un intenso malestar que afecta su vida profesional y personal. Surge la preocupación por las demandas legales en cuanto al desempeño de la tarea asistencial, la cual si no se acota puede influenciar negativamente la práctica, tornándola en un ejercicio profesional defensivo que pierde de vista las necesidades del paciente. También se afecta el sentimiento de sí, la autoestima y la confianza en el trabajo clínico.

Podemos mencionar la incidencia de ciertos factores en el sentimiento posterior al suicidio de un paciente. Por ejemplo, la formación y la experiencia del terapeuta. Si bien se acepta que el efecto traumático sería mayor en psiquiatras en formación, que podrían valorar el suicidio como una falla propia producto de su inexperiencia, en otros más experimentados se ha descrito una tendencia a culpabilizarse justamente por no poder resguardarse en la falta de recorrido en la profesión ("*tendría que haberme dado cuenta*"). En una investigación realizada en Noruega sobre médicos generalistas jóvenes que trataron pacientes suicidas, se concluyó que los temas más sensibles para ellos fueron: el establecimiento de una relación adecuada con el paciente, la inseguridad sobre las propias intervenciones (y sobre sus conocimientos) y el compromiso emocional (aceptación de la propia vulnerabilidad, cuestionamiento moral, sentimientos de impotencia) (18).

Otro aspecto es el encuadre en el cual ocurre el suicidio: si el paciente está internado, de permiso de salida, en tratamiento ambulatorio, en consultorio privado o en el ámbito público. El impacto será diferente en cada caso, dependiendo del tipo de institución y del grado de continencia que ésta genere entre su equipo. En los casos en los que el paciente que termina con su vida está en tratamiento en una consulta privada, el peso para el profesional será lógicamente mayor. También merece considerarse la longitud del tratamiento, no es el mismo impacto si se trata de un paciente nuevo, a quien no se conoce en profundidad, que si fuera un paciente con el cual se haya trabajado durante un tiempo prolongado. El afecto por uno o por otro será diferente, y en consonancia el dolor luego de su muerte. El tiempo transcurrido desde la última consulta hasta el suicidio también juega un papel en el tipo de reacción. No es lo mismo cuando al paciente no se lo ve por mucho tiempo, que si comete el acto suicida luego de la consulta o en los días subsiguientes. En este escenario el psiquiatra tenderá a sentirse más afectado por no haber podido detectar las señales para prevenir el funesto desenlace.

Una consideración aparte merecen los aspectos contratransferenciales. El concepto de contratransferencia se refiere a los sentimientos que se generan en el terapeuta en el encuentro con su paciente. Laplanche y Pontalis definen la contratransferencia como el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste (19). Si bien Freud jerarquizó el concepto de transferencia, priorizando los aspectos que el paciente deposita en el médico, algunas corrientes psicoterapéuticas postfreudianas han rescatado este punto como una valiosa herramienta terapéutica (20). En el caso que aquí tratamos, es importante destacar que este tipo de pacientes generan sentimientos intensos, a veces difíciles de tolerar. A modo de ejemplos podemos detallar la posición paternalista de excesivo *furor curandis*, o de profunda compasión por el paciente deprimido que describe su sufrimiento, o de rechazo liso y llano por el paciente que manipula y destila odio hacia sus allegados y amenaza con el suicidio como una manera de dañarlos (21). También es frecuente que experimentemos frustración cuando comprobamos que no obtenemos la respuesta esperada al tratamiento, o cuando el medio socio familiar es muy hostil y no se cumplen nuestras indicaciones. En un trabajo publicado en el 2010, Gibb y colaboradores describieron que los profesionales de salud que trabajaban con pacientes que cometieron autolesiones presentaban frustración, falta de confianza en el tratamiento, sensaciones mixtas (pesimistas y optimistas), y tasas de *burnout* mayores a otros profesionales (22).

Es decir, cuando el paciente finalmente concreta el suicidio, el psiquiatra podía haber sentido previamente emociones perturbadoras para la tarea terapéutica antes de que culminara el tratamiento con la muerte autoprovocada. En definitiva, no podemos eludir las reacciones contratransferenciales, no estamos a resguardo de ellas, por lo tanto no podremos capitalizarlas en beneficio del paciente si no las advertimos y pensamos en ellas (23). Si consideramos al psiquiatra como un profesional de la salud que se vale de su subjetividad como herramienta de trabajo, dependemos del autoconocimiento, del propio trabajo psicoterapéutico, de la supervisión periódica y de la formación permanente como resguardos ante tan exigente tarea.

### ¿Cómo afecta el suicidio de un paciente el trabajo clínico del psiquiatra?

El suicidio de un paciente provoca un dolor profundo que puede ser duradero, y que habitualmente genera un antes y un después en la práctica profesional del psiquiatra. Se reconoce como uno de los acontecimientos más penosos que transita un psiquiatra (14); muchos clínicos evalúan abandonar la especialidad y otros deciden no tomar pacientes con riesgo suicida, al menos por un tiempo.

El psiquiatra siente minada su confianza, surgen las dudas sobre las propias aptitudes, no se cree capaz de soportar el peso del dolor ajeno, ya tiene bastante con el propio, y cuestiona los métodos de tratamiento. La frus-

tracción puede invadir el consultorio, menospreciando su tarea, desvalorizando su herramienta de trabajo. Este agobio se puede manifestar como un cortejo sintomático a través de insomnio, ansiedad generalizada, tristeza profunda que tendrán una duración variable, pero que puede persistir por mucho tiempo. Es claro que el trabajo del duelo lleva un tiempo. También es evidente al conversar con colegas afectados que estas experiencias no se olvidan y marcan la trayectoria provocando profundos cambios en el profesional.

Como el trabajo continúa, el psiquiatra deberá atender idóneamente a sus otros pacientes, es preciso que tenga el hábito de monitorear y supervisar la tarea posterior al suicidio para evitar el sesgo de la sobre-reacción o la medicina defensiva.

### Elaboración y crecimiento

Las reacciones de los sobrevivientes del suicidio (familiares, allegados y el profesional de la salud) ante un suicidio consumado son frecuentemente causa de traumatismo psíquico. Es por lo tanto muy importante adoptar medidas preventivas para permitir la elaboración del mismo. Se denomina postvención al conjunto de maniobras llevadas a cabo con los supervivientes para disminuir los efectos nocivos del trauma vivido (12). Es muy importante que el psiquiatra se contacte con los familiares del paciente para tener con ellos un encuentro donde se pueda dialogar, escucharlos y contenerlos. Habitualmente los allegados están muy necesitados de hablar sobre el hecho, y convocarlos y ofrecerles el espacio forma parte de la tarea del psiquiatra. Para que ello suceda, el lugar que se le haya dado a la relación médico paciente, y al contacto con la familia serán cruciales. En la medida de lo posible, se intentará realizar la autopsia psicológica, que implica tratar de identificar las características sociales, médicas y psiquiátricas, los antecedentes, y los determinantes de la conducta suicida (24, 25).

La falta de participación en los rituales de la muerte, como las limitaciones impuestas por el secreto profesional, conspiran contra la elaboración psíquica del trauma posterior al suicidio. En esta etapa, es imprescindible que el psiquiatra encuentre el apoyo de sus colegas, su grupo de pares, para intentar disipar la sensación de angustiosa soledad que sucede en estos casos. Tener un espacio de supervisión, o de confianza con un maestro o referente que haya pasado por una circunstancia similar para hablar sobre el trabajo clínico realizado y sus sentimientos, lo ayudará a aclarar sus ideas y reconocer los límites de la tarea. Numerosos trabajos señalan que el acompañamiento de los colegas es una piedra fundamental para la recuperación del psiquiatra y la continuidad de su desempeño profesional (26).

Las dudas en cuanto a la idoneidad en el trabajo, lo que pudo haberse hecho, los signos que no fueron detectados, las medidas terapéuticas que no alcanzaron... Es cierto que todo ello puede ser sustrato de la culpabilización, pero el revisar la tarea realizada, con auténtico

espíritu crítico puede también ser muy importante para capitalizar el hecho, fortalecer los aspectos formativos más endebles y brindar una oportunidad para la prevención del suicidio en nuevos casos (26).

También va a ser necesario que el psiquiatra disponga de asesoramiento legal en esta instancia. Si bien no siempre se producen demandas judiciales en estos casos, puede ocurrir que los familiares proyecten en el profesional a cargo la impotencia y la hostilidad que provoca el suicidio. En esta época caracterizada por la negación de la muerte y la medicalización de la vida cotidiana, la muerte autoprovocada puede ser señalada como una unívoca falla del sistema médico.

Al reconocer que, como mencionamos anteriormente, la circunstancia de atender a un paciente que finalmente se suicide durante el tratamiento no es para nada excepcional, sería oportuno y necesario que este tema sea tenido en cuenta en la formación profesional. En general, se incluye en los programas de enseñanza el tema del suicidio, los factores de riesgo y las posibilidades de tratamiento. Pero no se menciona el impacto en el psiquiatra ni las formas de trabajarlo. Son pocos los artículos que mencionan grupos de profesionales para abordar este tema, hecho que contrasta notablemente con las numerosas publicaciones que abordan el concepto de trauma y los intentos por minimizarlo entre los supervivientes del suicidio. Como si el psiquiatra no fuera un allegado, ni un *recurso humano*.

En el caso de estos pacientes graves, en los cuales detectamos un riesgo importante, será beneficioso encarar la tarea mediante un trabajo en equipo interdisciplinario. En el ámbito hospitalario, esta posibilidad debería ser la norma, de tal forma de lograr una atención integral y desde diferentes ópticas. En el consultorio privado, tendremos que tener presente que al compartir la atención de estos pacientes con un equipo de trabajo, podremos generar otros lazos transferenciales y aliviar un poco la carga ya que habitualmente se establecen vínculos terapéuticos muy intensos (27).

La muerte autoinfligida nos confronta con la idea de la propia muerte, y con nuestras creencias. Por ello, para trabajar estas cuestiones, el contar con un ámbito psicoterapéutico individual resultará más que conveniente, imprescindible.

Para finalizar, merece destacarse que como en toda situación traumática, la elaboración psíquica permite una oportunidad para el crecimiento personal (y profesional en este caso) y el fortalecimiento de las propias habilidades. La disminución de la omnipotencia, el reconocimiento de los límites de la tarea, la revisión del trabajo realizado implican una actitud resiliente y positiva para atravesar uno de los más difíciles y tortuosos desafíos que contempla nuestro lugar como psiquiatras. No está de más recordar que siempre aprendemos de nuestros pacientes, y que en esta circunstancia particular, no estaremos exceptuados. El resultado será una clínica más real, más humanista, menos idealizada, que contemple integralmente al sujeto que padece con sus complejidades y contradicciones ■

## Referencias bibliográficas

1. WHO. Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. 2012. Disponible en: [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es).
2. Mc Daid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *BJP* 2008; 193: 438-43.
3. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Información relacionada con suicidios: un instrumento para profesionales de los medios [Internet]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar>.
4. Stagnaro JC. Algunos problemas de la psiquiatría contemporánea analizados desde la perspectiva bioética. *Vertex* 2007; 18: 376-381.
5. Agrest M. La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. *Vertex* 2011; 22: 409-418.
6. Maglio P. La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires: Libros del zorzal; 2008.
7. Carfi JM, Erusalimsky R, Ferreira AH, Galván JO, Girard P, Hoffman VC, et al. Clínica y prevención del suicidio. En: APSA. Capítulos de subespecialidades: Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI. Buenos Aires: 2011.
8. Mussa A. Tratamiento psicofarmacológico del proceso suicida. *Vertex* 2011; 100: 435-43.
9. Foley S, Kelly B. When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. *Adv Psychiatr Treat* 2007; 13: 134-8.
10. Hendin H, Lipschitz A, Maltzberger J, Pollinger Haas A, Wynecoop S. Therapist's reactions to patient's suicides. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 2022-27.
11. Jordan J, Mcintosh J. Suicide bereavement: why study survivors of suicide loss? In: Jordan J, Mcintosh J. Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors. New York: Routledge; 2011.
12. Andriessen K, Krysinska K. Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int. J Environ. Res Public Health* 2012; 9: 24-32.
13. Pompili M, Shrivastava A, Serafini G, Innamorati M, Milelli M, Erbutto D, et al. Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian J Psychiatry* 2013; 55 (3): 256-63.
14. Wurst FM, Kunz I, Skipper G, Wolfersdorf M, Beine K, Vogel R, et al. How therapists react to patients suicide: findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 565-70.
15. Alexander D, Klein S, Gray N, Dewar I, Eagles J. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000; 320: 1571-74.
16. Freud S. Duelo y melancolía. Obras Completas, tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.
17. Gutin N, Mc Gann V, Jordan J. The impact of suicide on professional caregivers. In: Jordan J, Mcintosh J. Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors. New York: Routledge; 2011.
18. Sorensen Hoifoidt T, Talseth A G. Dealing with suicidal patients - a challenging task: a qualitative study of young physicians' experiences. *BMC Medical Education* 2006; 6: 44. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/6/44>.
19. Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1996.
20. Gabbard G. Identifying and working with countertransference. In: Gabbard G. Long-term psychodynamic psychotherapy. A basic text. 2<sup>nd</sup> edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2010.
21. Saunders K, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self harm: a systematic review. *J Affect Disord* 2012; 139: 205216.
22. Gibb S, Beautrais A, Surgenor L. Self-care staff attitudes towards self-harm patients. *Aust N Z Journal of Psychiatry* 2010; 44: 713-720.
23. Ricón L. Las Psicoterapias. Pensadas a partir de lo posible. Buenos Aires: Polemos; 2005.
24. Stagnaro JC. Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida. En: Suárez Richards M. Introducción a la Psiquiatría. 4ta edición. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2012.
25. Stagnaro JC. La clínica del proceso suicida en los ancianos y recomendaciones para su prevención. Una revisión bibliográfica. *Vertex* 2003; 14: 146-51.
26. Thomyangkoon P, Leenaars A. Impact of death by suicide on Thai psychiatrists. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38 (6): 728-40.
27. Rodríguez Garín E, Kleinman A, Scokin M. Suicidios consumados en pacientes psiquiátricos. *Alcmeon* 1997; VIII, 6 (1).

# Centro Público Provincial de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial.

## Una senda hacia la Suicidología Comunitaria

Carlos Martínez

*Licenciado en Psicología.*

*Responsable del Área Provincial de Intervención en Crisis, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz, Argentina.*

*E-mail: carlosmartinez@massuicidologia.org*

---

### Resumen

Desde mediados de 2011 se comienza a desarrollar en Río Gallegos, Capital de la Provincia de Santa Cruz, un trabajo sistemático de abordaje integral de Prevención y Posvención del Suicidio. Se inaugura con un Plan Piloto de Capacitación Profesional e Intervención en terreno. Después de 8 meses se crea, en la mencionada ciudad, el Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial.

A partir de una evaluación cuantitativa y cualitativa se ubica el caso -usuario en crisis más grupo familiar- en un *triage* de campo, a partir del cual se inicia un seguimiento presencial y telefónico intensivo desde el modelo de Intervención en Crisis. Se desarrolla la intervención con participación en Grupo Sostén, en Grupo de Adolescentes, si pertenece a esa franja etaria, Entrevistas vinculares y Reuniones Multifamiliares abiertas a la comunidad.

El Centro cuenta también con un Equipo de Comunidad que desarrolla evaluaciones colectivas en escuelas, en articulación con el Equipo de Equidad en Redes, del Consejo Provincial de Educación. El abordaje se realiza en terreno, constituyendo una instancia de cribado donde la detección precoz del riesgo se gestiona a través de programas breves de intervención grupal involucrando a toda la comunidad educativa.

Ante situaciones de suicidios consumados se interviene también en las ciudades del interior de la provincia, fundamentalmente a través del Equipo Hospitalario que opera como convocante del entramado social intersectorial.

**Palabras clave:** Prevención del Suicidio - Posvención - Intervención en crisis - Abordaje psicosocial - Suicidología Comunitaria.

PROVINCIAL PUBLIC CENTER FOR CRISIS INTERVENTION AND PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION. A PATH TOWARDS COMMUNITARY SUICIDOLOGY

### Abstract

This work on the systematic comprehensive approach towards the Prevention and Postvention of Suicide started to develop back in mid 2011 in Río Gallegos, capital of Santa Cruz Province.. The first step on this development was a Pilot Plan for the Training of Professionals and also field intervention.

The Center for Crisis Intervention and Psycho-social Rehabilitation was founded eight months later.

The case -client in crisis plus family group- undergoes quantitative and qualitative evaluation by means of a triage system, all of which allows starting intensive face-to-face and also phone follow up according to the Crisis Intervention Model. Such intervention is developed by means of the participation in the "Grupo Sostén", the Adolescents Group if the client fits into that age, and also family relationship interviews as well as Multi-family meetings open to the Community.

There is also a Community Team in the Center which performs collective assessment in schools, in conjunction with the "Equidad en Redes" Educational Specialty Team, belonging to the Provincial Education Council. The approach takes place on the field, and works as a screening step for the early detection of risk. Such risk is dealt with by means of short term intervention group programs involving the whole of the educational community.

When facing situations of committed suicide there are interventions in communities to the interior of the province, fundamentally through the Hospital Team which works as the cluster convener for the social intersectoral frame- work.

**Key words:** Suicide prevention - Postvention - Crisis intervention - Psycho-social approach - Communitary Suicidology.

## Introducción

Es muy probable que la representación más extendida sobre el suicidio esté asociada a la imagen de un acto individual, intencional y con un propósito claro. Sin embargo cada vez más, y sobre todo después de la primera mitad del siglo pasado, con la estructuración de la Suicidología, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad, multideterminación y evitabilidad (1).

El suicidio debe ser considerado en todo el espectro de su producción autodestructiva en la subjetividad humana, tanto individual como colectivamente. Esto significa poder dar cuenta e identificar los niveles de deterioro progresivo que dicho proceso va instalando en las personas, y la subsecuente vulnerabilización de sujetos y relaciones que se reproduce en todo su ámbito de influencia.

Si bien para muchos aún hoy sigue vigente la concepción bisecular del suicidio como enfermedad, también es cierto que cada vez más -y sobre todo en Latinoamérica- se va pudiendo verificar empíricamente la incidencia de factores socioculturales en la génesis de la ideación suicida.

A partir de conceptualizar el suicidio como *el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales* (2) se habilita el entramado de acciones posibles para despatologizar la intervención y crear una serie de interrelaciones psicosociales tendientes al establecimiento y/o restablecimiento del bienestar individual y vincular.

Esta concepción científica, crítica y expansiva -a la vez que específica- del desarrollo de la ideación suicida hasta su consumación, permite plantearse cómo operan los procesos de vulnerabilización en la producción del evento; pero

al mismo tiempo, también habilita el planteo complementario acerca de los valores, creencias y paradigmas intervinientes en la construcción, tanto del concepto de normalidad como del de sufrimiento y malestar humano.

## El plan piloto para Río Gallegos

Por tratarse de un Plan piloto a desarrollar en un tiempo acotado (7 meses), de junio a diciembre de 2011, se eligió un objetivo de desarrollo, evaluable cuali-cuantitativamente por la gestión a cargo.

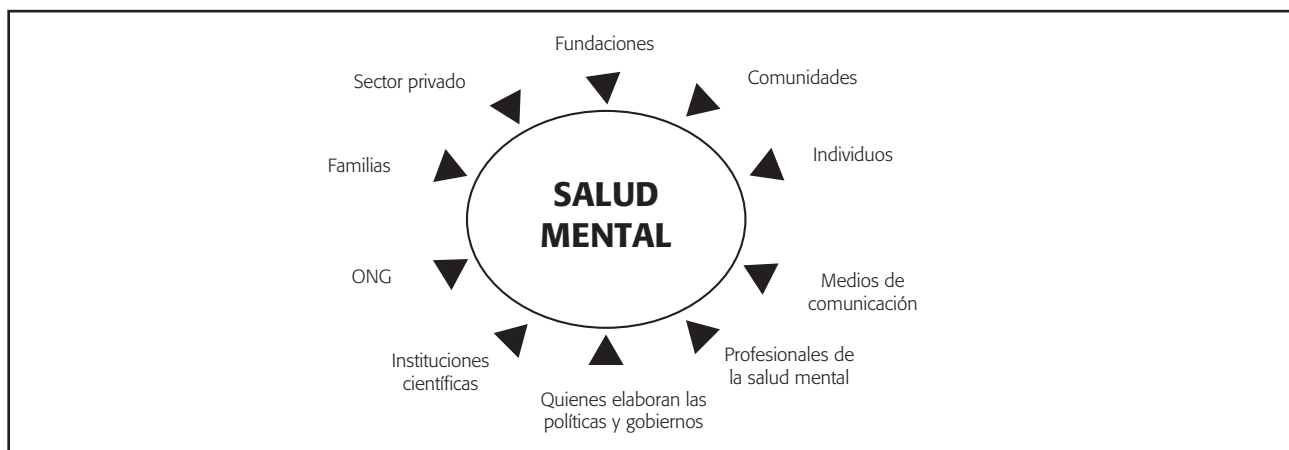
Se implementó un proceso mixto de capacitación e intervención intersectorial, tendiente a la instalación de dispositivos de política sanitaria para la prevención y posvención del suicidio:

- Clínicos: de prevención, posvención y asistencia.
- Comunitarios: de detección temprana y contención.

A continuación de las tareas de sensibilización, capacitación y puesta en marcha de los dispositivos, se destinaron los meses siguientes para la supervisión, ajuste de procesos, evaluación y seguimiento. Paralelamente, en la última etapa, se trabajó en la articulación y consolidación de la red de actores comunitarios que debían hacer circular la demanda de atención de la urgencia hacia los dispositivos sanitarios, conformado por personal profesional capacitado a tal efecto.

Tal eslabonamiento de acciones progresivas e inclusivas generó la identificación de capacidad profesional instalada que, al operar sincrónicamente con los diversos sectores gubernamentales y de la sociedad civil intervinientes, mejoraron la eficacia en la búsqueda de la ampliación y crecimiento de los parámetros de bienestar psicosocial en la población.

Figura 1.



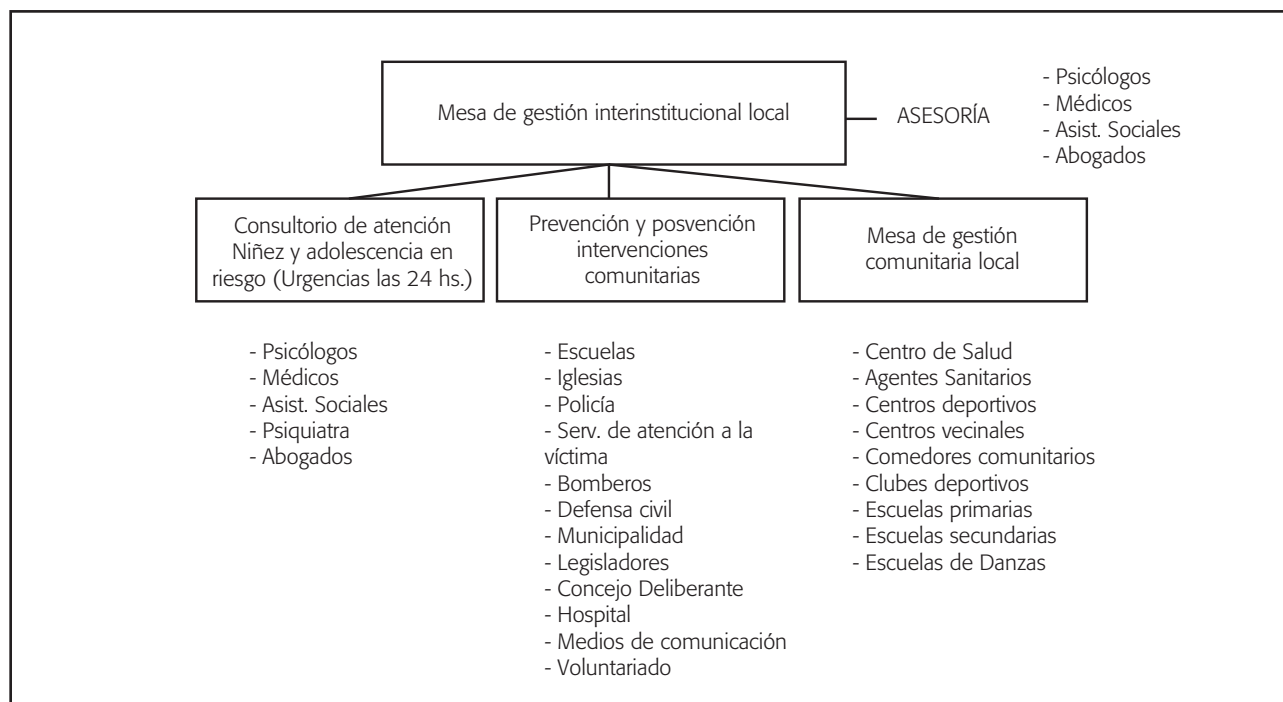
Tomado de: OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. "Invertir en salud mental". Ginebra, 2004. (Traducción: Dr. Itzhak Levav. Revisión y correcciones: Sra. Rosa Seminario y Sra. Elvia Bello.)

Además de los lineamientos vigentes de la Organización Mundial de Salud (OMS), también se adaptó la experiencia capitalizada en una intervención poblacional realizada por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio (AAPS), en Rosario de la Frontera, Provincia de Salta, Argentina, ante

una demanda por reproducción suicida adolescente.

El siguiente diseño fue realizado e implementado por la Directora del hospital local para abordar la creciente demanda de atención y los diversos focos de manifestación de la crisis.

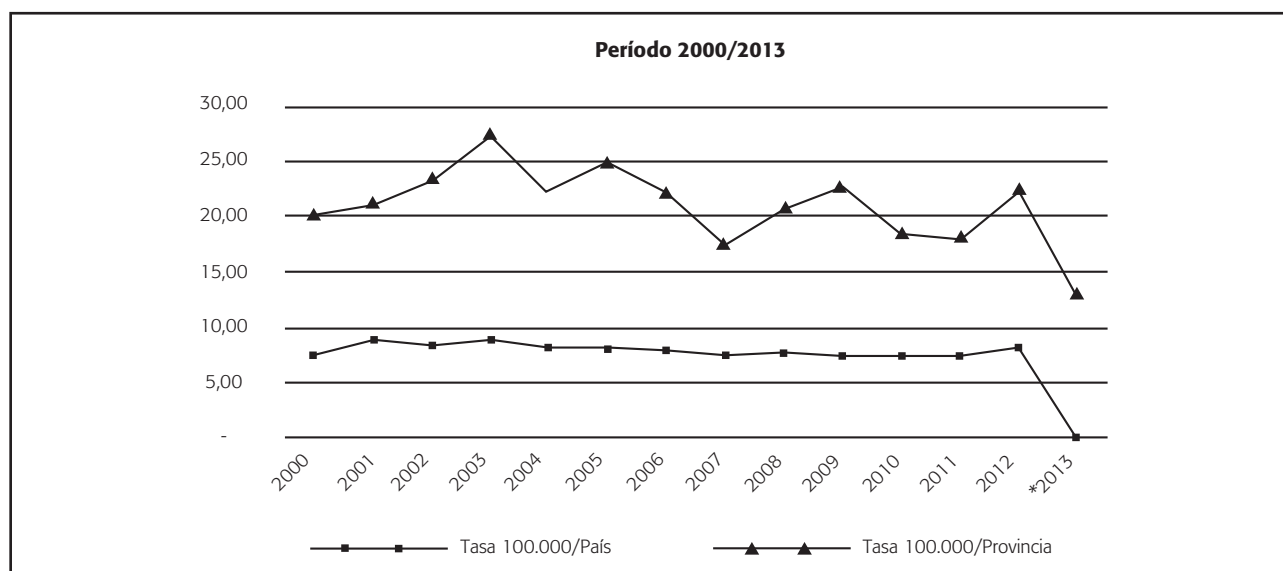
**Figura 2.** Organización y gestión de la posvención en suicidio (si bien este esquema está diseñado y fue aplicado recurrentemente en contextos de crisis suicidas de adolescentes, es adaptable a diferentes contextos colectivos de variada magnitud y densidad poblacional).



Esta oportunidad, además de sistematizar las experiencias de intervenciones poblacionales y comunitarias realizadas a lo largo de más de una década (3), constituyó el desafío de asumir el compromiso y la responsabilidad de gestar los cimientos del primer dispositivo público, específico e integral que actuaría en forma permanente en Argentina, ya que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz (Subsecretaría de Salud Colectiva, Dirección Provincial de Salud Mental).

En ese momento, independientemente de las estadísticas epidemiológicas variables según la fuente de consulta, la provincia arrastraba una situación crítica en tasas de suicidios durante largos años. Esta situación se acrecentaba en la percepción social a través de los titulares de los medios de comunicación masiva que ubicaban a Santa Cruz como la provincia con la tasa de suicidios más alta del país.

**Figura 3.** Tasas de Suicidio de Santa Cruz en relación a la tasa nacional, período 2000-2013.



(\*) En 2013 no hay aún datos estadísticos nacionales consolidados. Los datos provinciales están proporcionados por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Provincial.

En virtud de esta situación se propone un objetivo general consistente en “*Dar una respuesta socio-comunitaria desde el área de salud, a la problemática del suicidio en la Provincia de Santa Cruz, a través de un dispositivo de intervención y asistencia*”, a la vez que se realiza una planificación de objetivos específicos, cuyo cumplimiento representan en sí una dimensión intervencionista: relevamiento de datos y actualización epidemiológica a nivel local con miras a una proyección provincial posterior; capacitación del personal sanitario; conformación de equipos de crisis; elaboración de un mapa local de riesgo y seguimiento desde la guardia e intervención del equipo de crisis; instalación de dispositivos inespecíficos e indicados; armado de la red de contención psicosocial (4).

En los encuentros correspondientes al Plan Piloto para Río Gallegos, se desarrolló un Programa de Capacitación Académico para profesionales universitarios, consistente en el desarrollo de 7 unidades conceptuales temáticas correspondientes a las que conformaban el Programa de la materia Introducción a la Suicidología, dictada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, Buenos Aires.

Simultáneamente se instrumentó un programa paralelo y complementario donde se trabajaron aspectos de sensibilización, divulgación y operacionalización con los diversos sectores de la comunidad (agentes de fuerzas de seguridad, de justicia, de educación formal, bomberos, ONGs, personal de los programas extracurriculares de Consejo Provincial de Educación y Enclaves sociales significativos del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, juntas barriales, grupos de padres, Cruz Roja, Boy Scouts, agentes sanitarios, medios de comunicación, voluntariado, etc.).

### **El Centro Provincial de Intervención en Crisis y rehabilitación psicosocial**

Después de una evaluación mayoritariamente favorable del desarrollo del Plan Piloto, el 20 de marzo de 2012 comenzó el funcionamiento público del centro de referencia, a cargo de un equipo conformado por 4 profesionales psicólogos: el referente y formador, más 3 psicólogas elegidas para la conformación del dispositivo, con una actualización de formación teórica y de procedimientos realizada en 15 días.

Los ítems evaluados en relación a la conclusión de esa primera etapa fueron los siguientes:

- Aumento de profesionales formados en Suicidología.
- Monitoreo de acciones en gestión.
- Registro de demanda, consulta y seguimiento de pacientes con eventos autodestructivos (relación entre nivel de consulta y cantidad de suicidios) con las correspondientes tablas para tabulación de datos.
- Seguimiento mensual de demandas, a través de video o teleconferencias con los Servicios de Salud Mental de los hospitales del interior de la provincia.
- Comparación de suicidios consumados en 2011 en relación con años anteriores.

- Disminución de los eventos suicidas y comunicación más cuidada en los medios de comunicación masiva.

- Toma de conocimiento del estado parlamentario de las iniciativas legislativas vinculadas a la temática.

- Intervenciones, con profesionales en formación, en dos escuelas de la capital de la provincia, donde se había un suicidio de una alumna de primaria, y otra en las que habían acontecido intentos y reiteradas amenazas de alumnos con ideación suicida.

- Intervención de una profesional formada en Suicidología, en la desarticulación de una amenaza de suicidio colectivo en una escuela de la ciudad de Las Heras, con un compromiso hipotético de sectas existentes en la mencionada localidad.

A la hora de pensar, diseñar e implementar un dispositivo provincial permanente de este tipo se tomaron en cuenta ciertas variables y verificaciones generales, al no contar con referencias concretas a nivel provincial, ni nacional:

- En nuestro país en general, y en adolescentes en particular, estudios e intervenciones institucionales y poblacionales venían demostrando recurrentemente la asociación entre “dificultades de afrontamiento en la resolución de problemas” con el desarrollo de conflictos y crisis que desembocan en actuaciones individuales y colectivas que van desde autolesiones deliberadas a suicidios frustrados y/o consumados.

- En el año 2003 se publicó un estudio de la Universidad de Alberta (Canadá) cuyo objetivo consistía en identificar qué tipos de estrategias de prevención del suicidio han sido evaluadas en las investigaciones, y determinar cuáles de ellas eran efectivas (5). Desde el año 1990 se analizaron 10 revisiones sistemáticas: cerca de 30 tipos de estrategias de prevención del suicidio han sido evaluadas en la investigación. Las 3 revisiones sistemáticas calificadas como *buenas* encontraron que los programas de prevención basados en las escuelas, dirigidos a los estudiantes en riesgo, mejoran los factores protectores y reducen los factores de riesgo y las conductas suicidas.

- Una de las más eficaces formas de intervención en las crisis es previniéndolas; y, a su vez, una pauta eficiente de prevención lo constituye la Promoción de la Salud, en este caso, mental. Se podría afirmar que una buena manera de no enfermar o no vulnerabilizarse es *Producir Salud*. El proceso de elaboración e implementación del programa y del centro se orientan a atenuar y revertir el proceso de vulnerabilización a través de la *prevención selectiva* y posvención en estadios lo más tempranos posibles de la evolución del *continuum* autodestructivo.

- *Producir Salud* a través de la *prevención universal*, concientizando a la población en los métodos y/o procedimientos para reducir o eliminar la exposición a factores vulnerabilizantes, productores de dolor psíquico.

- Si bien el proceso, en el programa en general y en el centro en particular, no está regido por el paradigma de sanar -porque no está erigido a partir del concepto de enfermedad-; la *producción de salud* en la prevención indicada se logrará a través de la rehabilitación o posvención específica. Este proceso se irá complejizando a medida que el participante vaya implicándose en su pasaje por el Centro (CICr), desde la evaluación

de riesgo inicial, el Grupo Sostén, los talleres, el restablecimiento del lazo, la instalación en un tratamiento psicoterapéutico externo, ya que dentro del modelo de intervención en crisis aplicado no se contempla la posibilidad de tratamiento individual dentro del dispositivo, y la revisión y/o construcción de su proyecto de vida inmediato, hasta el descenso en su nivel de riesgo que posibilite la desactivación del continuum autodestructivo.

Las mencionadas premisas generales se tradujeron en objetivos específicos, adaptados a la realidad de la provincia y a un naciente Ministerio de Salud, que se estaba separando de su anterior pertenencia al Ministerio de Asuntos Sociales como Subsecretaría de Salud. Cabe hacer notar que, a esta altura de los acontecimientos inaugurales, no hay todavía claridad sobre la diferenciación acerca de la implicancia provincial del CICr. Ha sido motivo de largas reuniones e intercambios una premisa más que obvia: un centro en Río Gallegos no era -ni sería- capaz de revertir el crítico cuadro situacional de la provincia respecto a esta problemática. Tal dualidad, producto de los balbuceos operativos iniciales se notan en la elaboración de la nómina de objetivos determinantes y los indicadores de eficacia esperables, tanto de desarrollo como de resultado. De todas maneras con ese marco se empezó a trabajar buscando:

- Atender el impacto subjetivo de las crisis en la Salud Mental de la población santacruceña.

- Implementar programas de rehabilitación psicosocial para aquellas personas, grupos, instituciones y/o comunidades que manifiesten emergentes críticos en su salud mental, como consecuencia del intento de elaboración de crisis individuales y/o colectivas.

- Capacitar teórica y prácticamente el capital humano directamente implicado en la atención de la población crítica.

- Orientar a las organizaciones de la comunidad en la detección temprana de los indicadores de la crisis subjetiva en curso, generando un entramado social que opere simbólicamente como malla de contención de la población a la vez que lo haga como alivio de la demanda a los efectores específicos del Sistema Público de Salud.

- Releva y mantener actualizados los registros de los recursos comunitarios con los que se cuenta en las diversas áreas geográficas, para satisfacer la demanda explícita o implícita de reinserción de aquellas personas que han sido afectadas por las consecuencias de una crisis individual y/o colectiva.

- Medir, en forma periódica, cualitativa y cuantitativamente, la incidencia de la tarea del centro/programa en los indicadores sensibles del esquema sanitario de la provincia.

A esto habría que sumar la incidencia de la densidad poblacional de menos de 1 habitante por kilómetro cuadrado -recientemente superado- en una superficie 243943 km<sup>2</sup> de extensión, siendo la segunda provincia más extensa del país, superada sólo por Buenos Aires. La intransitabilidad de la mayoría de sus rutas interiores durante el invierno. La comunicación digital crítica

o inexistente con diversos hospitales distantes de la capital de la provincia, durante gran parte del día. Hasta hace poco, un dato significativo en el desarrollo de las gestiones gubernamentales, de la cual la salud no estuvo exenta, lo constituyó el enfrentamiento explícito con la Administración Nacional, que dificultó la implementación y complementación en el desarrollo de proyectos y programas. En síntesis, no estaban dadas las mejores condiciones para dar a luz a un dispositivo psico-socio-sanitario tan sensible como el que nos ocupa.

De todas maneras se planificó y se está logrando adecuadamente que el centro, además de asistir en esta localidad, sea centro de referencia para las demás localidades de la provincia; trabajando a la vez, en la generación de recursos varios para su desarrollo autónomo al respecto. En reiteradas oportunidades, ante emergentes críticos, se ha establecido contacto periódico -de supervisión por ejemplo- vía skype o telefónica.

Cuenta, además, con un sistema de asistencia vincular y grupal, con una guardia pasiva que articula con el Hospital Regional de Río Gallegos (Nivel VIII) y, especialmente, con el Servicio de Salud Mental y el de Tratamiento de las Adicciones.

Ante situaciones de crisis, en otras localidades de la provincia, parte del equipo se traslada a la localidad correspondiente, orienta a los equipos de salud e implementa el abordaje socio-comunitario en conjunto con el equipo de salud del hospital correspondiente, capacitando y supervisando sus acciones, de acuerdo al siguiente flujograma, acordado intersectorialmente durante el desarrollo del Plan Piloto.

Las funciones de desarrollo para cumplir con el diseño proyectado se articulan en 4 áreas, hoy sostenidas, en forma permanente, por 10 profesionales: cinco psicólogas, dos trabajadoras sociales, una psicopedagoga, una técnica en psicopedagogía social y un acompañante terapéutico:

- Intervención en Crisis:

- Individuales y colectivas

- Primera etapa: 30 días

- Segunda etapa: 60 a 90 días

- Abordajes: individuales con su entorno, familiares, grupales, institucionales y sociales.

- Rehabilitación psicosocial:

- Talleres artísticos, deportivos, con orientación laboral

- Operadores internos y externos

- Capacitación y Formación:

- Equipo del centro/programa

- Equipos de la provincia

- Equipos externos a la provincia de Santa Cruz

- Prevención Comunitaria e Institucional

- Programa transversal de Prevención y Orientación

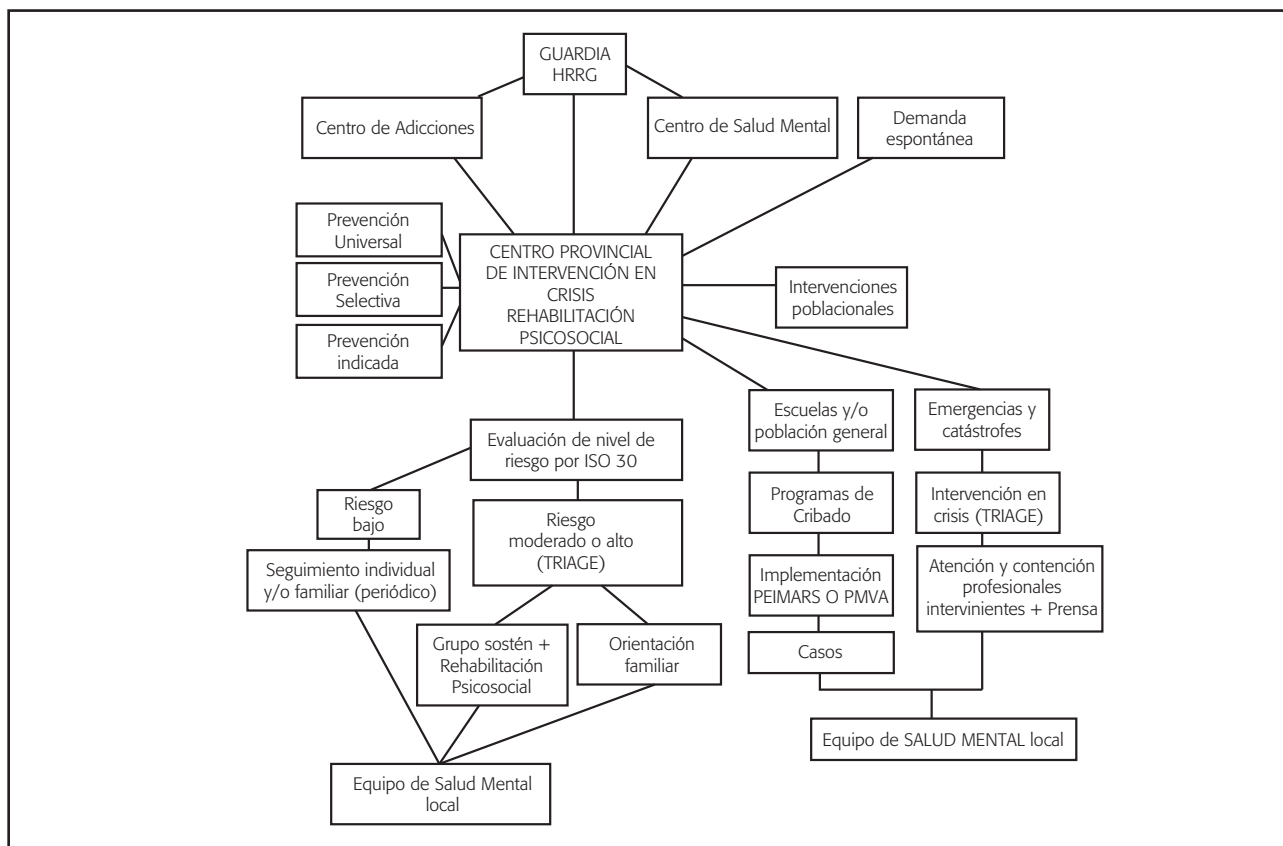
- Evaluación de Grupos Críticos

- Talleres psicoeducativos y de autocuidado en escuelas

- Detección temprana (programas escolares extra curriculares y otros espacios comunitarios)



**Figura 4.** Flujoograma acordado intersectorialmente durante el Plan Piloto que rige el espectro de las actividades realizadas actualmente por el CICr.



Los perfiles requeridos y en los que son formados los integrantes del equipo, adaptados a sus profesiones de origen son:

- Perfil técnico:

- Manejo de técnicas de evaluación
- Intervención en emergencia
- Conducción de procesos grupales (pacientes, familias, asambleas, etc.)
- Aptitudes para la capacitación de otros profesionales y sectores comunitarios en general
- Orientación de la tarea hacia la investigación/acción

- Perfil actitudinal

- Interés en la tarea
- Dispuesto/a a un alto nivel de compromiso profesional
- Capacidad y deseo de aprender y formarse en la disciplina
- Disponibilidad para trabajar en terreno tanto en Río Gallegos como en el interior de la provincia
- Buena capacidad de trabajo en equipo

Los criterios de ingreso de los usuarios al dispositivo de crisis se basan en una evaluación cuantitativa por el Inventario de Orientación Suicida (ISO 30) (6, 7) y un mapeo sociodemográfico de la persona en crisis, su familia y entorno, en cortes sincrónico y diacrónico (8).

Los usuarios para ser aceptados en los grupos de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial del programa

provincial deben estar eutímicos y estabilizados al momento de su ingreso.

Las actividades indicadas de manera intensiva durante el período amplio de Intervención en Crisis consisten en la participación de 2 reuniones semanales de Grupos Sostén, Grupo Psicoeducativo para Adolescentes (si pertenece a ese grupo etario), Entrevistas Vinculares con la familia y/o referentes afectivos de su vida cotidiana y participación en la Reunión Multifamiliar que se realiza 1 vez por semana, única actividad abierta para toda la comunidad. Para entrar al dispositivo del CICr tiene que haber obtenido puntaje de Riesgo Alto o Moderado y/o manifestar ideación suicida persistente con alto potencial en la evaluación cualitativa.

La evaluación de riesgo se aplica a todo el grupo familiar y/o conviviente. En su defecto y, atendiendo a las características singulares subjetivas, se implementará con todas aquellas personas que el profesional estime significativas en el entorno del paciente para evaluar su incidencia e influencia interpersonal en la configuración del cuadro autodestructivo.

Una vez determinado su nivel y potencial de riesgo, tanto cuantitativo como cualitativo, se ubica el caso (usuario y entorno significativo) en un *triage* de campo adaptado, de 4 alternativas:

- **Código rojo:** riesgo y/o potencial alto o moderado.
- **Código amarillo:** salida de la etapa aguda de la crisis y en proceso de intervención en crisis amplio.
- **Código verde:** riesgo y potencial descendido, con tra-

tamiento psicoterapéutico externo. Si bien el proceso se realiza mayoritariamente de manera ambulatoria, en esta etapa se espera haber establecido los acuerdos mínimos para una reinserción vincular funcional y orientada a un desarrollo saludable de su proyecto de vida.

- *Código celeste*: incluye a aquellos usuarios que requieren y están en proceso de una reinserción psicosocial que amerita de un acompañamiento en la búsqueda laboral y/o económica por parte del Estado, hasta que la consiguen y se instalan.

Los usuarios ubicados en código rojo son llamados por el profesional de guardia del CICr las veces que se consideren necesarias, durante el día y/o la noche, cualquier día de la semana; ellos o sus familiares pueden llamar ante una emergencia imprevista, implementando, de considerarse pertinente, una consulta presencial del grupo en crisis en el CICr, en la Guardia de Salud Mental o en la Guardia General del Hospital Regional.

El objetivo principal del *triage*, y de los planes hospitalarios de emergencia, es proveer a este limitado y seleccionado grupo de pacientes severamente traumatizados un nivel de cuidado que se aproxime lo más cerca posible al nivel óptimo de atención que reciben pacientes similares en condiciones de servicio normales (9).

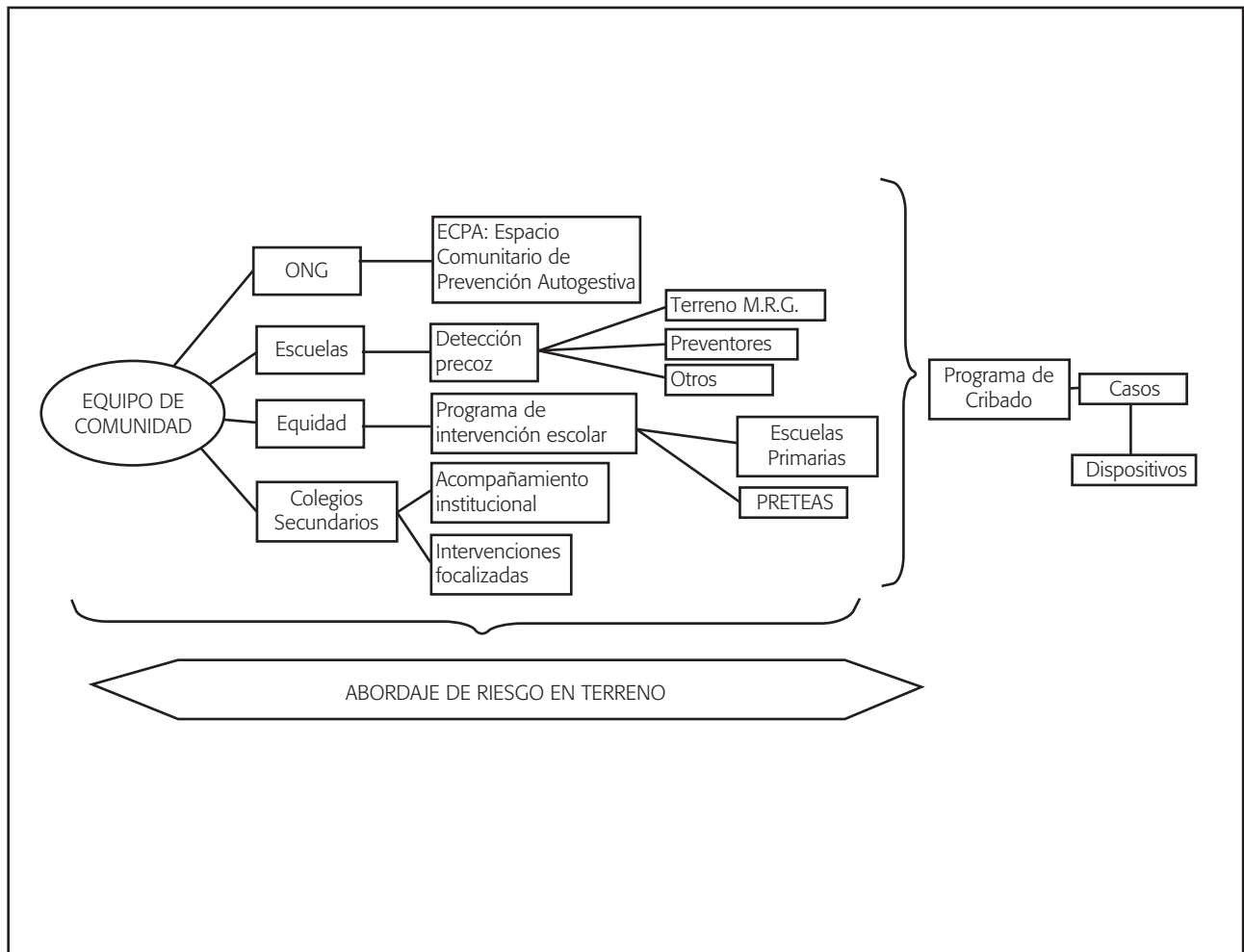
Si bien hay distintos algoritmos de aplicación del *triage* prehospitalario y hospitalario, en este caso se tomó el algoritmo *CareFlight* por ser el más rápido de realizar en el medio prehospitalario porque sus discriminantes son cualitativas y no cuantitativas (10).

Es preciso establecer que el *triage* es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los usuarios y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificarse imprevistamente.

En este diseño se realizó una translación conceptual no directa de este algoritmo, aplicada a las implicancias traumáticas de las crisis suicidas. La psicodinamia del evento y las características del dispositivo permiten abordar la evaluación cuali-cuantitativamente, con presencia familiar lo más ampliada posible y con un equipo entrenado especialmente en esta metodología de abordaje, dispuesto a implementar una cobertura asistencial y de seguimiento intensivas.

Las implicancias de este Modelo de Intervención en Crisis (11), entre otros, marcan la impronta de la resolución de los emergentes in situ, situación de la que también está imbuído el Equipo de Comunidad del CICr.

**Figura 5.** Síntesis del esquema de abordaje territorial del CICr (Río Gallegos).



Este esquema de epistemología en acción, y la premisa de la territorialidad del abordaje, requieren inevitablemente de la concepción y articulación interdisciplinaria e interinstitucional (12), dando una clara señal a la comunidad que el suicidio constituye un evento previsible, predecible y prevenible en cualquier escenario en que se presente el emergente. Si bien no resulta fácil transformar los prejuicios y preconcepciones culturales de una población y, a veces, mucho menos los de los profesionales de su sistema de salud, un instituyente avalado y sostenido por el Estado puede ser contundente y facilitador de este proceso de humanización del dolor psíquico como producto relacional y colectivo, estableciendo claramente -y sin ambivalencias- que desde ese sesgo debe ser abordado.

## Conclusiones

Si bien este dispositivo obtuvo en los 2 primeros años de su existencia 3 reconocimientos institucionales, de la OMS y de la *International Association for Suicide Prevention*, como único centro público, específico e integral del país, no estuvo ubicado en la grilla orgánica del Ministerio hasta estos últimos meses.

En estos momentos, el CICr está pasando orgánicamente a ser un servicio más del Departamento de Salud Mental del Hospital Regional de Río Gallegos, a la vez que se potencia y se proyecta el desarrollo del área de Intervención en Crisis en la Dirección Provincial de Salud Mental, a nivel central, generando la posibilidad de extender a los otros 13 hospitales de la provincia los parámetros de capacitación e intervención que se aplicaron en el dispositivo de la ciudad capital.

Otra de las conclusiones que deja esta experiencia desarrollada hasta el momento, es la ratificación de que esta problemática debe ser abordada en equipo y no por profesionales individuales. Este equipo debe tener una interlocución permanente, lo mismo que su esquema de capacitación y su acción incesante de instrumentos institucionales para cuidar a los que cuidan.

Lo categórico de estas afirmaciones surgen de un resultado proveniente de la comprobación de que al haber pasado por este CICr aproximadamente 1800 usuarios y familiares, sin contar los abordajes en terreno del equipo de comunidad, estando todos vinculados a un emergente de alto y/o moderado riesgo suicida, en todo este tiempo no se ha registrado ningún suicidio consumado entre los consultantes.

A pesar de los recaudos tomados con los profesionales del equipo, altamente entrenados, habrá que encontrar la manera, en lo sucesivo, de minimizar las variables productoras de condiciones de *burnout* que empiezan a manifestarse con el transcurso del año calendario. La mayor cantidad de profesionales, con una mayor insistencia en intercambios internos basados en la solidaridad, la escucha más atenta y diligente de los funcionarios ocupados de la gestión serían, entre otros, recursos válidos para atenuar el impacto de la inevitable exigencia de la tarea.

Queda por profundizar, en lo inmediato, el abordaje de instituciones provinciales con alto grado de emergentes en esta problemática, inclusión en la tarea preventiva de los sectores migrantes y marginalizados. Una mirada inteligente sobre el futuro tendrá que incluir planes de abordaje temprano para familias que llegan a la provincial en busca de trabajo en mineras, petroleras y esperanzadas en los nuevos proyectos energéticos hechos públicos últimamente.

En fin, si bien este balizado hacia la construcción de un camino orientado a la Suicidología Comunitaria no parece fácil, no resulta imposible, a juzgar por los resultados. Si se logran vencer las premisas de la "*ciencia tímida*", al decir de Almeida-Filho, si se respetan críticamente y se sistematizan el aprendizaje epistemológico, epidemiológico y metodológico que este avance genera, se podrá consolidar esta deconstrucción generativa, que a la luz de lo publicado hasta el momento parece ser patrimonio de la Suicidología Latinoamericana ■

## Referencias bibliográficas

- Martínez C. El abordaje comunitario de la crisis suicida en sus diferentes ámbitos de intervención. *Revista de la Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de Personalidad* Mayo 2008; 4. Disponible en: <http://www.alai-tp.com/>.
- Martínez C. Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p. 15-26.
- Martínez C. Introducción a la Suicidología. Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p. 61-81.
- Ministerio de Salud de Santa Cruz. Documento interno del Ministerio de Salud de Santa Cruz para el análisis y justificación de la creación de un Centro y/o Programa de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial.
- Universidad de Alberta. Estrategias de Prevención del Suicidio: evidencias desde revisiones sistemáticas [Internet]. Canadá. Disponible en: <http://www.ahfmr.ab.ca>.
- Hing J, kowalchuk. ISO 30 Inventory of Suicide Orientation. Minesotta: National Computer Systems; 1994.
- Casullo M, Bonaldi P, Fernandez Liporace M. Comportamientos suicidas adolescentes. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2006. p. 87-129.
- Martínez C. Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p. 28-31.
- Martínez R. Guía para manejo de urgencias. Capítulo II: Triage de campo [Internet]. Bogotá. Disponible en: [http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/prehospitalario/Triage\\_de\\_campo.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/prehospitalario/Triage_de_campo.pdf).
- Garner A, Lee A, Harrison K, Schultz C. Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms. *Ann Emerg Med* 2001; 38: 541-548.
- Slaikeu, K. Intervención en Crisis. Manual para práctica e Investigación. México: El Manual Moderno; 1999. p. 103-216.
- Martínez C. Suicide Prevention in Argentina. In: Wasserman D, Wasserman C. Oxford Textbook of Suicidology and suicide prevention. A global perspective. Oxford: Oxford University Press. 2009. p. 839-840.

# Pacientes hospitalizadas por ideación e intento de suicidio en un Hospital de Salud Mental: características clínico-demográficas y seguimiento a seis meses

## Germán Leandro Teti

*Médico especialista en Psiquiatría.  
Becario de Investigación, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".  
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.  
Equipo DBT, Fundación Foro*

## Federico Rebok

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.  
Jefe de Servicio, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".  
Profesor Adjunto, Cátedra de Urgencias Psiquiátricas, Carrera de especialista en Psiquiatría, Facultad de Medicina, USAL.  
Jefe de Trabajos Prácticos, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.  
Investigador Asociado, Carrera del Investigador, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.*

## Leandro Nicolás Grendas

*Médico. Jefe de residentes de Psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez".  
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.*

## Demián Rodante

*Médico. Residencia de Psiquiatría, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".  
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.*

## Agustina Fógola

*Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, UBA.  
Asistente de Investigación, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.*

## Federico Manuel Daray

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.  
Consultorios Externos, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".  
Jefe de Trabajos Prácticos, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.  
Doctor de la UBA, Área Farmacología, Facultad de Medicina.  
Investigador Asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: fdaray@hotmail.com*

## Introducción

El suicidio es un problema de alto impacto para la salud pública. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la tasa de mortalidad global por suicidio es de 16 por cada 100.000 personas, que cada año se suicidan aproximadamente 1 millón de personas en el mundo y que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% (1).

En la Argentina, el suicidio también es un problema de alta relevancia. Según los últimos datos disponibles del Ministerio de Salud de la Nación, mueren 3123 personas por año por suicidio y la tasa de suicidio es de 7.6 cada 100000 habitantes (2). En comparación con otras causas de mortalidad, el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario comprendido entre los 15 y los 24 años, la tercera causa de muerte entre 24 y los 35 años y se mantiene dentro de las 10 primeras causas de muerte en ambos sexos hasta los 64 años (3).

Estos datos sólo reflejan una parte del problema, ya que se estima que el número de intentos de suicidio es aproximadamente unas 10-20 veces superior a los suicidios consumados (1). Esto muestra que una correcta evaluación y tratamiento de los pacientes con intento de suicidio es un factor clave para evitar tanto reinternaciones como suicidios consumados. Para poder diseñar estrategias en ese sentido debemos contar con

datos epidemiológicos acerca de estos pacientes a nivel local.

En la Argentina, son pocos los estudios publicados sobre suicidio y conducta suicida. Además de las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud de la Nación y de algunas publicaciones en poblaciones infantojuveniles (2, 4, 5) no contamos con información suficiente en pacientes adultos con conducta suicida que sea útil para planificar estrategias adecuadas.

El presente estudio pretende brindar información en este sentido, teniendo como objetivo determinar el porcentaje de internaciones motivadas por intento o ideación suicida en un Hospital de Salud Mental, describir las características clínico-demográficas de estas pacientes y analizar la frecuencia de eventos desfavorables en el seguimiento a 6 meses.

## Métodos

### Diseño del estudio

El estudio original, del que se obtienen los datos aquí presentados, es un estudio analítico, observacional, de cohorte prospectivo con seguimiento a 2 años que se está llevando a cabo en el Servicio de Guardia del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" diseñado para determinar los factores de riesgo de suicidio o intento de suicidio.

## Resumen

**Introducción:** El suicidio es un problema de alto impacto para la salud pública. En la Argentina son pocos los estudios publicados sobre suicidio e intento de suicidio. **Objetivo:** Determinar el porcentaje de internaciones motivadas por intento o ideación suicida en un Hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, describir las características clínico-demográficas de estas pacientes y analizar la frecuencia de eventos desfavorables en el seguimiento a 6 meses. **Métodos:** En el presente estudio se emplean los datos basales y de seguimiento de un estudio analítico, observacional, de cohorte prospectivo. **Resultados:** Los datos basales muestran que de la totalidad de pacientes que ingresaron al Servicio de Guardia, el 27% lo hizo por ideación o intento de suicidio. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno límite de la personalidad (41%), trastorno depresivo mayor (38%), trastorno bipolar (20%) y esquizofrenia (16%). El método utilizado con más frecuencia en el intento de suicidio fue la sobredosis medicamentosa. En la mitad de las pacientes, el proceso suicida se desarrolló en menos de 10 minutos. Los datos del seguimiento muestran que el 22% de las pacientes presentó un nuevo intento de suicidio y el 34% tuvo una reinternación a 6 meses. **Conclusiones:** En conjunto, estos resultados describen las características de las pacientes suicidas asistidas en un Hospital de Salud Mental, muestran la baja eficacia de las intervenciones y plantean la necesidad de diseñar nuevas estrategias para el manejo de las mismas.

**Palabras claves:** Proceso suicida - Letalidad - Reinternaciones.

PATIENTS HOSPITALIZED FOR SUICIDAL IDEATION AND SUICIDE ATTEMPT IN A MENTAL HEALTH HOSPITAL: CLINICO-DEMOGRAPHICAL FEATURES AND 6-MONTH FOLLOW-UP

## Abstract

**Background:** Suicide is an issue of high public health impact. In Argentina there are few published studies on suicide and suicide attempt. **Objective:** To determine the percentage of hospitalizations caused by suicidal attempt or suicidal ideation in a Mental Health Hospital of the City of Buenos Aires, describe the clinical and demographic characteristics of these patients and to analyze the frequency of adverse events at a 6-month follow-up. **Methods:** In the present study, baseline and follow-up data of an analytical, observational, prospective cohort study are used. **Results:** Baseline data show that of all patients who entered the Emergency Department, 27% did so for ideation or suicide attempt. The most frequent diagnoses were: borderline personality disorder (41%), major depressive disorder (38%), bipolar disorder (20%) and schizophrenia (16%). The method most commonly used during the suicide attempt was drug poisoning. In half of the patients, the suicidal process was developed in less than 10 minutes. Monitoring data show that 22% of patients had a new attempted suicide and 34% had a readmission in a 6-month period. **Conclusions:** Together, these results describe the characteristics of suicide patients admitted to a Mental Health Hospital and show the low efficacy of interventions and the need to devise new strategies for the management of suicidal patients.

**Key words:** Suicidal process - Lethality - Readmissions.

El mismo consta de dos etapas. En la primera, dos psiquiatras entrevistaron a las pacientes internadas por ideación o intento de suicidio para recolectar los datos clínico-demográficos basales y aplicar una serie de escalas. En la segunda, obtuvieron los datos del seguimiento de los pacientes, telefónicamente, cada 6 meses durante el período de seguimiento de 2 años.

En el presente reporte se emplean los datos basales y del primer seguimiento (6 meses) de las pacientes incluidas en dicho estudio.

El Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" es un Hospital de Salud Mental ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que presta atención a pacientes de sexo femenino, entre 18 y 65 años.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" y todas las pacientes que participaron dieron su consentimiento informado por escrito.

### *Población*

Se entrevistó a todas las pacientes hospitalizadas en forma consecutiva en el Servicio de Guardia del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" durante el período comprendido entre agosto de 2012 y febrero de 2014 (19 meses).

Aquellas pacientes que ingresaron por ideación o intento de suicidio fueron evaluadas por el equipo de investigación. Se definió ideación suicida como cualquier expresión del pensamiento de quitarse la vida e intento de suicidio como la conducta potencialmente autolesiva con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene la intención de matarse (6).

La evaluación inicial consistió en determinar si las pacientes cumplían con los criterios de inclusión: a) edad mayor o igual a 18 años y menor o igual a 65 años; b) ingreso al Hospital por ideación o intento de suicidio; c) brindar el consentimiento por escrito para participar del estudio. Se excluyeron las pacientes que: a) no se encontraban en condiciones de responder de forma autónoma (ya sea por los efectos sedativos de la medicación o por problemas de idioma); b) eran rápidamente derivadas a otra institución; c) pacientes cuya ocupación estaba relacionada con la salud mental.

Las pacientes que cumplían con estos criterios eran elegibles para la recolección de los datos clínicos-demográficos basales y la aplicación de las de escalas.

### *Medidas*

En el análisis basal se aplicó un cuestionario semiestructurado con variables demográficas y clínicas, las escalas diagnósticas Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Escala Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) y Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo Suicida (C-SSRS).

Por otra parte, se evaluó la duración del proceso suicida: éste se definió como el tiempo transcurrido entre el

primer pensamiento actual y el intento de suicidio (7). Para su evaluación se emplearon las categorías de tiempo definidas por Deisenhammer y cols. (7).

También se aplicaron la Escala de Desesperanza de Beck (HS), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), la Escala de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI), la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE), la Escala de Hamilton para Depresión (HDRS), la Escala SF-12 para Calidad de Vida y la Escala de Adaptación Social, pero los resultados no se muestran en el presente estudio, ya que estos datos fueron tomados para evaluar estas variables como factores de riesgo de suicidio e intento de suicidio.

El seguimiento fue protocolizado tal como se describe a continuación. Dos entrevistadores entrenados contactaron telefónicamente a la paciente una vez cumplido el tiempo de seguimiento; si no era posible comunicarse con ella, se intentaba en días y horarios alternativos durante una semana. Si no se lograba la comunicación, se llamaba a los dos contactos de referencia que la paciente había brindado al ingreso. Si tampoco era posible la comunicación con los contactos, se intentaba a través del correo electrónico de la paciente. Cuando estas tres instancias fallaban se declaraba como "pérdida en el seguimiento".

En el caso de que se pudiera establecer la comunicación con la paciente o con alguno de sus contactos, el entrevistador indagó si en el transcurso del período de seguimiento la paciente había presentado o no un evento desfavorable (ED). Se definió al evento desfavorable como la presencia de nuevos intentos de suicidio, hospitalizaciones o suicidios consumados. En caso de que la paciente hubiese tenido un nuevo intento, se estableció el grado de letalidad del mismo empleando la C-SSRS. También se indagó sobre la continuidad o no de tratamiento tanto psicoterapéutico como psicofarmacológico (registrando además el tipo de fármaco que estaba recibiendo).

### *Análisis estadístico de los datos*

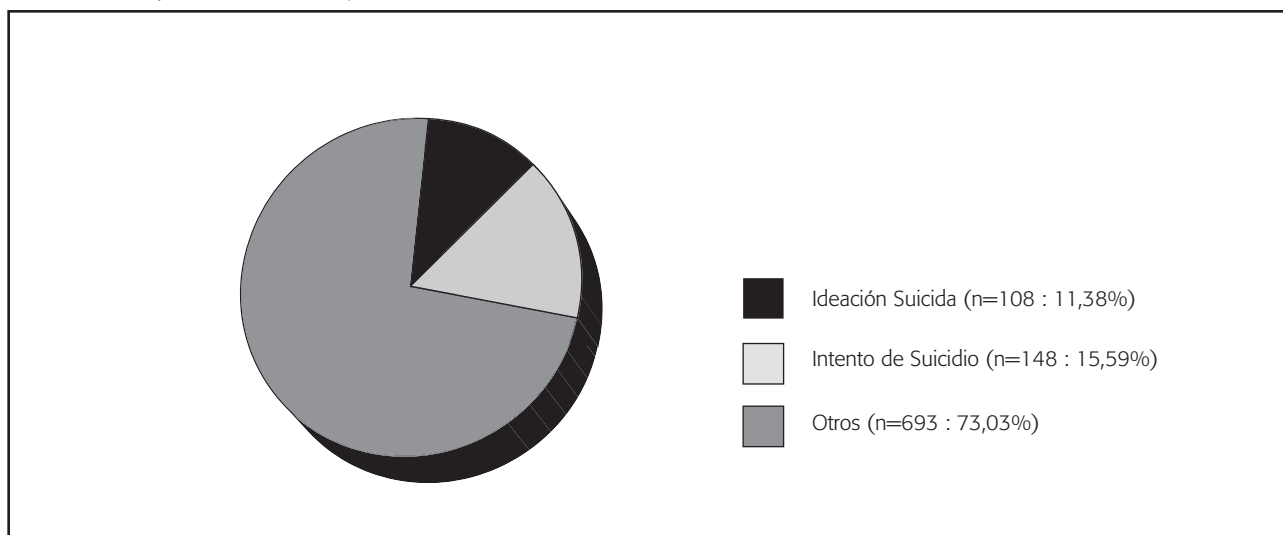
Las medidas categóricas se presentan como frecuencia o porcentaje; las medidas continuas se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar (DE) cuando la distribución fue normal, mientras que cuando la distribución no fue normal se expresaron como mediana con su respectivo intervalo intercuartílico. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software STATA 11.0.

## **Resultados**

Un total de 949 pacientes fueron hospitalizadas durante el período del estudio. De estas, 108 pacientes (11%) ingresaron por ideación suicida, 148 (16%) por intento de suicidio y 693 (73%) por otras causas (ver Figura 1).

Las 256 pacientes que ingresaron por ideación o intento de suicidio fueron evaluadas para su participación en el estudio. De estas, 25 fueron excluidas por no

**Figura 1.** Porcentaje de internaciones motivadas por intento o ideación suicida en la guardia del Hospital «Dr. Braulio A. Moyano» durante el período en estudio (n=949).

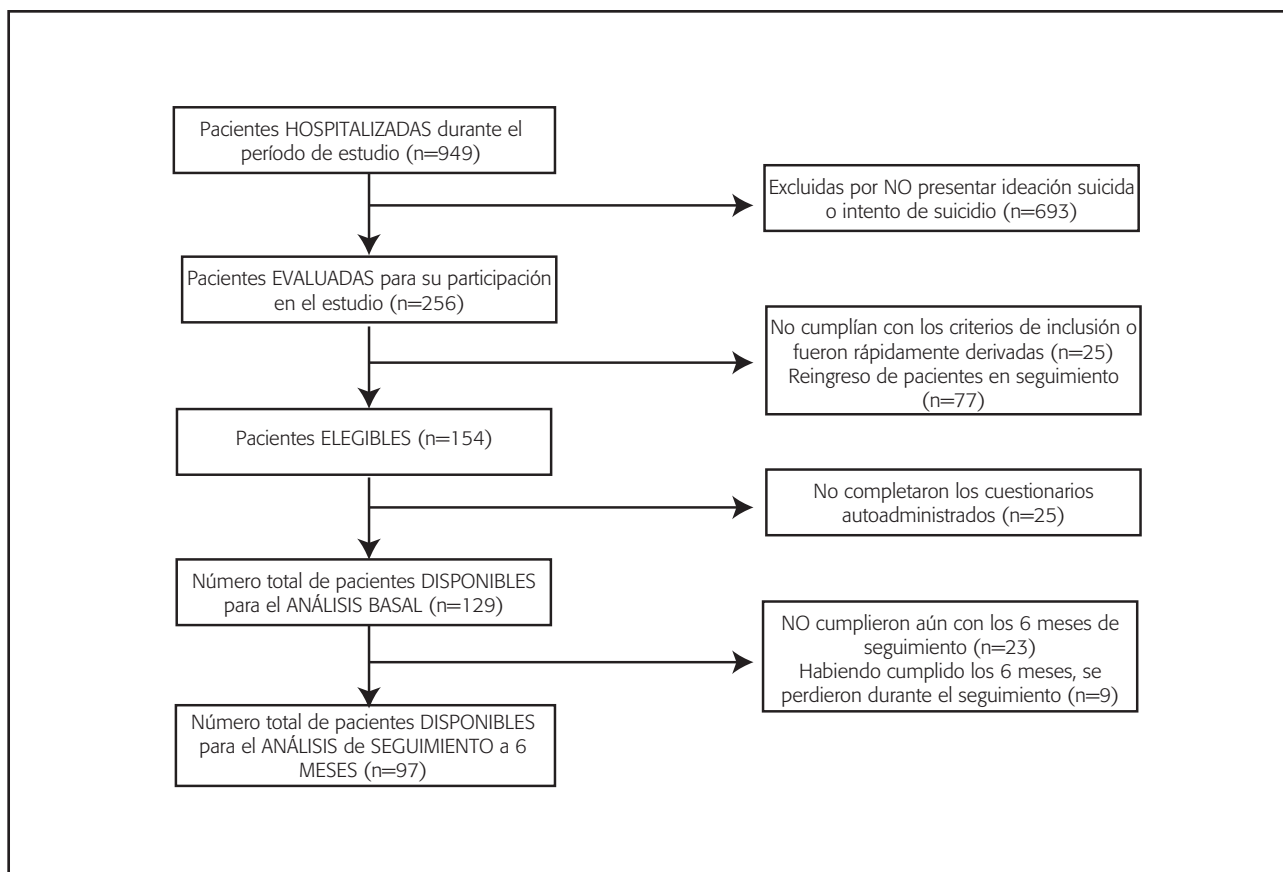


cumplir con los criterios de inclusión o por haber sido rápidamente derivadas a otras instituciones; y 77 fueron excluidas por constituir reingresos hospitalarios de pacientes que ya habían sido evaluadas y estaban en seguimiento. Del total de 154 pacientes elegibles, 25 fueron excluidas por no completar la totalidad de los cuestionarios. El número total de pacientes disponibles para el análisis basal fue de 129 (ver Figura 2).

De las pacientes incluidas en el análisis basal (n=129), 26 no habían cumplido los 6 meses de seguimiento al momento en que fue redactado este manuscrito, y un total de 9 pacientes fueron pérdidas durante el seguimiento. Por esto, el número total de pacientes incluidas para el análisis de seguimiento a los 6 meses fue de 97 (ver Figura 2).

En la Tabla 1 se describen las características clínico-demográficas de las pacientes incluidas en el estudio,

**Figura 2.** Flujo de las pacientes incluidas en el estudio.



entre las que destacan: edad promedio de 37 años, 11 años de escolaridad y 70% de desocupación. Dos tercios de las pacientes habían sido víctimas de abuso físico y la mitad de ellas, de abuso sexual. Casi la mitad presen-

taban un antecedente familiar de intento de suicidio y una de cada cuatro pacientes, antecedente familiar de suicidio consumado.

**Tabla 1.** Características clínico-demográficas de las pacientes incluidas en estudio (n=129).

<b>VARIABLES</b>	
Edad, media (DE)	37.31 (11.98)
Casado - Concubinato, N (%)	42 (32.56)
Años de escolaridad, media (DE)	10.95 (3.21)
Trabaja, N (%)	39 (30.23)
Práctica religiosa, N (%)	54 (41.86)
Antecedente de abuso físico, N (%)	81 (62.79)
Antecedente de abuso sexual, N (%)	65 (50.39)
Antecedente familiar de IS, N (%)	58 (44.96)
Antecedente familiar de S, N (%)	35 (27.13)

DE: desvío estándar; IS: intento de suicidio; S: suicidio consumado.

En la Tabla 2 se describen los diagnósticos psiquiátricos realizados a las pacientes incluidas en el estudio. Entre los diagnósticos del Eje I destacan el trastorno depresivo mayor (38%), el trastorno bipolar (20%), la esquizofrenia (16%), el trastorno por abuso de sustan-

cias (10%) y el trastorno por estrés postraumático (5%). El 47% de las pacientes incluidas presentaron algún diagnóstico del Eje II; de éstas, el 90% cumplieron criterios diagnósticos para trastorno límite de la personalidad.

**Tabla 2.** Diagnóstico psiquiátrico de las pacientes incluidas en el estudio (n=129).

<b>DIAGNÓSTICO</b>	
<b>Eje I</b>	
Trastorno depresivo mayor, N (%)	49 (37.98)
Trastorno bipolar, N (%)	25 (19.38)
Esquizofrenia, N (%)	21 (16.28)
Trastorno por abuso de sustancias, N (%)	12 (9.30)
Trastorno de estrés postraumático, N (%)	7 (5.43)
Otro, N (%)	15 (11.63)
<b>Eje II</b>	
Trastorno límite de la personalidad, N (%)	53 (41.09)
Otros, N (%)	8 (6.20)

Entre las pacientes que realizaron un intento de suicidio (n=93), la edad promedio al primer intento fue de 25 años, con una mediana de dos intentos previos y una hospitalización previa. El 82% había presentado al menos un intento de suicidio y el 69% tenía el antecedente de al menos una hospitalización. Más del 70% de las pacientes habían presentado, en el episodio índice,

un intento de letalidad médica igual o mayor a grado 2 (ver Tabla 3).

Entre los métodos utilizados en el intento de suicidio, destaca la sobreingesta medicamentosa (más de la mitad de las pacientes), seguida por la combinación de sobreingesta y corte (16%), el corte (14%) y el ahorcamiento (5%) (ver Tabla 4).



**Tabla 3.** Aspectos relevantes sobre la conducta suicida en pacientes con intento de suicidio (n=93).

Variables	
Edad del primer intento de suicidio, media (DE)	25.54 (14.23)
Número de intentos de suicidio previos, mediana (25-75)	2 (1-4)
Número de hospitalizaciones previas, mediana (25-75)	1 (0-3)
Pacientes con al menos un intento de suicidio previo, N (%)	76 (82%)
Pacientes con al menos una internación previa, N (%)	64 (69%)
Letalidad médica del episodio que motivó su internación:	
- Grado 0: ninguna lesión física o lesiones muy pequeñas	7 (7.53)
- Grado 1: lesiones físicas menores	23 (24.73)
- Grado 2: lesiones moderadas, requiere atención médica	41 (44.09)
- Grado 3: lesiones moderadamente graves, requiere internación	15 (16.13)
- Grado 4: lesiones graves, requiere cuidados intensivos	7 (7.53)

DE: desvío estándar.

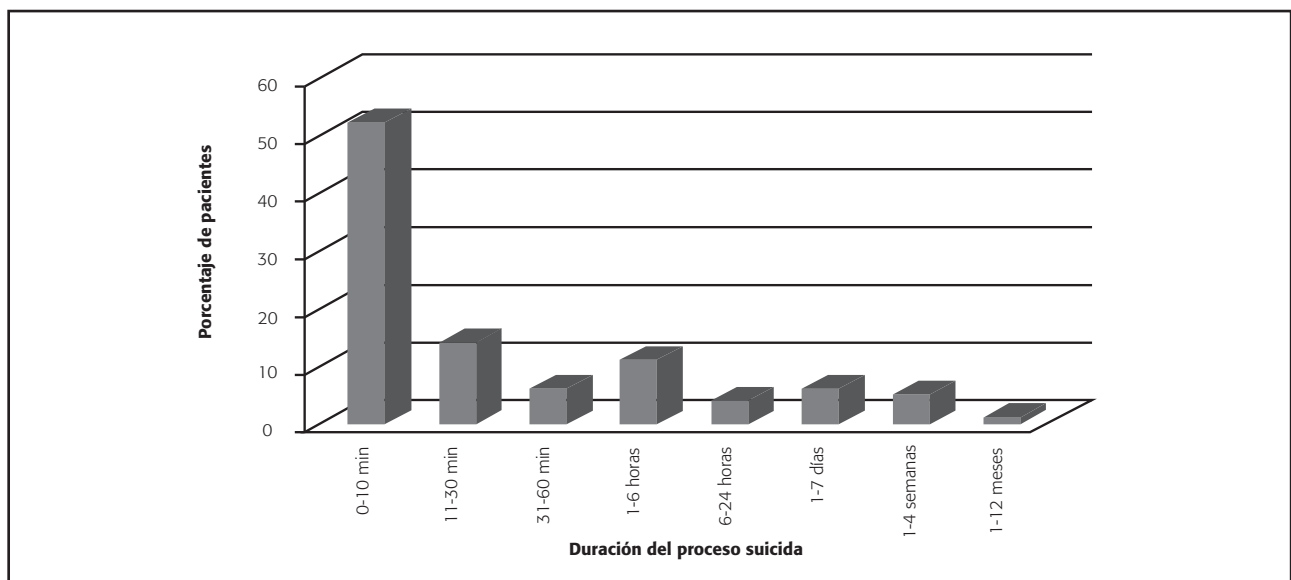
**Tabla 4.** Método empleado en el intento de suicidio (n=93).

Método	N (%)
Sobreingesta	50 (53.76)
Sobreingesta + corte	16 (17.20)
Corte	13 (13.98)
Ahorcamiento	5 (5.38)
Otros	9 (9.68)

La Figura 3 grafica la duración del proceso suicida en las pacientes que realizaron un intento de suicidio (n=93). En la mitad de ellas, el proceso suicida se desarrolló con una duración menor o igual a 10 minutos;

frente a un 14% que lo desarrolló en un intervalo comprendido entre los 11 y los 30 minutos y un 11% que lo hizo habiendo transcurrido entre 1 y 6 horas de la idea (ver Figura 3).

**Figura 3.** Duración del proceso suicida en pacientes internadas por intento de suicidio (n=93).

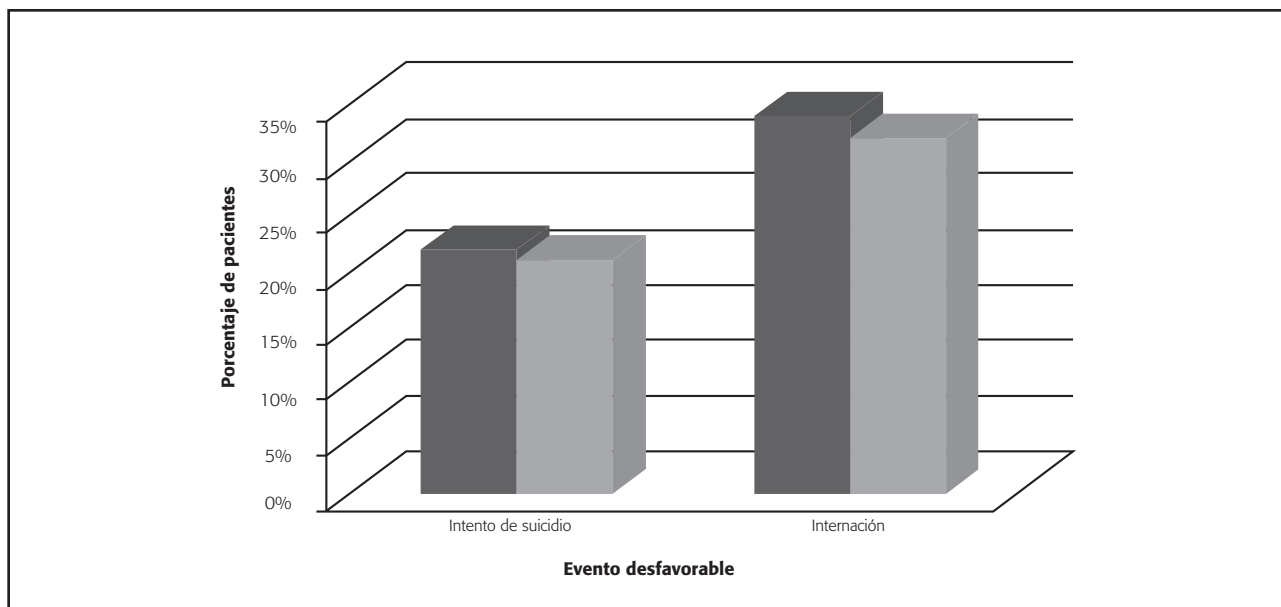


Porcentaje de pacientes incluidos en cada una de las categorías de duración del proceso suicida (período de tiempo transcurrido entre el primer pensamiento y el intento de suicidio): intervalo de 0-10 min (48 pacientes, 52%), intervalo de 11-30 min (13 pacientes, 14%); intervalo de 31-60 min (6 pacientes, 6%), intervalo de 1-6 horas (10 pacientes, 11%), intervalo de 6-24 horas (4 pacientes, 4%), intervalo de 1-7 días (6 pacientes, 6%), intervalo de 1-4 semanas (5 pacientes, 5%) e intervalo de 1-12 meses (1 paciente, 1%).

En la Figura 4 se incluyen los datos de las pacientes hospitalizadas por ideación o intento de suicidio (n=97) que han cumplido con el seguimiento a 6 meses. La incidencia acumulada de eventos desfavorables durante este período fue del 39 % (n=38). Dentro de los eventos desfavorables, 21 pacientes (22%) presentaron un nuevo

intento de suicidio y 33 pacientes (34%) tuvieron una reinternación. Ninguna paciente consumó el suicidio durante dicho lapso; tampoco se registraron fallecimientos por motivos distintos del suicidio. En el 95% de los casos de eventos desfavorables, las pacientes estaban realizando tratamiento psiquiátrico o psicológico.

**Figura 4.** Evolución desfavorable en el seguimiento a 6 meses de las pacientes hospitalizadas por ideación o intento de suicidio (n=97)



Porcentaje de pacientes que presentaron un evento desfavorable a los 6 meses de seguimiento. Las columnas negras representan el total de pacientes en cada grupo (intento de suicidio [n=21] e internación [n=33]); las columnas grises representan el porcentaje de pacientes dentro de cada uno de estos grupos que estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico y/o psicológico al momento del evento desfavorable (95% para ambos grupos).

## Discusión

La reducción de la mortalidad por suicidio constituye un desafío para los sistemas de salud. Para poder diseñar estrategias de intervención en este sentido, es necesario contar con datos. En el presente trabajo se presentan parte de los datos obtenidos de un estudio que está actualmente en curso. Éstos muestran que 1 de cada 4 pacientes internadas en un Hospital público de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, son admitidas por ideación o intento de suicidio, reflejando el impacto que estos motivos de internación tienen para el sistema de salud. Si bien en el medio local son escasos los datos publicados contra los que se puedan comparar estos resultados, algunos reportes de la Provincia de Buenos Aires (Hospital Evita de Lanús), coinciden con que, aproximadamente, el 30% de las internaciones se deben a ideación e intento de suicidio (8). Sin embargo, estos valores se encuentran muy por debajo de los reportados en el sistema privado de salud de la Ciudad de Buenos Aires, que muestran que el 63% de los pacientes son internados por estos motivos (9). Probablemente, esta diferencia se deba a que la muestra de pacientes del presente trabajo incluye un mayor número de pacientes internadas por descompensaciones psicóticas, por tras-

torno por abuso de sustancias (que en el mencionado trabajo no están incluidas) y excluye las internaciones por autolesión sin intencionalidad suicida (esto se debe a que consideramos que estas pacientes comprenden una población con características clínicas distintas). En comparación con reportes de otros países, el porcentaje de internación por ideación e intento de suicidio son similares a los reportados en el presente estudio (10).

En la población general, la ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio (11). Un estudio realizado en 17 países con más de 8000 individuos mostró que la prevalencia a lo largo de la vida de ideación suicida es de 9.2% y de conducta suicida es de 2.7% (12). La relación entre ambas se reduce cuando se evalúa su prevalencia en población ambulatoria de pacientes psiquiátricos y más aún cuando pasamos al ámbito de internación hospitalaria (13). Por esto, es de esperar la relación que encontramos entre las internaciones por ideación suicida (11%) y las internaciones por intento de suicidio (16%), sobre todo si tenemos en cuenta de que muchos pacientes con ideación suicida son tratados en forma ambulatoria; mientras que, en general los pacientes con intento de suicidio son internados.

Las características demográficas de las pacientes incluidas en el estudio muestran ciertas particularidades

que obedecen a la sede en la que fue realizado el trabajo. El Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" es un efector monovalente que presta atención a mujeres entre 18 y 65 años. La mayoría de estas carece de cobertura de salud y viven en condiciones socioeconómicas desfavorables. Por esto, la totalidad de la muestra corresponde al género femenino, la mayoría de las pacientes carecen de empleo y no alcanzan a completar el nivel secundario completo. Un dato a destacar es que la mitad de las pacientes presentan antecedentes de abuso sexual y físico, proporción que es esperable si tenemos en cuenta la asociación entre abuso físico y sexual y conducta suicida reportada en la bibliografía (14, 15). Otro dato a tener en cuenta es que casi la mitad de las pacientes tienen antecedentes familiares de intento de suicidio y, un cuarto, antecedentes de suicidio consumado, lo que resalta la importancia de los antecedentes heredofamiliares en la conducta suicida de sus descendientes, aspecto que también ha sido observado en numerosos estudios (16, 17).

Empleando el método de autopsias psicológicas, se ha demostrado que el 90% de los suicidios se producen en personas que padecen algún trastorno psiquiátrico (18, 19). De estos, el trastorno depresivo mayor es el que se ha asociado con mayor frecuencia tanto con el suicidio como con la conducta suicida (20, 22). En el presente trabajo, el trastorno depresivo mayor es el diagnóstico que se observa con mayor frecuencia seguido por el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Con respecto al diagnóstico en el Eje II, el más destacado es el de trastorno límite de la personalidad (TLP). Éste se presenta en el 40% de la totalidad de las pacientes incluidas en el estudio y representa el 90% de los diagnósticos en el Eje II. Este alto porcentaje de pacientes con diagnóstico de TLP es similar al descrito en estudios con escenarios clínicos similares, en particular, cuando se estratifica por género (23, 24). El hecho de que el TLP se asocie con alta frecuencia a conducta suicida (es uno de sus criterios diagnósticos) y que sea más frecuente en mujeres que en hombres (25) podría explicar el alto porcentaje encontrado en el presente estudio.

Los resultados muestran que la edad promedio de las pacientes al primer intento de suicidio fue de 25 años, y que las mismas presentaron una mediana de dos intentos y una hospitalización previa. En relación con la letalidad del episodio índice, más del 70% de las pacientes presentó una letalidad igual o mayor a 2 en la C-SSRS, puntajes en los que se incluyen los intentos de suicidio asociados a lesiones físicas moderadas o graves que requieren atención o internación médica. Estas características se explicarían por la gravedad de las pacientes que recibe el Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" y por el hecho de que, si bien en nuestro medio es frecuente que los pacientes roten por diferentes efectores del sistema de salud, una vez que llegan a dicho hospital, las sucesivas crisis suicidas son referidas casi siempre a la institución.

Según los datos del Ministerio de Salud de la Nación, el principal mecanismo empleado en las lesiones autoinfligidas es el envenenamiento o intoxicación, siendo su frecuencia del 56% (2). Este dato coincide con el reportado en el presente trabajo (54%) y con lo descrito en

numerosos estudios de países occidentales (26). La elección del método se relaciona, entre otras cosas, con la disponibilidad dada por la fácil accesibilidad (19, 27).

El suicidio es un fenómeno difícil de predecir; por esto, uno de los mayores desafíos es identificar predictores clínicos de mal desenlace en pacientes que tienen intento de suicidio. En este sentido, uno de los predictores que ha mostrado una mayor asociación con el suicidio consumado es el intento de suicidio previo (22). Se ha demostrado que aproximadamente un cuarto de los pacientes que se suicidan tienen un antecedente de conducta suicida no letal en el año previo a la consumación del acto (28). Además, de todos los predictores evaluados hasta la fecha, el intento de suicidio previo es el de mayor magnitud para predecir tanto futuras tentativas como suicidios con un valor de riesgo relativo (RR) de 16 obtenido en un metaanálisis de autopsias psicológicas (22). De esto se desprende que gran parte de las estrategias de intervención, se orienten a pacientes de alto riesgo (con ideación o intento de suicidio) para reducir la probabilidad de que estos tengan un desenlace desfavorable (un nuevo intento de suicidio o un suicidio consumado). Los resultados aquí presentados muestran que del total de las pacientes en seguimiento, el 20% presentó un nuevo intento de suicidio y el 34% se volvió a internar durante los primeros 6 meses de seguimiento (de estas internaciones, el 50% se debió a intentos de suicidio). Estos datos son similares a los encontrados en un estudio con el mismo período de seguimiento pero en población adolescente, donde el 18% realizó un nuevo intento de suicidio (29). Sin embargo, una revisión sistemática de más de 90 estudios prospectivos concluye que luego de un año de seguimiento las tasas de repetición de auto-injurias no fatales son del 15% (30), menores a los obtenidos en la presente investigación. Además, cabe agregar que el concepto de auto-injuria es más amplio que el de intento de suicidio ya que incluye conductas auto-lesivas con y sin finalidad suicida, y es por ello que la proporción de nuevos intentos de suicidio en la presente investigación es más alta de lo esperada (31).

Los resultados obtenidos muestran que el 95% de las pacientes que presentaron un evento desfavorable durante el seguimiento, se encontraban realizando algún tipo de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Si bien estos datos corresponden sólo a un efector del sistema de salud, muestran la baja efectividad de las estrategias de intervención que se emplean actualmente con estos pacientes.

Pensar en nuevas estrategias de intervención implica observar la dinámica de la conducta que queremos prevenir. En este sentido, hay estudios que plantean que existe un continuum con una transición entre ideación, planificación e intento de suicidio (32). Éstos han encontrado que uno de cada cuatro individuos con ideación suicida pasan a tener una conducta suicida y que este pasaje se realiza durante el primer año de aparición de la ideación (32). Más allá de cuántos pacientes pasen de ideación a conducta, lo importante es el tiempo en el que se produce este pasaje. En este sentido, se ha propuesto el concepto de "proceso suicida". Si bien existen

varias definiciones del mismo en la literatura, acorde a lo propuesto por Deisenhammer y cols., se definió el proceso suicida como el período de tiempo transcurrido entre el primer pensamiento actual y el intento de suicidio (7). Los resultados presentados muestran que en la mitad de las pacientes con intento de suicidio, el tiempo entre la aparición de la idea suicida correspondiente al episodio que motivó su internación y la concreción del acto, fue menor o igual a 10 minutos, lo que coincide con lo observado previamente por el mencionado autor (7). Si bien la variable tiempo es autoreportada y está sujeta a sesgos, el hecho de que en la mitad de los pacientes el tiempo que transcurre entre la ideación y el acto sea menor o igual a 10 minutos, sugiere que es necesario pensar nuevas vías para asistir a estos pacientes. Consideramos que la atención en crisis de estos pacientes tiene que estar disponible en forma rápida, con modalidades como las intervenciones telefónicas estructuradas, los mensajes de texto o a través de la web. En los últimos años se han comenzado a publicar estudios empleando estas estrategias pero los resultados son aún preliminares (33, 35).

Más allá de la vía que se emplee para intervenir, pensamos que el marco conceptual de la intervención debe estar basado en terapias que hayan demostrado eficacia para el manejo y prevención de crisis suicida; tal como la terapia dialéctico-conductual (36).

#### Limitaciones del estudio

El presente trabajo es que sólo incluye mujeres y al momento de evaluación del intento de suicidio hay importantes diferencias a nivel de género. Por otro lado, la población incluida está constituida por pacientes con alta gravedad psicopatológica y de un solo centro de atención. Por todo esto, la generalización de los resultados presentados debe realizarse con precaución ■

#### Reconocimientos

Germán Leandro Teti es beneficiario de una beca de investigación del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Federico Rebok es Investigador Asociado de la Carrera del Investigador del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Federico Manuel Daray es Investigador Asistente del CONICET.

Los autores agradecen a todo el personal del Servicio de Guardia del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" por su invaluable colaboración para llevar adelante este estudio.

#### Apoyo financiero

El presente estudio ha sido financiado por un subsidio UBACYT 2013-2016 (código 20020120300022BA, Exp-UBA 17.064/2012).

## Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Prevención del suicidio (SUPRE). 2012; Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/).
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina: algunas aproximaciones. 2008; Available from: [http://www.fepra.org.ar/docs/salud\\_mental/suicidio.pdf](http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/suicidio.pdf).
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Estadísticas Vitales. 2011; Available from: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf>.
4. Bella MF, RA. Willington, JM. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Argent Salud Pública* 2010; 1 (3): 24-9.
5. Bella ME, Acosta L, Villace B, Lopez de Neira M, Enders J, Fernandez R. Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007. *Arch Argent Pediatr* 2013 Jan-Feb; 111 (1): 16-21.
6. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996 Fall; 26 (3): 237-52.
7. Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry* 2009 Jan; 70 (1): 19-24.
8. Bortz SR, A. Gutierrez, Y. Prevalencia de trastornos mentales en internación psiquiátrica aguda y su relación con el

- fenómeno de la desocupación. Lanús 2011 [23/05/2014]; Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2011/07/poster-evita.pdf>.
9. Nemirovsky M, Guardo G, Rosenstein M, Agrest M, Tkach J, Montanelli R. Epidemiological features of admitted patients to a psychiatric unit in a Prepaid Medical Organization in Buenos Aires City. *Vertex* 2003 Dec-2004 Feb; 14 (54): 292-8.
  10. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium - general characteristics and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 Feb; 39 (2): 146-53.
  11. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005 May 25; 293 (20): 2487-95.
  12. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008 Feb; 192 (2): 98-105.
  13. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: Description and prevalence. *Am J Psychiatry* 1993 Jan; 150 (1):108-12.
  14. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 1725-36.
  15. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry* 2013 Jun; 12 (2): 149-54.
  16. Mitterauer B. A contribution to the discussion of the role of the genetic factor in suicide, based on five studies in an epidemiologically defined area (Province of Salzburg, Austria). *Compr Psychiatry* 1990 Nov-Dec; 31 (6): 557-65.
  17. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996 Dec; 53 (12): 1145-52.
  18. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003 Apr; 33 (3): 395-405.
  19. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009 Apr 18; 373 (9672): 1372-81.
  20. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993 Jun; 150 (6): 935-40.
  21. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996 Aug; 153 (8): 1001-8.
  22. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Me.* 2008 Sep; 13 (5): 243-56.
  23. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM, Brodsky BS, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2002 Oct; 159 (10): 1746-51.
  24. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007 Jan; 164 (1): 134-41.
  25. Leontieva L, Gregory R. Characteristics of patients with borderline personality disorder in a state psychiatric hospital. *J Pers Disord* 2013 Apr; 27 (2): 222-32.
  26. DeJong TM, Overholser JC, Stockmeier CA. Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010 Jul; 124 (1-2): 90-7.
  27. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-54.
  28. Owens D, House A. General hospital services for deliberate self-harm. Haphazard clinical provision, little research, no central strategy. *J R Coll Physicians Lond* 1994 Jul-Aug; 28 (4): 370-1.
  29. Yen S, Weinstock LM, Andover MS, Sheets ES, Selby EA, Spirito A. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychol Med* 2013 May; 43 (5): 983-93.
  30. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002 Sep; 181: 193-9.
  31. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2007 Jun; 37 (3): 264-77.
  32. Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *J Affect Disord* 2013 May; 147 (1-3) :205-11.
  33. Berrouguet S, Gravey M, Le Galudec M, Alavi Z, Walter M. Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study. *Psychiatry Res* 2014 Jul 30; 217 (3): 154-7.
  34. Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Tan S, et al. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis* 2013; 34 (2): 107-15.
  35. Cebria AI, Parra I, Pamias M, Escayola A, Garcia-Pares G, Punti J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord* 2013 May; 147 (1-3): 269-76.
  36. Linehan M. Cognitive - Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. London: NY editor; 1993.

# Autolesiones deliberadas. Entre la restricción y el alivio

Daniela Verónica Martínez

Lic. en Psicología (UBA); psicoanalista.  
Docente de *massuicidologia.org*  
Co-coordinadora de la Red Infancia en Movimiento.  
E-mail: *lic.dvmartinez@gmail.com*

## Introducción

El presente artículo surge a partir del trabajo realizado en torno a la investigación "Autolesiones deliberadas -DSH-. ¿Un modo restrictivo de apertura al mundo?", realizada entre 2007 y 2009, bajo la dirección de la Prof. Dra. María Lucrecia Rovaletti, para la cual se obtuvo la Beca Estímulo de la Universidad de Buenos Aires.

En dicha investigación se exploraron, desde el marco teórico de la psico(pato)logía, fenomenológica y la suicidología, las autolesiones deliberadas (*Deliberate Self Harm -DSH-*), investigando los relatos subjetivos y

reflexivos de personas con esta problemática provenientes de diversas fuentes.

En una primera instancia se esbozan los aspectos fundamentales del marco teórico suicidológico, realizando la precisión conceptual y articulación necesarias para un abordaje adecuado de la problemática autolesiva desde el enfoque de la *Fenomenología de la Corporalidad*. Luego, se desarrollan los aspectos específicos elaborados a partir de dicha articulación.

El objetivo de la investigación consistió en detectar

---

## Resumen

El presente artículo surge a partir del trabajo realizado en torno a la investigación "Autolesiones deliberadas -DSH-. ¿Un modo restrictivo de apertura al mundo?", en la cual se exploraron, desde el marco teórico de la psico(pato)logía, fenomenológica y la suicidología, las autolesiones deliberadas (*Deliberate Self Harm -DSH-*), investigando los relatos subjetivos y reflexivos de personas con esta problemática provenientes de diversas fuentes.

Se exponen algunos *patrones discursivos* que pueden ser considerados de gran utilidad tanto para la identificación, el tratamiento -o posvención-, así como la prevención de la problemática en cuestión.

A modo de anexo, se presenta el instrumento de registro epidemiológico "Encuesta de Autolesiones", confeccionada para el relevamiento de datos y planificación de acciones en intervenciones comunitarias -realizadas con adolescentes de diferentes localidades de la Argentina- junto con el equipo profesional de la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio.

**Palabras clave:** Suicidología - Autolesiones - Conductas autodestructivas - Corporalidad - Encuesta de Autolesiones.

DELIBERATE SELF HARM (DSH). BETWEEN CONSTRAINT AND RELIEF

## Abstract

This article is the product of the research work done on "Deliberate self-harm -DSH-: a constraint way to open to the world?" in which this Deliberate Self Harm was explored as from the phenomenological psychopathology and the suicidology theoretical approach, such research being done on the subjective and reflective narrations of people undergoing such problems, coming from different sources.

Some discourse patterns are exposed that may be considered of great usefulness for the identification, the treatment -or postvention-, as well as for the prevention of the problem at issue.

As an annex, a Survey of Self-harm is presented made for data collection and the planning of actions in communitarian interventions with adolescents from different places in Argentina, in conjunction with the Argentinean Professional Team of the Argentinean Association for Suicide Prevention.

**Key words:** Suicidology - Deliberate Self Harm (DSH) - Self Destructive Behaviors - Bodyliness - Self-harm Survey.

y analizar las experiencias vividas de la corporalidad y las representaciones que se han ido conformando -en los sujetos con esta problemática- a partir de la propia historia de vida, sus consecuentes modos de habitar el mundo y de relacionarse intersubjetivamente; entendiendo las autolesiones deliberadas como condensación y realización de la propia existencia.

Al finalizar la investigación se pudieron identificar algunos patrones discursivos que pueden ser considerados de gran utilidad tanto para la identificación, el tratamiento -ó posvención-, así como la prevención de la problemática en cuestión.

La investigación realizada apunta a dar lugar a futuros desarrollos preventivos que comprometan al cuerpo con lo expresivo, lo creativo y lo constructivo, como alternativa vital al proceso autodestructivo.

A modo de anexo, se presenta al final del artículo el instrumento de registro epidemiológico "*Encuesta de Autolesiones*", confeccionada -a partir de esta investigación- para el relevamiento de datos y planificación de acciones en intervenciones comunitarias realizadas con adolescentes de diferentes localidades de la Argentina junto con el equipo profesional de la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio (AAPS). En el año 2012 el Centro Provincial de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial con sede en la Ciudad de Río Gallegos, Provincia de Santa Cruz, Argentina, incluye este instrumento en los protocolos de medición para escuelas y población general.

### Suicidología: precisiones conceptuales

La suicidología estudia los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos. Se ocupa desde sus comienzos, en la década de 1970, tanto de los suicidios consumados como de los intentos, la ideación suicida y los comportamientos autodestructivos indirectos (*Indirect Self Destructive Behavior -ISDB-*).

Partiendo de la sistematización realizada por el Lic. Carlos Martínez, referente en la temática (fundador de la AAPS y del portal *massuicidologia.org*), podemos diferenciar algunos escuelas, cada una de ellas con sus particularidades.

La *Escuela Norteamericana*, la cual centra su estudio no solamente en los suicidios consumados e intentos suicidas, sino también en los comportamientos autodestructivos, gestos e ideación suicida y parasuicidios (1), haciendo especial énfasis en el abuso de sustancias (2). En Europa, la *Escuela de Oxford* centra más su atención en las autolesiones deliberadas, las automutilaciones y un conjunto de comportamientos y actitudes autodestructivas relacionadas (3).

En Latinoamérica la investigación científica y los desarrollos teóricos en esta disciplina son cada vez mayores, lo cual resulta alentador teniendo en cuenta lo que manifiesta José Bertolote, referente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto a la importancia del conocimiento de los factores socioculturales específicos de cada lugar, para el desarrollo de programas de prevención del suicidio eficaces (4).

Los desarrollos del presente artículo se enmarcan en el enfoque de la tarea suicidológica desde su compromiso con lo vital, coincidiendo con Martínez en que "*Una disciplina orientada a determinar los factores protectores apropiados para una comunidad en ese momento particular y no sólo a detectar factores de riesgo, promueve una tarea salugénica y preventiva, antes de dar lugar a los dispositivos posventivos y asistenciales*" (4).

Los suicidios y las conductas autodestructivas tienden a compartir algunos rasgos y estados, pero no otros.

Hallamos diferentes definiciones según el enfoque y la orientación de los autores, por lo tanto no existe por el momento una clasificación conceptual acordada universalmente. Aún así, pueden precisarse algunos conceptos fundamentales que nos permitirán utilizar un mismo marco desde donde poder abordar la problemática autolesiva.

Los ISDB son definidos por Farberow como "*aquellos comportamientos autoagresivos en los que no hay intención suicida ni conciencia o expectativa de suicidio*" (5). Estos comportamientos conforman un *continuum* lineal o *continuum autodestructivo* (6), aumentando el nivel de riesgo de muerte con cada repetición.

En la literatura estos comportamientos son considerados tanto síntomas, que se presentan en pacientes con diferentes cuadros psicopatológicos (depresiones mayores, trastornos *borderline* de la personalidad, trastornos de pánico y algunos trastornos esquizofrénicos), como así también se los estudia en tanto síndromes independientes (7).

Siguiendo esta línea de pensamiento, algunos autores (citados anteriormente, Favazza y Rosenthal, entre otros) adherían a que se considerase los ISDB como categoría diagnóstica independiente en la revisión del Manual DSM-IV, bajo la denominación "*Repetitive self-mutilation*" (Auto-mutilación Repetitiva), diferenciándola así de las automutilaciones que se desencadenan en otros cuadros psicopatológicos establecidos.

En las personas con ISDB prevalece el foco en el *aquí y ahora* y en la búsqueda de sensaciones de placer y/o de alivio. El daño, en estos casos, surge como una forma de defensa.

Ignorando algunos importantes matices de clasificación, estos comportamientos incluyen: el fumar excesivo, el alcoholismo, la práctica de deportes de alto riesgo, la búsqueda de situaciones estresantes, ocupaciones o trabajos peligrosos, algunos "desórdenes" alimenticios y sexuales, el incumplimiento de indicaciones médicas, el sometimiento a múltiples cirugías, las apuestas compulsivas, las enfermedades psicosomáticas, las automutilaciones, la drogadicción, la propensión o tendencia a sufrir accidentes e inclusive el exceso de trabajo crónico.

Muchos comportamientos autodestructivos *no* son manifiestos, explícitos o intencionales. La mayor parte son parciales, crónicos, de larga duración, e incluso inconscientes.

Debemos ser muy cuidadosos y no ver *todo* comportamiento humano como autodestructivo; al mismo tiempo que tampoco podemos permitirnos dejar de lado los comportamientos crónicos y acumulativos, parcialmente autodestructivos, los cuales podemos observar a diario en muchos de nosotros.

Las autolesiones sin clara decisión de suicidio, son llamados también *Parasuicidios* o *Conductas Parasuicidas*, aunque en esta denominación quedarían también incluidas las sobredosis de sustancias (no así las adicciones crónicas).

Las *Autolesiones Deliberadas* (DSH), constituyen una de las formas de Comportamientos Autodestructivos Indirectos; son definidas como alteraciones o destrucciones directas y deliberadas del cuerpo sin intención suicida conciente.

## Autolesiones deliberadas

Las DSH pueden ser extremas, aunque las más comunes, según la literatura, son los cortes en las muñecas y las quemaduras con cigarrillos en los brazos.

Maris, Berman y Silverman sostienen que la función y la meta de estos comportamientos autolesivos son tanto la *disminución de la tensión u otra afección intensa, como la disminución de la sensación de alienación o el intento de terminar con la disociación* (7).

La acción de cortarse parece tener significados especiales para muchas de las personas que se autolesionan. Cuando la persona experimenta odio, depresión, frustración, rechazo, abandono y tensión, la idea del corte en el cuerpo puede advenir y, asociada a ella, la idea de consuelo.

La experiencia de dolor varía según los casos. Algunas personas describen absoluta o relativa "analgesia". Para algunos, la experiencia va acompañada de una sensación de alivio, como si se reafirmasen en esa confirmación de la propia capacidad de tener sensaciones físicas, la cual les asegura que aún están vivos. Otros describen un sentimiento de autoconfianza (*empowerment*) cuando se sienten abrumados por el sentimiento de impotencia.

Cuando la rabia o tensión se tornan abrumadoras, hay una transición hacia un estado de despersonalización, descrito como insensible e irreal. La persona se retrae completamente y permanece absorta hasta que el corte en el cuerpo pone fin a ese estado y el individuo siente nuevamente control sobre sí (5).

Asociado a este sentimiento es recurrente el temor a "pasarse del otro lado", a traspasar cierta frontera que podría dejarlos frente a la posibilidad misma de la muerte, evidenciando así la no-intención de suicidio. Incluso en algunos casos, la conducta autolesiva se interrumpe recién al ver fluir la sangre, no sintiendo dolor físico sino posteriormente.

El alcance y profundidad de las heridas son generalmente limitados y la persona para cuando sangró lo suficiente.

Muchos de estos comportamientos se inician como mecanismos de afrontamiento y, por su repetición y resultados, algunos se vuelven habituales y hasta adictivos.

### *Autolesiones y corporalidad*

Desde el marco teórico fenomenológico, el cuerpo es la primera intencionalidad y es a través del mismo que se habita el mundo. El cuerpo es la experiencia primaria del

mundo y, tal como afirma Zaner, el ser es siempre corporalidad (8). Aún así, las personas nos movemos constantemente entre los dos polos: "tener un cuerpo" y "ser un cuerpo". Merleau Ponty afirma que éste último constituye la conciencia encarnada en cuanto ser-al-mundo (9).

La *corporalidad*, entonces, constituye una estructura permanente del ser y en tanto tal nos permite analizarlo a través de sus realizaciones.

Tomando la noción de "*cuerpo vivido*" de dicho autor podemos plantear que, en los casos de personas que se autolesionan, podríamos hablar de una corporalidad restrictiva, donde sólo a través de la autolesión es posible aliviar sentimientos intensos, expresar-se, reapropiarse del cuerpo, aún confirmar la propia existencia, para poder habitar y experimentar el mundo; quedando así, el sujeto, atrapado en el entramado del *continuum auto-destructivo*.

Tal como sostiene Merleau Ponty, es a través del cuerpo como apertura que habitamos un mundo, lo intencionamos; pero es también a través de la palabra, como uno de los usos posibles de éste, que nos expresamos y comunicamos con los otros. Cuando esta posibilidad de simbolización falla, en estos casos aparece la lesión como escritura en el cuerpo, como intento de liberación de tensión o búsqueda de sí (10).

Entonces, si como plantea el autor, la palabra no traduce un pensamiento sino que lo realiza, si la significación devora los signos, la lesión condensa y realiza el propio modo de existencia del sujeto. El cuerpo, campo de expresión y de relación, se realiza allí como un comportamiento significativo y no como una idea que se traduce en el cuerpo. El comportamiento autolesivo, deviene así *realización y expresión de la propia existencia* (10).

Los cortes surgen entonces, en determinados momentos, como un único modo de sostenerse ligado a la vida.

Las autolesiones son modos morbosos de autoayuda; es la búsqueda de liberación de ciertos pensamientos o sensaciones, no con el fin de terminar con la propia vida, sino como la única forma hallada para poder continuar con ella.

Se trataría así de una modalidad restrictiva de existencia, donde la propia experiencia de vivir se vuelve obstaculizante.

En tanto uso fallido del cuerpo, las lesiones pueden llegar hasta el daño permanente o el fin de la propia existencia, poniendo en riesgo la continuidad de la vida.

Sin embargo, no podemos dejar de mencionar que las mismas pueden ser consideradas como usos corporales temporalmente "exitosos" -o eficaces- para el individuo. Dicha afirmación, que puede resultar excesiva y poco feliz -hasta paradójica en algún punto- se sustenta en tanto viene asociada a la experiencia, en la mayoría de los casos, de una sensación de alivio del malestar, o dolor psíquico intenso, permitiendo un fluir de las emociones que conduce a una sensación de bienestar transitoria. La misma antecede a fuertes sentimientos de vergüenza y culpa. Además de permitir, en ciertos casos, el reestablecimiento del límite entre lo externo y la propia persona.



Algunos autores relacionan este paliativo con la liberación de endorfinas que inducirían a su vez a la repetición de la conducta.

El cuerpo en su ambigüedad, es el lugar del corte, del distanciamiento y la diferenciación, pero al mismo tiempo es quien posibilita el acercamiento y contacto con el otro.

Siguiendo a Le Breton, podemos pensar que el hombre en su existir pone en juego una suma de gestos eficaces y, además de las palabras, dirige hacia los otros un conjunto de rituales corporales que cuentan con la adhesión de éstos... (11) ¿No podríamos pensar, entonces, que estas lesiones (consideradas en tanto gestos suicidas), constituyen pautas comportamentales y comunicacionales aprendidas -y eficaces- que ponen en evidencia cierto "estilo" de relacionarse con el mundo y los otros, expresión de una dinámica familiar para el sujeto?

Demetrio Barcia destaca que en la propia biografía del sujeto se van configurando ciertos límites del existir, estableciéndose así conductas o tipos personales que se estabilizan como modos de ser (12). En este sentido, el otro, en tanto co-autor de la propia existencia (13), aparece facilitando, validando y tornando habituales ciertas modalidades de expresión, comunicación e interrelación subjetiva -en estos casos restrictivas-, que se realizan en forma repetitiva, obturando de esta manera otras posibilidades.

Merleau-Ponty, por su parte, considera al hábito como un saber del cuerpo, ejemplo de una "inteligencia concreta" o "inteligencia práctica", provisto de un modo de comprensión que no está centrado en la representación. De este modo, el hábito, indisociablemente corporal y espiritual -autolesivo en estos casos- reside en el cuerpo como mediador de un mundo que se torna hostil y dolorosamente insoportable.

Estas autolesiones constituyen, de este modo, un cuerpo hábito, una memoria encarnada que vuelve a actualizarse cada vez que se presentan situaciones críticas, ante las cuales surgen como (¿único?) recurso para afrontarlas, dañando y aliviando a la vez.

Precisamente en este punto caben los aportes de la Fenomenología de la Corporalidad. En tanto el sujeto es inseparable de su cuerpo, posee marcas como modos familiares de habitar el mundo y su historia de vida se halla sedimentada en su corporalidad. Es así que se van determinando qué y cómo son las cosas y, fundamentalmente, qué experiencia tenemos o podemos tener de ellas (9).

La habitualidad de las lesiones deviene así, en muchos casos, adicción, asociándose en algunos de ellos a comportamientos alcohólicos o dependientes a sustancias psicoactivas.

### **Análisis de fragmentos discursivos: conclusiones**

Tal como se dijo en la Introducción de este artículo, tras explorar, detectar y analizar los relatos subjetivos y reflexivos de personas con autolesiones deliberadas, se pudieron identificar algunos *patrones discursivos* que se espera sean de utilidad tanto para la identificación, el

tratamiento -o posvención-, así como la prevención y posibles futuros desarrollos en lo referente a la problemática autolesiva en particular.

Para la realización de dicha investigación se utilizaron muestras discursivas provenientes de diversas fuentes, tales como Actas de Grupos Sostén, Fichas de Evaluación de Riesgo AAPS -tomadas en Entrevistas de Orientación y Evaluación de Riesgo Suicida en la AAPS-, Foros en Internet y el instrumento de registro epidemiológico "*Encuesta de Autolesiones*", elaborada para tal fin (ver Anexo).

Se tomaron en cuenta las experiencias vividas de la corporalidad y las representaciones asociadas a estos eventos autolesivos, identificando aquellos patrones que dan cuenta de ciertos rasgos de esta corporalidad restrictiva.

A continuación se presentan algunas de las conclusiones elaboradas a partir de la investigación realizada.

En el material analizado se reitera el pedido de ayuda para afrontar de manera diferente (a la autolesión) situaciones de similares características, así como la manifestación de alivio al saber que existen otras personas que conviven con la misma problemática, contrarrestando de esta manera el sentimiento de locura que se expresa en algunos de los casos. A su vez, se observa la predisposición y tendencia a dar consejos a quienes se encuentran en una situación similar a la propia.

Se observa el sentimiento de vergüenza y arrepentimiento por autolesionarse y por las consecuentes cicatrices, así como su ocultamiento y el sentimiento posterior de culpabilidad. En tan sólo uno de los casos analizados aparece el orgullo por el daño y las cicatrices.

En los diversos registros, la autolesión se manifiesta como un comportamiento adictivo, en expresiones tales como "*no poder parar*" o "*no poder dejarlo*". Coincidentemente con la bibliografía, muchos se iniciarían como mecanismos de afrontamiento, donde el alivio y desahogo se logran con lesiones cada vez más profundas y severas, derivando, en algunos casos, en la consumación de intentos de suicidio (con intención de muerte).

La autolesión aparece como respuesta a un "*no poder con la vida*", asociada a la idea de "*solución*", "*alivio*", "*desahogo*", "*relajamiento*" y "*placer*"; constituyéndose así, tal como se dijo anteriormente, en un uso temporalmente "exitoso", o eficaz, del cuerpo.

Estos comportamientos se manifiestan como un pedido de ayuda, es decir un "llamado-de-atención", frente a la imposibilidad de hacerlo de otra manera, configurándose de este modo un estilo de comportamiento que, en lugar de posibilitar la palabra deviene acción en tanto lesión. Se observa aquí una dificultad o falla en la simbolización y expresión de las experiencias.

Frente a las propias autolesiones se reitera el sentimiento de temor, asociándose las mismas a una "debilidad"; por este motivo la posibilidad de "superación" surge como un "logro" a ser obtenido, signo de fortaleza y decisión.

Estas conductas son referidas como una "*forma de exteriorizar el dolor*" y/o tener control sobre el mismo; al mismo tiempo, traducen ciertos sentimientos entre los que se destacan la tristeza, la rabia, la frustración y

la soledad, permitiéndoles de este modo vivenciar “*un-dolor-controlable*”.

Las cicatrices sirven de recordatorios tanto del dolor sufrido como de la solución momentánea, posible de volver a intencionar.

Se reitera la representación de un espacio corporal exterior, donde se padece un “*dolor-externo*”, referido como tangible, controlable (provocado por la lesión), y uno interno donde el dolor se torna abrumador e incontrolable. Cabe destacar que la autolesión emerge como posibilidad de poseer y controlar el propio cuerpo.

Las zonas privilegiadas para consumir los cortes y/o raspaduras son brazos y muslos. En sólo pocos casos de los estudiados aparecen también los golpes auto-inflingidos en la cabeza.

Se reitera la preocupación por las oscilaciones en el peso y la alteración de las conductas alimenticias, relacionadas a problemas estéticos: falta de apetito, imposibilidad de ingerir alimentos, adelgazamiento o problemas de alimentación en general.

Se presentan alteraciones en los ciclos de sueño, tales como el insomnio o la imposibilidad de permanecer despierto durante el día.

En lo vincular-relacional se manifiestan dificultades de comunicación y de interacción en el seno familiar,

así como rupturas y quiebres afectivos con la pareja. Se observan antecedentes de patología mental y de conductas heteroagresivas y autolesivas, incluyendo intentos y suicidios consumados.

El tema de los límites se presenta como un temor a traspasarlos, como una carencia de los mismos desde la crianza, o en referencia a relaciones intersubjetivas actuales, donde se presentan situaciones tanto de simbiosis como de separación, frente a las cuales no se sabe cómo establecer precisamente “límites”.

Si la soledad y un recurrente sentimiento de incompreensión acompañan el momento en el que se consuma la autolesión, los foros en Internet pueden actuar como ámbitos de contención, compañía y comprensión, aunque no se posean datos acerca de su efectividad terapéutica o preventiva.

Por último, varios autores (Kolk, Perry y Lewis-Herman, entre otros) sostienen que el haber sufrido abusos sexuales y maltratos constituye un predictor significativo de DSH y suicidio, generando un sentimiento de culpabilidad, vergüenza, y sensación permanente de suciedad y odio al cuerpo. En la investigación realizada, la determinación de la relación entre la secuencia abuso-maltrato-DSH es tarea pendiente aún ya que en los registros analizados no se ha contado con material significativo que la corrobore.

## Anexo

### ENCUESTA AUTOLESIONES

**Datos personales:** \_\_\_\_\_

**Sexo**    **F**    **M**

**Edad** \_\_\_\_\_

**Fecha y lugar:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene tatuajes?    Si    No    ¿Cuántos tiene? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene piercings (aritos)?    Si    No    ¿Cuántos tiene? \_\_\_\_\_

3. ¿Te autolesionás? (con golpes, raspaduras, cortes, quemaduras, etc.)    Si    No

    ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Si respondiste que No por favor solamente responder la siguiente pregunta:

- ¿Conocés a alguien que Si lo haga?    Si    No

4. ¿Alguien sabe que te lesionás?    Si    No

- ¿Quién/quienes? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué parte del cuerpo te autolesionás y de qué manera lo hacés?

---



---



---

6. ¿Qué te lleva a lastimarte?

---



---

7. ¿Cómo te sentís después de hacerlo? ¿Por qué?

---



---

Lic. Daniela V. Martínez

lic.dvmartinez@gmail.com

## A modo de cierre

Tras los análisis y desarrollos elaborados, desde la perspectiva de la *Fenomenología de la Corporalidad*, la lesión parece inscribirse como “corte” en la experiencia vivida del cuerpo, en un doble sentido: corte en tanto lesión, y corte en cuanto interrupción de la experiencia que se torna intolerable para el sujeto. Configurándose, de esta manera, un modo de *ser-en-el-mundo* por momentos desbordante y absolutamente riesgoso.

Le Breton afirma que el aprendizaje de las modalidades corporales de la relación del individuo con el mundo no culmina en la infancia, sino que se desarrolla durante toda la vida (11). Podemos pensar, entonces, la importancia de la búsqueda de otros usos posibles del cuerpo que posibiliten experiencias de alivio desde lo creativo, lo expresivo y fundamentalmente lo vital; otros modos que puedan resultar eficaces, de los cuales poder apropiarse e incluso habituarse.

Es en este punto donde el rol activo de los educadores y agentes de salud resulta imprescindible en el habilitar y facilitar estos otros usos posibles del cuerpo (y la palabra), en la apertura de espacios colectivos donde la expresión creativa: corporal, oral y/o escrita sean posibles.

Habilitar canales de expresión, de orientación, consulta y contención, acordes a los momentos específicos y las necesidades subjetivas, resulta un desafío en la prevención y la posvención de estas conductas. Donde aquellos sentimientos insoportables, situaciones abrumadoras, impotencias, angustias, miedos y demás sentimientos recurrentes puedan devenir en un tratamiento diferente.

Para ello cabe destacar, nuevamente, la importancia del trabajo debidamente articulado y el desarrollo de investigaciones en lo referente a factores de riesgo y factores protectores, generales y particulares de cada comunidad, para llevar a cabo una tarea preventiva y posventiva adecuadas ■

### Aclaración

Trabajo realizado a partir de la investigación “Autolesiones deliberadas -DSH- ¿Un modo restrictivo de apertura al mundo?” (Beca Estímulo UBACYT, 2007. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, U.B.A.), dirigida por la Prof. Dra. María Lucrecia Rovaletti. Con la colaboración de la AAPS, y el apoyo de su presidente en aquel entonces, el Lic. Carlos Martínez.

---

## Referencias bibliográficas

1. Kreitman N. Parasuicide. New York: Wiley; 1977.
2. Martínez C. Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
3. Maris R. The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI, editors. The Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford Press; 1992. p. 362-380.
4. Bertolote J. Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. Versión en español, edición especial. *World Psychiatry* Dic de 2004; 2 (3): 147-151.
5. Farberow N. In: Maris RW, Berman AL, Silverman MM. Comprehensive textbook of suicidology. New York: The Guilford Press; 2000.
6. Adam K. Attempted Suicide. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 8 (2): 183-201.
7. Maris RW, Berman AL, Silverman MM. Comprehensive textbook of suicidology. New York: The Guilford Press; 2000.
8. Zaner R. The problem of embodiment. Der Haag: Nijhoff; 1964.
9. Merleau Ponty M. Fenomenología de la percepción México: Fondo de Cultura Económica: 1957.
10. Martínez DV. Autolesiones Deliberadas -DSH-, una aproximación a su corporalidad. En: Memorias de las XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Tomo I. Buenos Aires; Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2007. p. 78-79.
11. Le Breton D. La sociología del cuerpo. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
12. Barcia D. El suicidio como fenómeno humano. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 63 (1): 135-151.
13. Rovaletti ML. Identidad y estética del cuerpo y la objetivación del cuerpo o el cuerpo como simulacro biológico. En: Rovaletti ML. Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1998.

# Riesgo y suicidio en sistemas de puertas abiertas. Responsabilidad civil y aspectos médico legales

Esteban Toro Martínez

*Médico Forense, Cuerpo Médico Forense, Corte Suprema de Justicia de la Nación.  
Docente Autorizado del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.  
Profesor Titular de Psiquiatría Forense, Instituto Superior de Formación de Posgrado, APSA.  
Email: etoromartinez@gmail.com*

## Introducción

El término suicidio deriva del latín y etimológicamente significa “*matarse a sí mismo*”: *sui* “*a sí mismo*” y *caedere* “*matar*”. El Diccionario de la Real Academia Española lo define como la “*acción y efecto de suicidarse*” siendo esto el “*quitarse voluntariamente la vida*”. Para Stengel y Durkheim se trata del acto positivo o negativo, directo o indirecto que provoca la muerte de quien lo comete, habiendo sido este el resultado que se representó la víctima sin estar segura de sobrevivir (1, 2).

El suicidio es el vértice de un debate y un campo complejo en donde confluyen la filosofía, la moral, la ética, la religión y las distintas ciencias. En el ámbito de la responsabilidad civil, la doctrina agrava la obligación de las instituciones psiquiátricas por la especial condición en la que se encuentran los pacientes allí internados. Este artículo se propone como objetivo brindar al profesional de la salud mental, enfrentado en su praxis cotidiana con esta urgencia, una breve introducción a la valoración

---

## Resumen

El suicidio es el vértice de un debate y un campo complejo en donde confluyen la filosofía, la moral, la ética, la religión y las distintas ciencias. En el ámbito de la responsabilidad civil la doctrina agrava la obligación de las instituciones psiquiátricas por la especial condición en la que se encuentran los pacientes allí internados. Este artículo se propone como objetivo brindar al profesional de la salud mental enfrentado en su praxis cotidiana con esta urgencia, una breve introducción a la valoración sistematizada del paciente en riesgo suicida contextualizándola dentro de la jurisprudencia nacional en relación a algunos fallos de responsabilidad civil en la cabeza de la institución de salud mental (psiquiátrica).

**Palabras clave:** Riesgo cierto e inminente - Suicidio - Sistemas de puertas abiertas-Responsabilidad civil - Ley Nro. 26657/10.

RISK AND SUICIDE IN AN OPEN DOOR INSTITUTIONS. LIABILITY AND FORENSIC ISSUES

## Abstract

Suicide is a complex issue and a source of discussion between different disciplines. Suicide assessment and management research had received a huge attention in the field. Argentina has a legal framework focused on protecting human rights. Malpractice and liability discussion is offered in cases of suicide in psychiatric patients recently admitted to an inpatient setting. Imminent and certain risk of damage is the legal requirement for involuntary psychiatric admission in terms of Mental Health Law in Argentina.

**Key words:** Imminent and certain risk of damage - Suicide - Mental Health Law -Malpractice - Liability - Open door systems.

sistematizada del paciente en riesgo suicida contextualizándolo dentro de la jurisprudencia nacional en relación a algunos fallos de responsabilidad civil en la cabeza de la institución de salud mental (institución psiquiátrica).

### Valoración sistematizada del riesgo. Paciente en riesgo de suicidio

El proceso de valoración de la conducta autolítica está regido por tres principios ordenadores que deben ser considerados todo el tiempo que dure el mismo: 1) el suicidio es un fenómeno pluricausal que requiere de un abordaje multidimensional; 2) la predicción certera y válida del mismo para un momento preciso es *imposible*; y 3) debe realizarse una valoración sistemática del riesgo.

En los países desarrollados el suicidio es la novena causa de muerte en la población general y la tercera entre los jóvenes comprendidos entre los 15 y 24 años (3). Sin embargo su índice de prevalencia en la población general es muy bajo. Por ejemplo en EEUU la incidencia anual es 11.1 cada 100000 habitantes, representando esto una escasa frecuencia que justifica las dificultades en desarrollar instrumentos válidos de predicción para sujetos en riesgo (3). En la misma dirección la tasa histórica en Argentina es 6.7 por 100000, en tanto la actual es 8.4 por 100000 (4). De hecho, los especialistas del campo concuerdan en que no existe un estándar definido de cuidado para la predicción del suicidio, test psicológico, técnica clínica o marcador biológico alguno de suficiente sensibilidad y especificidad como para brindar un diagnóstico seguro en el corto término, de un riesgo determinado para un sujeto dado (5). Por ejemplo, las escalas de suicidio estandarizadas no identifican al paciente que efectivamente se suicidará, las entrevistas semi-estructuradas complementan la evaluación pero no reemplazan a una valoración de riesgo sistematizada, las escalas de autoadministración si bien cubren muchos ítems pueden tener falsos negativos en tanto que el paciente en alto riesgo tiende a ocultar su intención y las técnicas actuariales identifican grupos en riesgo pero no individuos en dicha situación. Por ejemplo estos últimos revelan que la tasa anual de riesgo absoluto en trastornos bipolares, esquizofrenia y alcoholismo es de 193 por 100000 habitantes, es decir 18 veces más que la población general; pero, sin embargo, visto de otra manera esto implica que 99807 pacientes con cada uno de dicho trastornos no se suicidará en un año dado. Es decir la gran mayoría. De todos modos, la bibliografía de predicción en esta especialidad ha descrito numerosos factores de riesgo que los ha dividido en dos categorías: a) socio-demográficos y b) clínicos. Los factores de riesgo socio-demográficos más destacados son: sexo masculino; edad igual o mayor de 60 años; soltería; vivir solo; la ausencia de niños en el hogar; y problemas financieros. Los factores clínicos más importantes son: trastorno bipolar; desorden depresivo mayor; esquizofrenia; abuso de sustancias; historia de intentos previos; ideación suicida; ataques de pánico; anhedonia severa; y experiencias de humillación recientes (6,7). Sin embargo una estudio demostró que la aplicación de 21 factores de riesgo bien conocidos sólo logró

predecir el 3.74% de los suicidios consumados, mientras que un 50% no fue anticipado (falsos negativos), lo cual conduce a un cuestionamiento sobre la utilidad de la valoración de la conducta suicida (8). Una valoración sistemática debe incluir distintos factores individuales: clínicos prodrómicos; las creencias religiosas y las razones por vivir; otros aspectos clínicos como intento de suicidio actual, alianza terapéutica, adherencia al tratamiento; ideación de suicidio, intento de suicidio, conductas auto lesivas, plan suicida, desesperanza (*hopelessness*), intentos previos; ataques de pánico, ansiedad psíquica, pérdida del placer y el interés; estados mixtos del humor; disminución de la concentración, insomnio global, severidad de los síntomas; comorbilidad; altas recientes; impulsividad; enfermedad psíquica; agitación o acatisia; dolor crónico; antecedentes familiares de suicidio; antecedentes de abuso sexual o físico; restricción de la capacidad mental; factores interpersonales tales como actividad laboral o escolar, familia, estado de pareja, hijos; factores situaciones como el acceso a armas, circunstancias de vida y *estatus* escolar o laboral, situación financiera y otros aspectos demográficos. Todos estos ítems de manera integral constituyen la valoración sistemática del riesgo de suicidio siendo una metódica de procedimiento y no un conjunto más o menos completo de preguntas, donde el criterio y experiencia clínica juegan un papel determinante. A tal punto existe tal entrecruzamiento que la doctrina anglosajona de mala praxis, que en nuestro medio es la de la *responsabilidad profesional*, plantea el concepto del estándar de cuidado como aquel que aplica un clínico (*practitioner*) prudente y razonable.

### Significación de la situación de riesgo cierto e inminente en la Ley de Salud Mental

En su artículo 5° la ley es categórica al enfatizar que "*la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado*". En relación a la cuestión de la evaluación del riesgo, aquí es la primera mención que la norma hace a la cuestión y lo hace aludiendo al riesgo de daño, pero no cualquier riesgo de daño, sino aquel que se encuentra ligado a *una situación particular y a un momento determinado*. De este modo podría intentarse una primera aproximación al concepto de riesgo como aquel compuesto por los siguientes 4 puntos cardinales: 1) riesgo de *daño*, 2) deducido a partir de una evaluación interdisciplinaria, 3) de cada situación particular y 4) en un momento determinado. En esta primera referencia explícita, la ley plantea que su noción de riesgo es un atributo del momento y de la situación. Si se considera que el Diccionario de la Real Academia Española define *estado* en su primera acepción como la "*situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar*" y al riesgo "*como la contingencia o proximidad de un daño*", se puede entender que la ley entiende al *riesgo de daño* como un atributo de *estado*,

esto es una situación en la que alguien se encuentra y luego puede salir. En una situación de proximidad de daño, de modo que si consideramos que por su parte el mencionado diccionario define *daño* “como el efecto de dañar” y a *dañar* como “causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia”, se puede afirmar que para la ley el *riesgo de daño* constituye un estado, un modo de estar en proximidad de causar un perjuicio. Esta noción de *estado* debe resultar familiar al pensamiento médico puesto que la inflamación aguda, las emergencias médicas, quirúrgicas y muchas de las psiquiátricas son precisamente eso, *estados*, pero no cualidades estáticas y diacrónicas. Al menos, en el ámbito de lo asistencial y a la hora de decidir por coacción una restricción de la libertad, tal diferenciación y precisión es muy útil. Es más propio del pensamiento médico diagnosticar un estado de riesgo que una condición de peligrosidad (que es un atributo de la persona). ¿Por qué tantos recaudos alrededor del concepto? Porque el riesgo es el primer término de una fórmula tripartita que constituye el meridiano a través del cual el equipo interdisciplinario decidirá o no la coacción hacia la internación. Por su parte, la presencia de lo interdisciplinario, además de enriquecer con miradas diversas, robustece una indicación que fomenta un accionar violento, en el sentido de vencer su resistencia y avanzar sobre la libertad personal de un paciente dado. Al momento de participar en la indicación de una internación involuntaria, el psiquiatra debe tener presente que se encuentra ante una situación de tensión entre principios bioéticos: beneficencia versus autonomía, y entre derechos personalísimos: vida (por la vía del derecho a la salud) versus derecho a la libertad. De modo tal que la indicación de internación, si bien en nuestro campo es un problema de orden sanitario aunque dilemático, también constituye la representación de un problema jurídico en la medida en que toda internación coaccionada implica una clara conculcación de derechos personalísimos que debe ser justificada. De allí las precauciones que la ley adopta a la hora de configurar los requisitos del riesgo (9).

Antes se mencionaba que el riesgo es el primer término de una fórmula tripartita que constituye el meridiano a través del cual el equipo interdisciplinario decidirá o no la coacción hacia la internación. Los otros dos términos adjetivan al mismo conformando un oxímoron. El artículo 20° de la ley estipula que “la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o terceros”. Apelando nuevamente al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se advierte que en él se define como cierto aquello que es “conocido como verdadero, seguro, indubitable” e inminente como lo que “amenaza o está para suceder prontamente”. De este modo completa la noción de riesgo presentada en el artículo 5°, al agregarle al riesgo, su carácter indubitable y amenazante (9).

Una práctica clínica orientada a la evaluación del paciente en situación de riesgo y no de la peligrosidad admite que un paciente puede entrar y salir de una situación de riesgo cierto e inminente de daño, que un pacien-

te lúcido puede retirarse de una internación voluntaria a expensas de decidir no seguir la opción terapéutica más aconsejable y que el psiquiatra ya no está sólo, sino que forma parte de un colectivo que es el equipo interdisciplinario. La noción de riesgo que propone la ley al exigirlo indubitable (cierto) y próximo (inminente), en una situación dada y particular (situación/estado) connota implícitamente un elevado *quantum* sintomático, una determinada gravedad atento a que la única manera de poder diagnosticar la certeza y la inminencia es a expensas de que se manifiesten una serie de determinados síntomas de envergadura clínica suficiente y por lo tanto pronóstica. Pero para alcanzar ese grado de “precisión” es necesario convivir con el riesgo no cierto (incierto) y no inminente (latente) que es el *potencial* que connota la capacidad de ejecutarse o de producir efecto. El espíritu y la letra de la Ley 26657 proponen esta convivencia pero no aceptan la limitación de la libertad en función de este último. Esto tiene consecuencias jurídicas.

### Suicidio de pacientes internados en sistemas de puertas abiertas. Fundamentos y doctrinas

En un fallo reciente (del año 2011) la Cámara Nacional en lo Civil sentenció, en un caso de un paciente esquizofrénico con alucinaciones y delirios que se fugó de un hospital público y murió días después en un accidente del tránsito, confirmando la sentencia de primera instancia en cuanto atribuye responsabilidad al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por la muerte del hijo de la actora -un paciente esquizofrénico con fugas reiteradas- en un accidente de tránsito, varios días después de fugarse del hospital psiquiátrico, “*toda vez que hay una adecuada nexa de causalidad entre las deficiencias profesionales y de servicio que permitieran la huída y la muerte por suicidio (...) considerando que un paciente esquizofrénico con alucinaciones y delirio (se encuentra) en situación de riesgo cierto e inminente*”. Luego agregará que “*(...) se trata de una decisión médica que debe ser apreciada con suma prudencia (...)*” “*El hecho de que el hospital (...) sea considerado de puertas abiertas no es motivo para liberarlo de responsabilidad ante la fuga del paciente, pues esa circunstancia no significa que los pacientes internados puedan salir y deambular libremente por las calles de la ciudad; el concepto de hospitales de puertas abiertas está referido más bien a establecer en los tratamientos, menores medidas restrictivas de la libertad de las personas internadas y a la apertura del ente asistencial hacia la comunidad*” (10). En este fallo es importante señalar por un lado que aún se sigue ubicando el meridiano de la decisión en la profesión médica (no se están refiriendo a la administración de fármacos) y por otro explicita una definición de hospital de puertas abiertas donde éste aparece como un modo de entender el tratamiento y no la literalidad en la que suele interpretárselo.

En otro fallo la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Sala E, acerca de un caso de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia internado en el Hospital General de Agudos Álvarez, que se fuga del mismo con suicidio posterior, dictaminó que la institución era responsable puesto que esta “*tenía el deber de tomar todos*

los recaudos pertinentes a fin de evitar la fuga del paciente, muy en particular el acompañamiento permanente" (11). Este caso tiene además la particularidad de que los profesionales de dicho hospital habían solicitado a la sede judicial el traslado de dicho paciente al Hospital Borda apoyándose en el requerimiento de una "sala de puertas cerradas" y que tal requerimiento le fue negado. Entonces también se la encontró responsable a la institución de "no haber insistido en la necesidad del traslado", porque entre el pedido y el desenlace había transcurrido un lapso estimable. Es de notar que en este fallo de cámara no abre juicio acerca de si el Hospital Borda es de puertas cerradas o abiertas. Es probable que haya tomado la literalidad de la argumentación de la defensa pero aún así, esto demuestra la falta de precisión y confusión acerca del concepto y naturaleza sobre la función de ciertos hospitales que anidan en los distintos sectores profesionalizados de la sociedad.

Entre los antecedentes doctrinarios cita el concepto de obligación de medios reforzada sostenido por Kraut (orientación doctrinaria mayoritaria en la actualidad) en tanto que "si el paciente se daña dentro de la institución o se fuga -y luego se suicida- aparece indudable la relación causal entre las fallas de cuidado (deber de vigilancia) y el resultado. Son pacientes cuya guarda y custodia está a cargo de la institución y sus auxiliares dependientes" (12). Además se critica las defensas que arguyen que los demandados utilizan un sistema liberalizador, considerándolos como irrelevantes jurídicamente si la conducta no era la adecuada.

En otro fallo la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Sala L, que trataba acerca del caso de un paciente que ingresa por intento de suicidio a un Sanatorio General y que termina suicidándose en el baño de su habitación, sentenció que los médicos y el sanatorio habían brindado la atención adecuada en la desintoxicación de la ingesta autolítica y que adoptó las medidas de seguridad que el caso exigía, esto es custodia policial y ventanas selladas, con premura y considerando que la institución no estaba especializada. En este fallo es importante destacar que respeta aquello que se sostiene en los libros de la especialidad acerca de que no existe la obligación de los psiquiatras de evitar todos los suicidios, sin embargo debe tenerse presente que la doctrina en la que esta sala se basa es diferente a las anteriores atento a que considera que la obligación es de medios tanto para los médicos (esto no está nunca controvertido) y para el sanatorio. De esta manera debe también tenerse presente aquí que al igual que en Psiquiatría, en Derecho hay opiniones y doctrinas diferentes y que el fallo también dependerá en suerte del juzgado y de la Cámara que diriman el litigio (13). Por ejemplo unos de los camaristas fundamentó que "entre la vida y la libertad, voy por la libertad" y congruentemente su fallo fue a favor del sanatorio y de los médicos en tanto sostuvo que además de las conductas diligentes del caso, exigir infalibilidad haría necesario privar a la persona de toda forma de libertad aplicando un dispositivo deshumanizado (no textual, voto del Dr. Liberman). En ese mismo fallo otra voz congruente en la sentencia pero divergente en este punto fue la del Dr. Galmarini quién afirmó "que las medidas asistenciales

y de seguridad que se adopten han de estar encaminadas a resguardar la vida que se encuentra en riesgo. Sin embargo, entiendo que más que optar entre la vida y la libertad, se trataba de dispensarle un tratamiento que respete la dignidad de su persona, con el propósito de salvaguardarle una vida digna aún ante la grave situación en que se encontraba" (13).

De este modo es importante resaltar que un fallo civil puede encontrar responsable a la institución y no a los profesionales, aún cuando la institución sea calificada de puertas abiertas. Esta doctrina considera que el suicidio no es un hecho *a priori* sorpresivo e irresistible (que serían las cualidades que romperían la relación de causalidad entre el obrar profesional y el desenlace). La primera impresión que pueden despertar los dos primeros fallos puede ser de temor en la comunidad profesional pero leídos desde otra óptica pueden ser fuentes de aprendizaje.

El Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, publicó los Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental y propone explícitamente tres líneas de abordaje según la situación particular y siempre intentando utilizar los métodos menos restrictivos: a) abordaje psicosocial/psicoterapéutico; b) abordaje psicofarmacológico; y c) sujeción mecánica (14). De este modo un ilícito culposo de omisión puede constituir la no contención mecánica (15). De hecho el internar en un dispositivo de puertas abiertas puede ser una falta. La Ley 26657 plantea el respeto a la dignidad en los tratamientos jerarquizando salud y libertad. No prohíbe la restricción, traza la línea demarcatoria en la ponderación.

Si el caso lo requiere se puede indicar la sujeción, pero lo que no se puede obviamente es olvidar atado al paciente. Se puede indicar la internación en dispositivos de puertas cerradas si el caso lo requiere, pero lo que no se puede es tenerlo internado para siempre y en condiciones inhumanas. Ese es el espíritu del legislador. Esto es importante porque en nuestro medio como consecuencia del fragor de las discusiones y la actitud de algunos abogados de la Unidad de Letrados parecería haberse instalado la interpretación de que la ley prohíbe *a priori* todo lo que implique restricción y esa interpretación puede conducir a los psiquiatras a una omisión que fundamente una mala praxis.

En otro fallo de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Sala F, la sentencia fue en la dirección antes señalada y allí un camarista dictaminó que lo que se exige "(no es) una vigilancia demasiado especial pero si una vigilancia apropiada para el caso de estos enfermos lo que incluye al menos, conocer su localización o avisar, si fuera el caso, de su fuga para localizarlo en caso de no encontrarse totalmente rehabilitado de su afección psíquica o de su crisis transitoria" (16).

Debe tenerse presente que este artículo trata acerca del paciente internado con riesgo cierto e inminente de suicidio o con intento frustrado del mismo que ameritó la internación, que es la situación de máxima exigencia al profesional. Distinto es la exigencia legal para los profesionales en casos de pacientes ambulatorios, en dispositivos de intervención previos a la internación.

Sin embargo un fallo de la Cámara 1ª de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Córdoba expresa en sus fun-



damentos que “sin embargo, lo que no puede discutirse es que la determinación suicida deriva de la ausencia de salud mental que provoca la alteración de las facultades mentales”, afirmación que adscribe al paradigma “biológico-jurídico” (17). Esta aseveración abre una discusión que excede a este artículo, pero la misma podría ser refutada desde el estricto punto de vista psiquiátrico, admitiendo un punto de vista diverso desde la perspectiva médico legal, atento a que no todo suicidio es la consecuencia de un trastorno mental de las facultades, por ejemplo si se atiende a la letra de la propia Ley 26657 (18). En el Decreto Reglamentario 603/13 artículo 1 se lee que debe entenderse “por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley Nro. 26657” (19). Es claro que la norma resalta sufrimientos psíquicos que no son el resultado de alteraciones de las facultades mentales.

### Consideraciones finales

El consenso especializado actual tiende a considerar por un lado al suicidio como un proceso o *continuum*

de severidad que atraviesa distintas estaciones progresivas -ideación de muerte; deseos de morir, ideación de suicidio y el acto deliberativo de autodañarse- con fines letales y por el otro al proceso de valoración predictiva como la acción destinada a poner al sujeto en la perspectiva de dicho *continuum* de riesgo y ponderar qué grado de materialidad o substrato de suicidabilidad presenta un sujeto dado. Por esta razón se aconseja no utilizar el término paciente suicida sino *paciente en riesgo de suicidio*, considerando además que la condición de riesgo puede variar dramáticamente. Entonces, ¿qué es lo que se evalúa?: la situación de riesgo, el atributo de estado, la contingencia del menoscabo, en un momento y en una situación dada. Allí el estado del arte en suicidio y lo articulado por la Ley de Salud Mental en la configuración de la situación de riesgo se encuentran y se ajustan a la realidad clínica de la práctica diaria. Por su lado, la máxima exigencia de diligencia para el profesional y para las instituciones en la prevención del suicidio se plantea en los casos de pacientes internados por encontrarse en situación de riesgo cierto e inminente de daño sin intento o con intento frustrado de suicidio, siendo el litigio el ámbito en donde se abre una discusión doctrinaria y jurisprudencial diversa que no termina de zanjar la polémica ■

### Referencias bibliográficas

1. Durkheim E. El suicidio. México: Coyoacán; 1994.
2. Stengel E. Psicología de los suicidios y los intentos suicidas. Buenos Aires: Hormé; 1965.
3. Mósciki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 499-517.
4. Toro-Martínez E, Rudelir M: Evaluación del riesgo suicida: aspectos clínicos y médico legales de la peligrosidad para sí. *Vertex*; XVI: 196-205.
5. Godlstein Rb, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 106 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 418-422.
6. Hirschfeld RMA. Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Primary Psychiatry* 1996; 26-29.
7. Hirschfeld RMA, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337: 910-915.
8. Pokorni AD. Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 249-257.
9. Toro Martínez E. La noción de “situación de riesgo cierto e inminente” en la ley 26657. Acerca de la diferencia entre “estar” y “ser” y sus consecuencias médico legales. *Psiquiatría* 2011; 4: 19-25.
10. Toro Martínez E. Capacidad y riesgo en la ley de salud mental y su decreto de reglamentación. Luces y escotomas del Nuevo paradigma. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 2013; 31: 188-201.
11. V, I, otro V. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/daños y perjuicios. Tribunal: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala E. 2 de septiembre 2004.
12. Krautt A. Acerca del suicidio de pacientes psiquiátricos. *JA* 2002: 446-450.
13. D, GG c. Instituto Dupuytren de traumatología y Ortopedia S.A. Tribunal: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala L. 12 de diciembre 2011.
14. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental. Buenos Aires; 2013.
15. Kraut AJ, Sosa GL. Pacientes mentales. Suicidio de un internado: Sistema de puertas abiertas. *La Ley*. 24 de mayo 2013.
16. B, EJ, c. Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala F. 27 de diciembre 2007.
17. G, ME, otro c. Hospital Neuropsiquiátrico Provincial y otro. Cámara 1° de Apelación en lo Civil y Comercial de Córdoba. 23 de junio 2010.
18. Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657/10. Boletín Oficial. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
19. Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657/10. Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

# Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida)

Santiago A. Levín

*Médico. Especialista en psiquiatría.  
Capítulo de Historia y Epistemología de la Psiquiatría, APSA.  
Docente del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.  
E-mail: santiagolevin@gmail.com*

## Lo innombrable

Retomando un escrito de Geoffrey Gorer del año 1955 (titulado *The Pornography of Death*), Philippe Ariès postula que en algún momento a mediados del Siglo XX la muerte desplaza al sexo como tema tabú, y pasa así a ocupar el lugar de lo innominable en la cultura occidental (1). A partir de entonces, y de manera notablemente brusca en términos históricos, el trascendente acto de morir, y la muerte misma en tanto constructo social, quedan profundamente trastocados.

Nunca antes como ahora en nuestra breve historia humana, la muerte es tema prohibido. La muerte y todo su séquito de sucedáneos: la pérdida, el envejecimiento, el duelo, la enfermedad, la tristeza, el dolor, la agonía, el sufrimiento, la despedida... y el suicidio. Al duelo se

lo acorta y “desdramatiza”, a la vejez se la aparta (¿qué otra cosa es, si no, la teoría del desapego de Cummings y Henry?). La tristeza -afecto indispensable en el repertorio emocional- medicalizada, se concibe como un camino hacia la depresión.

También señala Ariès la mudanza de la muerte desde la casa del moribundo al hospital de los médicos, transformándose así en asunto de la medicina. Ubicamos esta mudanza en los inicios de la modernidad, a fines del XVIII. Y agreguemos, de paso, que no sólo es la muerte la que se muda al hospital, sino también el nacimiento, su otro extremo. Muerte y parto son, a partir de allí, intereses de la medicina y ocupan un lugar en el hospital. Tan profundas son las consecuencias de estos cambios

---

### Resumen

En este escrito se han abordado cuatro asuntos principales en relación al suicidio: la muerte reemplazando a la sexualidad como tabú, la falta de teoría que permita abordar el problema en conjunto, la distancia conceptual entre epidemiología y clínica, y finalmente, la noción de buen tratamiento como la mejor prevención en el marco individual.

**Palabras clave:** Suicidio - Muerte - Filosofía - Teoría.

SUICIDE, DAMNED WORD (DEATH, FORBBIDEN WORD)

### Abstract

This paper addresses four main questions regarding suicide: Death, as a substitute to Sex as a Tabu, the lack of a theory capable of rendering a comprehensive concept, the dichotomy severing epidemiology from clinics; and lastly the notion of the good treatment as the best preventive approach to the individual patient.

**Key words:** Suicide - Death - Philosophy - Theory.

que llegan hasta el presente y siguen produciendo subjetividad.

De la confluencia entre biomedicina y este nuevo tabú resulta un nuevo enemigo, la muerte, contra el que hay que luchar sin cuartel. El suicidio, en este contexto sociocultural, queda transformado en una especie de insulto para la medicina tecnocientífica, obsesionada en luchar contra la muerte. Pero no contra la muerte producto de la injusticia y la inequidad, sino contra la muerte entendida -noción de profundas y desafortunadas consecuencias- como el fracaso de la terapéutica médica. Cada suicidio nos recuerda que todos vamos a morir, y peor aún, que ni siquiera sabemos cuándo, cómo ni dónde.

Conviene que recordemos que el suicidio no fue siempre lo que es hoy, y que durante buena parte de la historia (notablemente en la antigüedad grecorromana) fue considerado un acto más, aunque de gran trascendencia, dentro de los posibles para un ser humano. La patologización del suicidio (que es un caso particular dentro del proceso de medicalización de la muerte) es un invento de la modernidad, con importante colaboración del Siglo XX<sup>1</sup>. El título que lleva el ensayo de Henri Ey sobre el tema, "*El suicidio patológico*" (2), lo señala claramente. El agregado del adjetivo *patológico* sorprende al lector de nuestra época. ¿No son patológicos todos los suicidios? ¿Existen suicidios no-patológicos?

En medio de nuestras cavilaciones, hay personas que se suicidan. Y estando la muerte dentro del distrito de la medicina, ésta es llamada a *hacer algo*. Tal vez nunca antes de la mutación señalada haya estado la medicina tan presionada desde la sociedad para hacer, para hacer contra la muerte. Testimonio de este "encargo" es la proliferación notable, en las últimas décadas, de artículos sobre suicidio (3), así como la percepción social de que detrás de cada suicidio hay un déficit en el accionar del médico. Testimonio de ese encargo es también la creciente tendencia a la judicialización de la tarea médica.

¿Qué es el suicidio? ¿Por qué se convoca a la medicina en primer lugar? ¿Qué formación tenemos los médicos para reflexionar sobre estas problemáticas? (4).

## El problema de la teoría

El estudio epidemiológico del suicidio plantea problemas metodológicos y conceptuales. En primer lugar, la misma definición de suicidio es tema de controversia. Pero además: cómo detectar y contabilizar los suicidios consumados y las tentativas suicidas, cómo conceptualizar, detectar y contabilizar los accidentes parasuicidas (o suicidios "encubiertos"), etc.

En los trabajos publicados se observa bastante divergencia en el tratamiento de los datos "duros" de la epidemiología, y también diferencias metodológicas notables (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Así, un lector desprevenido

puede llegar a encontrarse con un estudio que sostiene que la tasa de suicidio en una región determinada es inversamente proporcional al uso de fármacos antidepresivos (9), o puede toparse con otro que afirma que a pesar del sostenido incremento en la prescripción de estos fármacos en las últimas décadas, la cifra de suicidios ha aumentado en el mundo en forma alarmante (8). Ciertamente es que la segunda aseveración se basa en estudios epidemiológicos extensos (conducidos por la Organización Mundial de la Salud -OMS-), mientras que la primera surge, en este caso, de un estudio limitado al reino de Dinamarca (ver también referencia Nro. 14 para un estudio similar, en este caso realizado en Suecia)<sup>2</sup>.

Hablábamos de la falta de una teoría del suicidio. Para ilustrar este hiato preguntémosnos por el origen de la conducta suicida y veamos qué nos responde la bibliografía. Desde irregularidades genéticas en la neurotransmisión serotoninérgica (17, 18, 19, 20, 21, 22) hasta determinantes sociológicos (2, 13, 23); desde explicaciones psicopatológicas (2, 24, 25, 26) hasta postulaciones sobre la influencia de los medios masivos de comunicación estimulando la conducta autolítica (27, 28). En su extenso estudio sobre el suicidio, Henri Ey opone la hipótesis sociológica (básicamente la teoría de la anomia de Emile Durkheim), a la hipótesis psiquiátrica (existencia de condiciones psiquiátricas predisponentes, principalmente depresión, esquizofrenia y algunas drogadependencias como el alcoholismo) (2). No faltará quien invoque el concepto de multideterminación. Pero faltaría asegurarse de que se lo utiliza dentro de una teoría y no como el recurso *deus ex machina* del teatro antiguo, es decir, para salir del paso apelando a una salvación mágica.

Las siguientes son palabras de Henry Ey (Op.cit., p. 391):

*"Para nosotros, igual que para Deshaies, es evidente que es falso y absurdo decir que todos los suicidios son 'sociogénicos', así como decir que todos los suicidios son 'patológicos'. Hemos estudiado el suicidio patológico como una forma de comportamiento mórbido nacido de la 'matriz' psicopatológica de las estructuras neuróticas y psicóticas. Es solidario de las formas mórbidas de la angustia humana. En este sentido el suicidio no es más que la expresión de la angustia, un hambre de aniquilación, el gesto de la negación cuyo carácter, patológico o no, depende de la estructura mórbida o no de la ansiedad a la cual el suicida tiende, al mismo tiempo a abandonarse y a sustraerse. Pero, normal o patológico responde a una necesidad específica del hombre, la que lo empuja a destruirse, a resistir a su instinto de conservación, a oponerle una fuerza igual o superior, a consentir no a la vida sino a la muerte".*

Es claro que mientras esta deuda de teoría subsista caminamos sobre una superficie quebradiza: las hipótesis son de distinta jerarquía científica (en ocasiones difíciles de distinguir de simples prejuicios), y las presiones

<sup>1</sup> Queda por fuera del programa de este escrito la rica vertiente religiosa del suicidio entendido como pecado.

<sup>2</sup> Un número importante de publicaciones serias sostiene básicamente la segunda afirmación: no se han modificado las tasas generales de suicidio (a pesar del incremento en el uso de fármacos antidepresivos) (15), o directamente han aumentado (16). La valoración de este fenómeno, ciertamente notable, requiere de mejores recursos teóricos. Pero *algo* está pasando que se nos escapa, y urge trabajar para comprenderlo en profundidad.

sociales y legales sobre el profesional y el paciente están a la orden del día.

Hechas estas salvedades, veamos los datos de la estadística.

Al parecer se suicida alrededor de un millón de personas al año en todo el mundo (7, 8, 12, 13, 16, 26, 29, 30). En los Estados Unidos, el suicidio es la segunda causa de muerte en la franja de edad que va de los 25 a los 34 años. Según datos de la OMS la tasa de suicidio en el mundo se ha incrementado en un 60% en los últimos 45 años a expensas, principalmente, del mencionado intervalo etario (31). Los varones se suicidan cuatro veces más que las mujeres, especialmente los varones ancianos (32, 33, 34).

La totalidad de la bibliografía consultada coincide en afirmar que cerca del 90% de quienes se suicidan presentan al menos un diagnóstico psiquiátrico (7, 8, 26, y otros). Interesante punto para la discusión: ¿todos los suicidas son personas con padecimiento mental agudo, o más bien se trata de un fenómeno de patologización del suicidio que nos invita a ver patología toda vez que se produce una muerte autoprovocada? Otra vez: falta teoría.

Los datos estadísticos sobre suicidio suscitan interrogantes. ¿Por qué las tasas varían tanto de un país a otro? ¿Por qué son relativamente altas en, por ejemplo, Hungría, y llamativamente más bajas en países tan disímiles como Irlanda y Egipto? (26). Según datos del año 1996 (Salvarezza), la tasa anual de suicidio en la Argentina es la más alta de Latinoamérica, y la undécima a nivel mundial. Sin embargo, si se observa el mapa del suicidio de la OMS del año 2009 (31), el país latinoamericano que encabeza la estadística es Uruguay.

La epidemiología nos provee también de otra herramienta: los factores de riesgo. Algunos de ellos son (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41): adolescencia o edad avanzada, impulsividad, género femenino para las tentativas y masculino para los suicidios consumados, morbilidad psiquiátrica, dolencias físicas graves, disponibilidad de armas de fuego, historia familiar y personal de comportamiento suicida, abuso de sustancias (alcohol, cocaína), etc. Pero para que un instrumento epidemiológico sea utilizable como si fuera clínico es imprescindible tener presente que proviene del estudio de poblaciones, y no del sujeto individual. Desarrollaremos esta idea en la sección que sigue.

### De lo clínico a lo poblacional, y viceversa

Tres fases se describen en el proceso suicida (36, 29). La primera, la fase de *consideración*, queda determinada

por la aparición de la idea suicida. El suicidio aparece, primero débilmente, como una posible solución ante una situación conflictiva altamente angustiante. Si el proceso continúa, la siguiente fase se caracteriza por la *ambivalencia* entre las mociones autodestructivas y las autopreservativas; de predominar las primeras, el individuo pasa de la idea a la posibilidad de llevarla a cabo. Por último, la fase de *decisión* conduce a los preparativos y luego a la concreción del acto suicida.

Estas tres fases son, por supuesto, como todas las "fases" descritas en la clínica (proceso de muerte, proceso de duelo), un constructo teórico basado en la observación de casos, y no el pronóstico de lo que ocurrirá con un paciente en particular<sup>3</sup>. Por otro lado, como puede verse, se trata de una descripción del suicidio de cuño depresivo, que parece ser el más frecuente. Más alejados de esta conceptualización quedan los suicidios en el contexto de las psicosis, los suicidios abruptos (*raptus*), los suicidios en las reacciones delirantes, las reacciones suicidas en los estados demenciales y confuso oníricos, en los trastornos de personalidad a predominio impulsivo, etc.

Ahora bien, es necesario distinguir al menos dos niveles bien diferentes a la hora de pensar el suicidio desde la medicina. En el nivel sanitario (poblacional), las estrategias estarán destinadas a informar, educar, perfeccionar el conocimiento de los agentes de salud, aumentar la accesibilidad y la cobertura de los servicios de salud, diseñar estrategias de prevención y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones, implementar estrategias de detección comunitaria de individuos en estado de desesperación y desesperanza (42, 43, 44, 45), etc<sup>4</sup>. Pero en el nivel clínico (individual) el enfoque será necesariamente diverso. Diverso porque la metodología epidemiológica no es aplicable punto por punto al caso individual, y diverso porque cada caso es críticamente diferente.

En el nivel poblacional lo que interesa son las similitudes, que permiten construir hipótesis y clasificaciones, y diseñar estrategias para el conjunto; en el terreno clínico lo principal son las diferencias, de allí la importancia capital del análisis cuidadoso de cada caso. Siguiendo la pista de los mencionados factores de riesgo, podríamos construir una especie de caricatura del individuo en riesgo de suicidarse: varón, anciano, viudo reciente, gran consumidor de alcohol, sin familiares cercanos. Pero puede suceder que sea nuestra paciente de mediana edad, profesional, casada, con hijos, con un buen empleo, quien realice una tentativa suicida en el contexto de una fuerte crisis vital en la que el sentido de su vida se ve fuertemente cuestionado.

Es decir, y lo repetimos por considerarlo uno de los conceptos fundamentales, en la clínica lo primordial es

<sup>3</sup> La clínica es lo que hay y no lo que debería haber. El tozudo empeño en que el paciente se parezca a los libros es causa de frustraciones y malos entendidos clínicos. Neologismos absurdos como "subsindrómico" se apoyan, probablemente, en el mencionado malentendido.

<sup>4</sup> En una carta de lectores publicada en 2006 en *Injury Prevention*, Y-Y Chen y T-H Lu, profesores de las universidades de Yang-Ming y Cheng Kung, respectivamente, de Taiwan, afirman que la prevención del suicidio no consiste únicamente en el tratamiento de la depresión. "El suicidio como estrategia de escape tiene origen en una miríada de contextos sociales: fragmentación social, quiebre económico, estigmatización de la enfermedad mental, desorganización del sistema de atención en Salud Mental, promoción de las conductas suicidas desde los medios masivos, y accesibilidad a medios letales. Todas estas condiciones sociales pueden actuar en forma independiente o combinadas" (6).

lo singular. Y como el instrumento de análisis de lo singular sólo es posible desde nuestra propia singularidad, el ejercicio de la clínica reclama la puesta en funcionamiento de una vigilancia constante de nuestros prejuicios. La aparición de la primera arruga como testimonio de envejecimiento puede parecernos una nimiedad como desencadenante de una crisis vital, pero puede perfectamente serlo para un sujeto cuyo narcisismo descanse primordialmente en la sobrevaloración de la juventud y la belleza. La muerte de un hijo, una de las peores tragedias imaginables, no necesariamente desencadenará ideas de suicidio en un sujeto que ha podido construir una vida con sentido y cierta sensación de trascendencia, religiosa o no. No todos los suicidas son sujetos impulsivos; no todos los suicidios son actos en un solo movimiento. La clínica del suicidio es, entonces, tan vasta como la diversidad de la subjetividad humana. Dicho con otras palabras: los suicidios poco se parecen a los libros sobre suicidio<sup>5</sup>.

La búsqueda del síntoma primordial del suicidio, sin embargo, continúa. La pretensión de encontrar el *elemento clave* es una constante en la historia de la semiología médica desde la modernidad, y el suicidio no iba a ser la excepción. Para Aaron Beck este síntoma es la desesperanza<sup>6</sup> (24, 25). El sujeto *ya no quiere más*, la lucha carece a partir de ahora de todo sentido (“¿para qué seguir?”). Lo que sostenía la esperanza ya no está, o se malogró, y, desprovista de razón de ser, la vida se convierte en un calvario sin fin, una tortura moral de la que sólo se puede salir *saliendo* de la vida misma. Mencionamos esta propuesta de Beck por considerarla de utilidad clínica, especialmente en los procesos prolongados, aquellos que permiten una comprensión creciente del padecer del paciente y una intervención a tiempo.

¿Es posible hacer una intervención terapéutica a tiempo? Desde luego, la intervención sólo es posible durante el proceso (aunque tal vez algo se pueda hacer antes, como discutiremos en la siguiente sección al hablar del *buen tratamiento* de los cuadros psiquiátricos). Surge entonces una pregunta: ¿cuánto dura el proceso suicida?, ¿horas, semanas, meses? Un reciente estudio austríaco (36) apunta precisamente en esta dirección. Se estudiaron ochenta y dos pacientes derivados al servicio de psiquiatría de un hospital universitario luego de una tentativa suicida. En la mitad de los casos, y para sorpresa de los investigadores, pudo saberse que el período de tiempo entre la primera idea de suicidio y la tentativa propiamente dicha fue de diez minutos, o menos aún. No encontraron (otra sorpresa para los investigadores) relación alguna entre impulsividad y duración del proceso. ¿Podemos generalizar estos resultados? No se trata de un estudio extrapolable a la clínica diaria, pero vale la

pena tomar nota de que, en ocasiones, el pasaje entre la idea de suicidio y la tentativa propiamente dicha puede ser sorprendentemente breve. En esas ocasiones, el clínico poco o nada podrá hacer.

Pero el proceso suicida puede ir apareciendo insidiosamente, desplegándose con suficiente tiempo como para permitir una intervención terapéutica. Este es el caso típico del proceso suicida en el contexto de un cuadro de depresión, que suele presentar fases distinguibles tal como se señaló unos párrafos más arriba.

### **En el paciente con diagnóstico psiquiátrico, la mejor prevención del suicidio es un buen tratamiento**

Buena parte de los suicidas son personas que no se encuentran en tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico, o al menos no se encontraban en tratamiento antes del intento o del suicidio consumado. Este conjunto queda, pues, fuera de la clínica de nuestra especialidad (si concebimos a la clínica como lo *micro*) y, desde el punto de vista sanitario, forma parte de las incumbencias de la salud pública, es decir, de lo *macro* (la distinción pertenece a Salvarezza).

En una publicación reciente se estima que entre el 50% y el 70% de los psiquiatras y entre el 40% y el 50% de los residentes de psiquiatría pasarán en algún momento por la dura experiencia del suicidio consumado de un paciente (4). Si a esto agregamos que por cada suicidio consumado hay, estadísticamente, unas veinte tentativas, y que según la mayoría de los autores una enorme proporción de los suicidas tiene un diagnóstico psiquiátrico (depresión en primer lugar) (38), tendremos una idea más aproximada del peso que esta preocupación tiene en la mente del psiquiatra.

Los psiquiatras atendemos a la porción de la población más proclive al suicidio, en particular a aquellos suicidios en los que el intenso sufrimiento psíquico es protagonista. Consideremos dos afirmaciones: una, que la tarea del psiquiatra consiste, precisamente, en colaborar, en la medida de lo posible, con el alivio del sufrimiento psíquico; dos, que un sujeto que experimenta un insostenible sufrimiento mental estará en mayor riesgo de atentar contra su vida que uno que no lo padece, o que lo sobrelleva con menor intensidad, o que ha comenzado a sentir el alivio de la mejoría y, junto a ésta, el renacer de una tenue esperanza.

Dijimos *buen tratamiento*. Nos contentaremos con decir que un buen tratamiento es aquel en el que se busca, y en ocasiones se logra, un alivio del sufrimiento del que consulta. Un buen tratamiento es el mejor tratamiento *posible*, y su fundamento inicial es el vínculo

<sup>5</sup> La relación entre los libros sobre el suicidio y los suicidios propiamente dichos tiene, sin embargo, mucha tela para cortar. Piénsese, por ejemplo, en la ola de suicidios en la Europa romántica luego de la publicación del *Werther* de Goethe, en 1774, novela precursora del movimiento literario conocido como *Sturm und Drang*.

<sup>6</sup> Según Leopoldo Salvarezza (46), la noción de desesperanza fue introducida por Conwell. Se trata de un concepto amplio, continúa Salvarezza, “que impulsa la exploración de la potencial relación entre cambios neuropsicológicos asociados con la edad, las expectativas sociales, las normas y los valores, el sentido personal del self y su incidencia dentro de los problemas psiquiátricos, que pueden potenciar el riesgo”.

terapéutico. Primero, el vínculo terapéutico como herramienta básica. Segundo, el proyecto terapéutico (en sentido amplio: médico, psicoterapéutico, psicosocial), que necesariamente debe trazarse en conjunto y que puede llegar a requerir una hospitalización. Tercero, el seguimiento cercano que permita ir corrigiendo la estrategia a medida que la evolución así lo vaya exigiendo. Esto es, en líneas generales, lo que consideramos un buen tratamiento.

El mejor tratamiento posible, en toda su dimensión y con todos los dispositivos disponibles según cada caso, es la mejor prevención del suicidio que los psiquiatras podemos ofrecer.

Desde ya, estamos hablando del paciente con un diagnóstico psiquiátrico que además se encuentra en tratamiento con un médico psiquiatra. Queda por fuera el individuo no evaluado, y el que recibe otra clase de tratamiento y no es derivado en tiempo y forma al especialista en psiquiatría.

### Palabras finales

En este escrito se han abordado cuatro asuntos principales en relación al suicidio: la muerte reemplazando a la sexualidad como tabú, la falta de teoría que permita abordar el problema en conjunto, la distancia conceptual entre epidemiología y clínica, y finalmente, la noción de buen tratamiento como la mejor prevención en el marco individual.

Hay un hilo conductor, creemos, que une (y justifica) un tanto este *collage* temático: la necesidad de volver a

filosofar sobre nuestra especialidad, tanto en lo teórico "puro" como en lo teórico clínico. Debemos hacerlo, porque sin filosofía nuestro quehacer encalla en los bancos de arena del pragmatismo utilitarista, y peor aún, sin siquiera darnos cuenta de ello, como denuncia Norberto Conti cuando lamenta la "desfilosofización del *psiquiatra contemporáneo*" (48). Esta desfilosofización sólo se remedia filosofando, es decir, reflexionando sobre nuestra profesión y sus dificultades, en un diálogo siempre abierto con otras disciplinas, con colegas, pacientes y semejantes.

No todo es complejo, es cierto. Algunos problemas médicos y psiquiátricos se benefician con un enfoque simple y directo, y hasta se prestan al diseño de diagramas de flujo que facilitan la tarea, la enseñanza y el consenso.

Pero hay otros que se escapan a los esquemas simples, a los intentos de síntesis, a los acuerdos generales.

Entre ellos, el suicidio. Y sobre todo, su telón de fondo: la muerte.

Nuestra deuda mayor, como venimos diciendo, es con el tema de los temas, "*la muerte, ese otro mar, esa otra flecha, que nos libera del sol y de la luna y del amor*", como dice Borges en un estremecedor soneto.

En principio se diría que resulta problemático pensar sobre la muerte en épocas en que ésta se repudia. Enseñada se recuerda que la teoría freudiana fue concebida en el clímax del tabú de la sexualidad.

Tal vez este marcado rechazo por la muerte que exhibe hoy la cultura occidental pueda servir de acicate para profundizar nuestra comprensión sobre ella, del mismo modo que un avión despegue mejor con el viento en contra ■

### Referencias bibliográficas

1. Ariès, Philippe. *Morir en occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora; 2007.
2. Ey H. *El suicidio patológico*. En: Ey H. *Estudios psiquiátricos*. Buenos Aires: Polemos; 2008.
3. Stagnaro, JC. Algunos problemas de la psiquiatría contemporánea analizados desde la perspectiva bioética. *Vertex* 2007; 18: 376-381.
4. Stagnaro JC. La clínica del proceso suicida en los ancianos y recomendaciones para su prevención: Una revisión bibliográfica. *Vertex* 2003; 14: 146-151.
5. Agerbo E. High income, employment, postgraduate education and marriage: a suicidal cocktail among psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64 (12): 1377-1384.
6. Chen Y, Lu T. Suicide prevention is not just about treating depression. *Inj Prev*. 2006; 12: 208.
7. Clayton P, Auster T. Strategies for the prevention and treatment of suicidal behavior. *Focus* 2008; 1: 15-21.
8. Crandall M. Suicide. Scientific overview and relevance for trauma care providers. *Trauma* 2007; 9: 213-220.
9. Erlangsen A, Canudas-Romo V, Conwell Y. Increased use of antidepressants and decreasing suicide rates: a population-based study using Danish register data. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 448-454.
10. Luoma J, Martin C, Pearson J. Contact with mental and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909-916.
11. Miller M, Azrael D, Hemenway D, Lippman S. The association between changes in household firearms ownership and rates of suicide in the United States, 1981-2002. *Inj Prev* 2006; 12: 178-182.
12. Moscicki E. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clin Neurosci Res* 2001: 310-323.

13. Moscicki E. Epidemiology of Suicide. *Int Psychogeriatr* 1995; 7: 137-148.
14. Henriksson S, Isacson G. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jämtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114 (3): 159-167.
15. Baldessarini R, Jamison K. Effects of medical intervention on suicidal behaviour. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl. 2).
16. World Health Organisation. World report on violence and health. Geneva, Switzerland; 2002.
17. Arango V, Huang Y, Underwood M, Mann J. Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior. *J Psychiatr Res* 2003; 37: 375-386.
18. Cervilla J, Molina E, Rivera M, Torres-Gonzalez F, Bollon J, Moreno B, et al. The risk for depression conferred by stressful life events is modified by variation at the serotonin transporter 5HTTLPR genotype: evidence from the Spanish PREDICT-Gene cohort. *Mol Psychiatry* 2007; 12: 748-755.
19. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330: 396-399.
20. Laje J, Paddock S, Manji H, Rush A, Wilson A, Charney D, et al. Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1530-1538.
21. Mann J. Neurobiology of suicidal behaviour. *Neuroscience* 2003; 4: 819-828.
22. Purselle D, Nemeroff C. Serotonin transporter: a potential substrate in the biology of suicide. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28: 613-619.
23. Durkheim, E. El suicidio. Buenos Aires: Editorial Schapire; 1965.
24. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 190-195.
25. Beck A, Steer R, Kovacs, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-563.
26. Roy A. Suicidio. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 6ta edición. Buenos Aires: Editorial Inter-Médica; 1997.
27. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (6): 693-704.
28. Petronis K, Samuels J, Moscicki E, Anthony J. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Sos Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 193-199.
29. Hornstein, L. Las depresiones. Buenos Aires: Paidós; 2006.
30. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior. *American Psychiatric Association*; 2003.
31. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent).
32. Dabi E, Matusevich D, Finkelsztejn C. Trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 60 años que realizan tentativas de suicidio. *Vertex* 2003; 14: 124-127.
33. Matusevich D, Finkelsztejn C, Dabi E. Tentativas de suicidio en la vejez: datos del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Vertex* 2003; 14: 119-123.
34. Matusevich D. Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez. *Vertex* 2003; 14: 141-145.
35. Black D, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behaviour in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *J Pers Disord* 2005; 18 (3), 226-239.
36. Diesenhämmer E, Ing Ch-M, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss E. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 1.
37. Ebmeier K. No apparent difference in suicide risk between older and newer antidepressants although older drugs may increase risk of suicide attempt during the first month of treatment. *Evid Based Ment Health* 2006; 9: 82.
38. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Survey Replication (INC-R). *JAMA* 2003; 289: 3095-3105.
39. Knox K, Caine E. Strategies to prevent suicide. *JAMA* 2006; 295 (13): 1515-1516.
40. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294 (16): 2064-2074.
41. Szanto K, Kalmar S, Hendlin H, Rihmer Z, Mann J. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64 (8): 914-920.
42. Goldsmith S, Pellmar T, Kleinman A, Bunney W. Reducing suicide: a national imperative. Washington, DC: National Academies Press; 2002.
43. Joe S, Niedermeier D. Preventing suicide: a neglected social work research agenda. *Br J Soc Work* 2008; 38: 507-530.
44. Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 617-626.
45. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85 (1): 83-88.
46. Salvarezza L. Psicogeriatría. Buenos Aires: Paidós; 1993.
47. Foley S, Kelly B. When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. *Adv Psychiatr Treat* 2007; 13: 134-138.
48. Conti N. Filosofía y psiquiatría. *Sinopsis* 2008; 40: 17-22.

# Dolor crónico y tentativa de suicidio en la vejez a través de una narración de caso

**Denise Gaillardou**

*Médica Residente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).  
E-mail: denise.gaillardou@hospitalitaliano.org.ar*

**Daniel Matusevich**

*Médico Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).*

*“No estaban bien económicamente. Ni él ni su hija tenían empleo y a su mujer la habían despedido hace algunos meses de la empresa donde trabajaba (...) Últimamente lo veía deprimido y algo pálido, lo que se sumaba a unos dolores lumbares y a una hernia que arrastraba hace tiempo...”.*

*Clarín, 21 de enero del 2014,  
“Encuentran a una familia muerta y creen que fue un pacto suicida”.*

## Introducción

Las altas tasas de suicidio en la vejez no se ven reflejadas en la cantidad de producciones científicas que aparecen en nuestro país en relación a tan delicado tema, ya que continúan siendo más bien escasas o prácticamente inexistentes. Lo mismo sucede con las presentaciones en congresos de la especialidad, a pesar que la cuestión del suicidio en general ha adquirido en los últimos años algún grado de visibilidad. Los viejos que se suicidan o que intentan suicidarse continúan sin llamar la atención de los investigadores abocados a la cuestión, más atraídos por la espectacularidad de la tragedia del suicidio

adolescente o por la afanosa búsqueda del fármaco que finalmente se constituya como la “medicación antisuicida”; mientras tanto, los viejos continúan suicidándose en los márgenes de una sociedad que aún no ha registrado la magnitud de la situación y que asume con sorprendente naturalidad este hecho, quizás por equiparar vejez con enfermedad, depresión y muerte.

En trabajos publicados con anterioridad intentamos responder los interrogantes planteados en los párrafos anteriores; aquí sólo diremos a modo de introducción que vejez, suicidio y muerte continúan siendo un terri-

---

## Resumen

Reconstruimos parte de la historia de una paciente anciana que realizó una tentativa de suicidio. Identificamos algunos de los factores de riesgo que habrían podido actuar como determinantes en la decisión final de la paciente: dolor crónico, aislamiento social, rasgos narcisistas de la personalidad, depresión y antecedentes familiares. Analizamos las dificultades y limitaciones que se presentan para abordar a estos pacientes con el objeto de intentar despertar un mayor interés en la investigación y el tratamiento de los mismos.

**Palabras clave:** Dolor crónico - Suicidio en la vejez - Rasgos narcisistas de la personalidad.

CHRONIC PAIN AND SUICIDE ATTEMPT IN THE ELDERLY THROUGH A CASE NARRATION

## Abstract

We sought to reconstruct the case of an elderly patient who made a suicide attempt. We have isolated and identified certain risk factors which could have determined the patient's final decision, such as chronic pain, social isolation, narcissistic personality traits, depression and family suicidality. We analyze the difficulties and limitations found in the current treatment of these patients, with an aim to raise greater interest in the research and treatment of them.

**Key words:** Chronic pain - Suicide in the elderly - Narcissistic personality traits.



torio inexplorado para la mayoría de los clínicos, que evidentemente prefieren dirigir sus intereses hacia otros rumbos menos complicados, sin duda alejados de estos dilemas que inevitablemente ponen en entredicho las concepciones del profesional, apartándolo de zonas de confort cognoscitivo donde la decadencia y la finitud puedan ser soslayadas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Es en este sentido que prolongar la tarea clínica, la investigación y la publicación es una forma de continuar incrementando la visibilidad de este tema que siempre se ubica en el otro extremo de las modas a pesar de proponer una combinación de elementos que continúan siendo un enigma y uno de los grandes interrogantes de la medicina.

¿Por qué las personas se suicidan? ¿Por qué se suicidan los viejos? Estas preguntas permanecen sin ser respondidas, en la oscuridad, resistiendo a todos los intentos de explicación y de clarificación, desafiando nuestra capacidad de comprensión y de análisis. Las teorías nos ayudan, el intento multidisciplinario hace que nos sintamos menos solos, pero las incógnitas persisten desafiando la capacidad de análisis de los investigadores más avezados. La humildad epistemológica y la amplitud teórica deberán ser los guías que acompañen a aquel que decida intentar recorrer estos caminos, sin dejar de lado el apoyo que brinda la posibilidad de que la tarea sea realizada en el marco de un equipo de trabajo. Quizás sea ahí, en la usina de pensamiento grupal, donde se pueda comenzar a forjar algún intento de respuesta.

En este punto es necesario aclarar que consideramos un error esperar que sea el modelo científico el que aporte en solitario las contestaciones que estamos buscando; la literatura y el arte también deben ser convocados ya que a lo largo del tiempo han realizado invalorable aportes que han contribuido a echar luz sobre algunos aspectos.

Decidimos construir una historia de tentativa de suicidio en la vejez que reúna una gran cantidad de los elementos que muchas veces se presentan en las carreras suicidas de nuestros pacientes ancianos; nos inclinamos en esta ocasión por la historia, soslayando a la presentación clínica, debido a que la primera nos permite una mayor plasticidad a la hora de combinar los diferentes elementos explicativos y de análisis. Si bien nuestra paciente es una ficción, los elementos que la constituyen han sido tomados de un número variado de historiales clínicos con el objeto de facilitarnos la observación de aquellos fenómenos que nos parecen centrales a la hora de intentar categorizar el proceso suicida.

Esta comunicación prioriza al modelo narrativo y el enfoque cualitativo, dejando de lado los aspectos cuantitativos de la cuestión, sin relativizarlos pero con el firme convencimiento de que la matriz suicidológica de la vejez deberá ser construida con elementos que contengan ambas miradas, en permanente diálogo e interpelación (9).

Nuestra elección se sostiene en la convicción de que la mayor parte de las corrientes que investigan el suicidio en la actualidad nos proponen un mapa de números, estadísticas y variables biológicas que en no pocas

ocasiones ocultan la realidad clínica de las personas que realizan tentativas de suicidio o se suicidan; de esta forma el horizonte explicativo de la cuestión resulta notablemente empobrecido y se produce el clásico efecto que podemos atribuir a las corrientes positivistas: creer que existe una única respuesta que está ahí, esperando que algún iluminado la descubra, mientras que la realidad es otra, muchísimo más compleja y, como señalamos con anterioridad, inmune a cualquier intento de simplificación.

En trabajos anteriores nos centramos en los rasgos narcisistas de personalidad, en las particulares depresiones de este grupo, en las fallas cognitivas, en ciertas variables epidemiológicas significativas, en los análisis de algunos textos representativos del suicidio y en aquellos viejos que dejan notas suicidas antes de llevar adelante su cometido (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). En esta ocasión hemos elegido presentar una vida con dolor para problematizar cómo se instala el fenómeno suicida a su alrededor, cuáles son sus características y cómo se va desarrollando.

Si bien el dolor ha sido tomado en cuenta en varias comunicaciones desde el punto de vista epidemiológico, han sido pocos los trabajos que se han focalizado en las historias de los pacientes que lo padecen y su relación con el suicidio. Este hecho nos ha llamado poderosamente la atención teniendo en cuenta la frecuencia con que acompaña diversos modelos de envejecimiento y que cuando está presente condiciona sensiblemente las coordenadas vitales de aquel que lo padece, generando en muchas ocasiones un espiral de sufrimiento que puede llegar a conducir a la tentativa o al suicidio. Más que hablar de dolor deberíamos hablar de dolores, ya que cada uno es singular en sus características y en cómo es experimentado por aquel que lo sufre. Si bien estamos de acuerdo con Benesdra cuando plantea que no existe conclusión posible para el estudio del dolor, ya que los contextos culturales en los que es posible experimentarlo continúan cambiando (o sea que no hay lugar para las simplificaciones), en este escrito intentaremos delinear un recorrido posible que abarque la vejez, el dolor y la tentativa de suicidio con la limitada pretensión de que el lector interesado tenga la posibilidad de visitar este tema a partir de una historia de primera mano (10, 11, 12).

## Narración

*Martina tiene 85 años, realiza gran cantidad de consultas a su médico clínico, el motivo de las mismas siempre es el mismo, el dolor. A qué dolores nos referimos: una molestia aguda, punzante en la zona lumbar junto con molestias en la cara, los brazos, y las rodillas. El dolor es parte de su identidad "... me duele todo en esta vida...", las poliartalgias mejoran para luego empeorar, los analgésicos y la faja sirven como paliativo por muy poco tiempo. A esto se agregan problemas auditivos que condicionan un importante aislamiento "... me operaron y no sirvió de nada..."*

*Vive sola, pasa gran parte de su día en la cama, le cuesta encontrar motivos para seguir viviendo, se da cuenta de que "...mi cabeza no está bien...", permanentemente le viene a la memoria el recuerdo de la hermana suicidada a los 32*

años, abandonada por su novio al pie del altar, deprimida y finalmente encontrada muerta por una sobredosis de barbitúricos en el baño. El día de su cumpleaños, después de haber pasado la mayor parte de la jornada acompañada por sus familiares, decide que no quiere continuar viviendo y realiza una tentativa de suicidio con 80 pastillas de lorazepam y alprazolam; cuando se le preguntan los motivos que la llevaron a tomar la decisión ella no duda un segundo: "... ya estoy molestando, no quiero ser una carga para mis hijos, he vivido mucho y ha sido una vida de dolor... me duele desde que era joven, mi sobrino se murió hace cinco meses... y yo sigo viva. Sólo Dios me puede ayudar a sacarme este dolor...". Pero el dolor no es el único elemento, por las noches el sueño no llega nunca, el día se hace interminable, la tristeza tiñe casi todos los momentos y el aislamiento de todo y todos va marcando el ritmo de los días. Y la idea de la muerte del sobrino que no la deja en paz ni a sol ni a sombra. Para dejar tranquilo al hijo y a los nietos iba a ver a la Dra. G., todas las semanas, religiosamente pero que podía hacer ella, le daba antidepresivos y charla pero el dolor seguía como si nada... Después del intento de suicidio la llevan a lugar donde tienen encerrado a los locos, la internan, para cuidarla dice el hijo, para que le saquen el dolor. Ella siempre se las arreglo sola, nunca necesito a nadie, así crió a su hermano primero y a su hijo después, así sobrevivió a su esposo que falleció hace más de 10 años y así aguantó la muerte de la hermana y los padres en dos años. Los dolores empezaron a los 14 y no se fueron más, siempre fue modista, siempre trabajó mucho, siempre aguantó y eso nunca fue un problema, pero ahora no aguanta más. La desesperanza es la música de fondo que acompaña todos los momentos de la vida de Martina "... la muerte de mi madre, el suicidio de mi hermana y el fallecimiento de mi padre fue en el lapso de dos años, he sufrido todas estas penas y los recuerdos, me agobian tanto como los dolores...". La pérdida de control para quien siempre lo ejerció se hace muy difícil de sobrellevar, contribuye sobremanera a la desolación general "... yo agarre el timón de la casa, salía muy poco, trabajaba todo el tiempo...". En una vida definida por sostener y por aguantar algo se quiebra, las cosas no pueden seguir igual que siempre "... salía una vez para ir a la verdulería, así estuve un año, aguantando dolores y haciendo cosas, ropita para mis nietos. Ahora no hacía nada, estuve dos meses con dolores insoportables. Pensé en matarme, que no fallara y no me causara dolor, lo ideal sería irse en paz, pero tengo ganas de irme". La cuestión de ser una molestia vuelve una y otra vez, igual que el dolor "... siento que soy una carga para los demás, no quiero que ellos sufran por mí, bastante sufro yo, las cosas que viví solo yo las sé y se van a ir conmigo..."

### **Análisis de los factores de riesgo y del dolor crónico**

En la narración de nuestra paciente podemos observar una compleja interacción entre los factores de riesgo suicida en la vejez y el dolor crónico, quedando establecida una interfase donde cada uno de los elementos potencia al otro hasta terminar condicionando la conducta suicida. Con el material que recolectamos en las entrevistas

elaboramos una secuencia explicativa y comprensiva de la situación, de ninguna manera consideramos que dicha secuencia sea la única posible, estamos convencidos que existen otros sentidos, nuestra propuesta se centra en este modelo interpretativo que creemos se puede adaptar a otras historias de dolor y suicidio en la vejez.

En primer lugar consideraremos los antecedentes familiares y los rasgos de personalidad; una muerte cercana por suicidio abre un campo de posibilidades que de otra forma probablemente quedaría ocluido; el suicidio de la hermana de la paciente inscribe en el libro familiar la posibilidad de que suicidarse sea una opción de vida, una respuesta posible frente al dolor, las decepciones y la depresión.

Complementando esta circunstancia aparecen los rasgos de personalidad, narcisistas creemos nosotros, que cuando dejan de ser operativos en el proceso de envejecimiento comienzan a actuar como contrapeso para bloquear la efectividad de la ayuda que pueda llegar, tanto familiar como profesional. Estos rasgos fueron ampliamente funcionales en la juventud y en la madurez de nuestra protagonista, permitiéndole enfrentar los diferentes desafíos vitales tanto afectivos como económicos con soltura, desplegando un funcionamiento que podríamos calificar como hipomaníaco, ya que deja de lado la reflexión, el autoanálisis y la elaboración de los duelos, para centrarse en superar los obstáculos vitales con un gran compromiso de energía física. Muchos años más adelante, cuando el dolor crónico realizó su tarea y debilitó lo suficiente el andamiaje corporal, la paciente comienza a sentir que no puede continuar, que aquellos mecanismos que le permitieron ser lo que es y llegar a donde llegó ya no funcionan: el cuerpo comienza a no responder. Lentamente, sin prisa pero sin pausa, el dolor comienza a tomar el relevo, una presencia permanente que va usurpando el control del diario vivir. Una consecuencia de este hecho es el aislamiento, fenómeno muy habitual en aquellos aquejados de dolor crónico; por un lado, se relaciona con la dificultad para continuar realizando las tareas habituales; y por el otro, con una fuerte pérdida de interés por las mismas, que ya no son las mismas debido a que el dolor hace que se vean distintas, diferentes, que pierdan sentido. El retirarse del mundo en este caso guarda relación con no querer transformarse en una carga para la familia, en el rechazo de ser una molestia para los demás, un obstáculo para el desarrollo familiar. A esta situación también contribuyen los rasgos narcisistas de personalidad, que incrementan la percepción que tiene nuestra paciente en relación al lugar que ocupa en el entramado familiar.

La incapacidad de adecuarse a los cambios que plantea una vejez con dolor se expresa en una notable rigidez psíquica, las respuestas frente a los nuevos desafíos son estereotipadas, basadas en el esquema corporal pasado, no poder seguir haciendo lo que siempre se hizo es equivalente a ser completamente incapaz. Este tipo de respuestas caracterizadas por una lógica binaria van contribuyendo a aumentar el aislamiento de la persona, ya que al no poder hacer exactamente lo que desea, termina, en muchas ocasiones, encerrada sin hacer nada. Por

supuesto que la hipoacusia contribuye sensiblemente a aumentar todas estas sensaciones, además de justificar muchas conductas de aislamiento.

Analicemos la importancia del resto de los actores y cómo se van incorporando al drama suicida; la depresión se instala lentamente, de manera casi natural, acompañando el devenir del dolor. La retracción es la regla, lo mismo que el abandono de las actividades que dan sentido al diario vivir, la angustia es permanente, lo mismo que las ideas que definen la cosmovisión depresiva. Sin duda la desesperanza es la imagen clave para poder llegar a comprender como se configura la idea de suicidio en nuestra paciente: es necesario que pensemos en cómo se desarrolla una vida con dolor, como se van superando las barreras de la ayuda hasta consolidar la convicción de que nada se va a modificar, que todo seguirá igual independientemente de la asistencia que se decida implementar. Las conexiones entre depresión y dolor son de una complejidad que supera ampliamente las posibilidades de nuestra observación, con profundos nexos tanto biológicos como psicológicos, aquí simplemente agregaremos que cuanto más tiempo de evolución lleve el enlace peor será el pronóstico, requerirá intervenciones de mayor complejidad y habrá escasas garantías de alcanzar algún tipo de suceso.

Los tratamientos, tanto farmacológicos como a través de la palabra plantean gran cantidad de limitaciones en relación a sus posibilidades de mejorar a estos pacientes; la expectativa con respecto a los antidepresivos radica en que la depresión y las ideas suicidas se desvanezcan, situación imposible de suceder en la mayoría de los casos. En algunas ocasiones podemos alcanzar una mejoría sintomática relativamente leve, que está directamente relacionada con el hecho de que disminuya o desaparezca el

dolor. Si el mismo no responde, la depresión tampoco lo hará, estableciéndose una retroalimentación que aumentara la profundidad de los síntomas y la desesperanza. La mayoría de estos pacientes rechazan la psicoterapia, no creen que el hecho de hablar (y escuchar) pueda llegar a ser beneficioso, volver el tiempo atrás, ser el que alguna vez fue es la meta y ninguno de los modelos de psicoterapia existente en la actualidad fueron diseñados para alcanzar dichos objetivos.

En una minoría de estos pacientes es posible, a través de un trabajo de orfebre, diagramar una alianza terapéutica que permita analizar las ideas depresivas e intentar algún cambio mínimo, más allá de la persistencia del dolor. Requiere una gran disponibilidad además de un considerable monto de pericia técnica de parte del terapeuta, que deberá estar entrenado en los dilemas de la psicoterapia de corte psicoanalítico además de tener habilidades en psicoterapia familiar y estrategias cognitivo-conductuales. Creemos que una buena táctica consiste en enfocarse en el desafío que representan estos pacientes y sus familias, más allá de las evidentes limitaciones terapéuticas con que nos enfrentamos en el momento actual.

A través de esta breve comunicación hemos intentado describir y analizar algunas de las situaciones que nos proponen este grupo de pacientes, con el modesto objetivo de aumentar la visibilidad de los mismos y motivar a otros grupos de colegas en el reconocimiento de las variables clínicas que los caracterizan. Independientemente de las dificultades que nos presenta el recorrido consideramos que la interfaz dolor y suicidio en la vejez merece una mayor atención de parte del colectivo de los investigadores, quizás más abocados a otras temáticas menos angustiantes y más esperanzadores que las vidas con dolor de los viejos que intentan suicidarse, o que

## Referencias bibliográficas

1. Matusevich D, Finkelsztein C, Dabi E. Tentativas de suicidio en la vejez: datos del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Vertex* 2003; XIV (52): 119-123.
2. Matusevich D, Finkelsztein C, Dabi E. Trastorno Depresivo Mayor en pacientes mayores de 60 años que realizan tentativas de suicidio. *Vertex* 2003; XIV (52): 124-127.
3. Matusevich D, Finkelsztein C, Vairo C. Demencias, tentativa de suicidio y suicidio. Estudio de casos. *Vertex* 2003; XIV (52): 128-133.
4. Matusevich D. Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez. *Vertex* 2003; XIV (52): 141-145.
5. Perez Barrero S, Matusevich D. El suicidio en la vejez. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2009.
6. Mantaras G, Matusevich D. Narcisismo y tentativa de suicidio en la vejez: análisis de un caso. Sinopsis Diciembre 2010.
7. Matusevich D. El suicidio en la vejez. *Vivir en Plenitud* 1996; 10:5-14
8. Mantaras G, Matusevich D. El "pacto" de los Süllos reaviva el prejuicio: ¿puede haber justificativos cuando los viejos se suicidan? *Newsweek Argentina* 2013.
9. Mantaras G, Matusevich D. Métodos cualitativos en psiquiatría: utilización del "relato de vida" para el estudio del suicidio en la vejez. *Vertex* 2012; 23 (105): 359-63.
10. Benesdra S. El camino total. Buenos aires: Editorial Eterna Cadencia; 2012.
11. Wilson G. Chronic Pain and the interpersonal theory of suicide. *Rehabilitation Psychology* 2013; 58 (1): 111-115
12. Kanzler K., Suicidal ideation and perceived burdensomeness in patients with chronic pain. *Pain Pract* 2012; 8 (12): 602-609.



## *el rescate y la memoria*

# Harry Strack Sullivan: una mirada socioambiental sobre la psicopatología



*Harry Strack Sullivan nació el 21 de febrero de 1892 en el estado de New York, estudió la carrera de medicina en la escuela de Medicina y Cirugía de Chicago, recibiendo en 1917, fue movilizado en la Primera Guerra Mundial y luego trabajó como médico militar en el Servicio de Salud Pública hasta 1922. Hasta 1930 estuvo trabajando en la Universidad de Maryland y en el Hospital Pratt de Towson donde entró en contacto con pacientes esquizofrénicos, siendo esta patología una de sus principales intereses tanto en la interpretación teórica como en el abordaje terapéutico. Entre 1933 y 1949 se desempeñó como director de la Escuela de Psiquiatría de Washington y editó la publicación Psiquiatría en el cual dio a conocer sus trabajos y adquirió relevancia entre sus pares, llegando a participar en el proyecto de estudio de tensiones sociales de la UNESCO. Fallece en enero de 1949, inesperadamente, en París mientras asistía a un evento científico*

*El pensamiento de Sullivan se centra en su Teoría interpersonal que se aplica tanto para la personalidad normal como para los trastornos psiquiátricos, en ella se combinan elementos*

*de la teoría freudiana con la teoría del status de George Herbert Mead, el método biológico de Adolf Meyer y la antropología y sociología de Ruth Benedict y Edward Sapir.*

*La breve introducción a su teoría interpersonal del desorden mental, que presentamos aquí, corresponde a un fragmento del libro Estudios clínicos de psiquiatría, el cual recoge más de doscientas conferencias brindadas por Sullivan en Chestnut Lodge entre 1942 y 1946, publicadas en el original en inglés en 1954 y traducidas al castellano, en una edición hoy inhallable, en 1963.*

### **La teoría interpersonal del desorden mental<sup>1</sup>**

Al encarar el problema del desorden mental, debo subrayar que, en mi opinión, los individuos que presentan desórdenes mentales no exhiben manifestaciones específicamente diferentes de las que caracterizan a casi todos los seres humanos. Constituyen la única excepción las personas muy gravemente disminuidas por factores hereditarios o por lesiones recibidas durante el nacimiento. La asimilación de este concepto no ofrece mayores dificultades, excepto quizás cuando el cuadro del desorden incluye la reaparición de procesos que corresponden a la última fase de la infancia o a los primeros tiempos de la niñez. Desde mi punto de vista, es

preciso aceptar como premisa necesaria que el material observado en las diversas etapas de la esquizofrenia –el desconcierto, la ansiedad y el terror provocados por la sensación de vastedad y de pequeñez, y la extraña formulación de la pertinencia– forma parte de la experiencia habitual de las etapas muy primitivas del desarrollo de la personalidad de todo ser humano. Sin embargo, la mayoría experimenta estos procesos en el curso de la vida posterior como meros y extraños fragmentos que llegan desde el sueño o en las fugaces imágenes de lo que denominamos ansiedad.

Durante el desarrollo del sistema del yo estos tipos primitivos de operación mental se separan de la conciencia. La determinación de las formas de dicho desarrollo

<sup>1</sup> En: Sullivan, H. S. *Estudios clínicos de psiquiatría*. Ed. Psique, Bs. As., 1963, pág. 17-25

a través de las diversas etapas del desenvolvimiento de la personalidad es absolutamente esencial para la inteligencia de mi concepción sobre el desorden mental; sobre este aspecto ya me he pronunciado con cierta amplitud. El sistema del yo está delimitado en la personalidad por la necesidad de abrirse paso a través de las incomprensibles e irracionales normas de conducta establecidas por los padres; en otras palabras, el niño debe ser educado en un orden social muy complejo antes de que esté en condiciones de asimilar la razón y el sentido de todo el asunto, mucho antes de que el mecanismo se torne inteligible... supuesto, claro está, que sea posible hablar de inteligencia del orden social. Y el sistema del yo se convierte en la organización que controla la conciencia; todas las operaciones que no incumben esencialmente al yo, caen fuera de los límites de la conciencia. El hecho puede ser observado muy claramente, por muy difícil que resulte razonarlo con absoluta sencillez.

En los primeros tiempos del proceso de educación y de socialización, el sistema del yo empieza a surgir en la personalidad; y desde ese momento en adelante los difusos procesos referenciales del período anterior comienzan generalmente a desaparecer de la conciencia. Desde el instante en que el sistema del yo comienza a aparecer, es posible distinguir con bastante facilidad tres aspectos del proceso de la personalidad: primero, el yo lúcido y absolutamente activo; segundo, aquella parte de la personalidad a la cual la conciencia no tiene fácil acceso, es decir, el resto de la personalidad, la cual, en otro contexto, puede ser considerada la personalidad total, y dentro de ella el yo como la parte excéntrica; finalmente, el período consagrado al sueño, durante el cual el yo se encuentra relativamente adormecido, y se realizan muchas actividades que no sería factible ejecutar cuando el yo está funcionando activamente.

Ahora bien, para esquivar o reducir al mínimo la ansiedad inherente a la incesante lucha destinada a defender al sistema del yo frente a los difusos procesos de referencia que no pueden ser admitidos en la conciencia, entran en acción varios procesos específicos, los dinamismos. En el curso de la siguiente serie de conferencias consideraré dichos dinamismos desde este triple punto de vista, como abstracciones unitarias útiles para dilucidar la naturaleza de los síntomas de un paciente y para observar los procesos que se desarrollan en nosotros mismos. Obsérvese que empleo el término dinamismo allí donde otros psiquiatras utilizan a menudo la palabra mecanismo. La expresión "mecanismo" nunca me agradó, porque siempre sugiere un motor diesel. Y en el terreno de las relaciones interpersonales sólo podemos estar seguros de una cosa, y es de que existen procesos que son dinámicos; no constituyen entidades estáticas y mecánicas. Estos procesos encierran cierto elemento energético, y son muy capaces de avanzar hasta cierta meta, hasta cierto estado final, y entonces se extinguen momentáneamente, y no dan señales de vida hasta un momento ulterior, en que nuevamente pasan a primer plano.

Cuando hablo de dinamismos de dificultad me refiero a aquellos procesos que, si bien forman parte de toda

personalidad, son al mismo tiempo los aspectos particulares de la dote personal, a menudo impropriamente utilizados. En otras palabras, estos dinamismos actúan en situaciones o con arreglo a métodos que no alcanzan su objetivo, o que, en el mejor de los casos, alcanzan sólo un objetivo insatisfactorio. Como consecuencia de ello, exhiben cierta tendencia a prolongarse indefinidamente. La frecuente recurrencia de estos procesos o su tendencia a ocupar prolongados lapsos caracterizan a los enfermos mentales, y los distingue de quienes se encuentran relativamente bien.

La extraordinaria dependencia de una personalidad dada respecto de un dinamismo particular constituye, a mi entender, el concepto fundamental que debemos tener presente cuando reflexionamos sobre el desorden mental. El paciente esquizofrénico, por ejemplo, es a menudo una persona que en el pasado exhibió persistentemente el dinamismo que llamamos disociación, como medio de resolver el conflicto entre ciertas poderosas necesidades y las restricciones que el yo impone a las satisfacciones de dichas necesidades. Es decir, quienes han disociado un factor tan poderoso como la lujuria, por ejemplo, corren grave peligro de colapso esquizofrénico.

Consideraremos estos dinamismos siguiendo un orden que en líneas muy generales es el mismo en que aparecen durante la evolución de la personalidad. En primer término examinaremos la sublimación, que se inicia bastante precozmente en el curso de la vida, y luego nos ocuparemos del dinamismo obsesivo, que nace con el aprendizaje del lenguaje. Ambos dinamismos guardan relación con la protección del sistema del yo frente a la aparición en la conciencia de tipos de procesos referenciales, de pensamientos o de ensueños estrechamente relacionados con los procesos de naturaleza esquizofrénica de la fase final de la infancia y principios de la niñez; y hemos de detenernos de tiempo en tiempo para considerar su relación con estos primitivos procesos referenciales. El vasto cuerpo de procesos destinados a controlar la conciencia, al que denominamos desatención selectiva, cobra por vez primera la jerarquía de dinamismo importante durante la etapa juvenil. Luego, consideraremos una serie de diferentes dinamismos, todos ellos elementos componentes del equipo humano de protección del sistema del yo ante las manifestaciones secundarias pero efectivas de angustia, y ante la más temible posibilidad de colapso del sistema del yo. Finalmente, como último paso de esta reseña de los dinamismos de dificultad, consideraremos los procesos disociativos propiamente dichos y su relación con el desorden principal de la personalidad. De ese modo estaremos en condiciones de dirigir nuestra atención a las implicaciones y posibilidades terapéuticas desde el punto de vista de las pautas fundamentales de las dificultades: las llamadas entidades clínicas.

Cuando consideramos los distintos dinamismos o procesos de la vida, debemos tener presente que ellos constituyen la resultante del carácter mismo de la naturaleza humana en el marco de las situaciones interpersonales. La situación existe porque la tendencia, la

potencialidad, o la posibilidad de los procesos no sólo existe, sino que también tiene fuerza; y esta fuerza se manifiesta en la tendencia a integrar la situación. Por consiguiente, en ciertas circunstancias los individuos se agrupan y surgen ciertas situaciones, de manera que de todo ello puede surgir algo. Pueden contribuir a integrar estas situaciones: 1) tendencias aisladas, es decir, unitarias; 2) varias tendencias congruentes, las que quizá se desenvuelvan en una situación de carácter unitario, sin que ocurra nada particular; o, finalmente, 3) tendencias integradoras antagónicas. Sólo de tanto en tanto se tiene la fortuna de hallar una situación simple, producto de una tendencia integradora, y no de dos o más tendencias integradoras congruentes o antagónicas. Cuando existen tendencias integradoras congruentes, los procesos arrojarán probablemente resultados positivos, en el sentido de que todos los afectados saldrán de la situación algo mejor de lo que ingresaron en ella. En cambio, cuando existen tendencias integradoras antagónicas, pueden ocurrir muchas cosas, las cuales esencialmente reflejan el cuadro general del dolor humano. De ahí que ciertas situaciones y ciertos procesos, unas y otros complejos, puedan ser gratos e ingratos, positivos y absolutamente negativos.

Ahora pasaré a considerar el problema de la obtención de información sobre estas tendencias integradoras. ¿Cuáles son las ideas fundamentales que permiten definir las?

Las tendencias integradoras pueden ser definidas, en primer término desde el punto de vista de los objetivos que ellas persiguen; por consiguiente, cabe afirmar que la tendencia integradora es esa suerte de naturaleza de dos o más personas que las impulsa a esforzarse por alcanzar tal o cual estado final, el cual incidentalmente establece la situación en la que dichos procesos pueden ocurrir. Por ejemplo, puede afirmarse que el objetivo de la tendencia a buscar intimidad humana, a la que momentáneamente consideraré una tendencia simple, se refleja en todas aquellas situaciones en la que dos o más personas procuran comprenderse mejor, alcanzar una percepción más clara de sus pequeñas diferencias particulares de opinión, de sus impulsos, y así por el estilo. Por lo tanto, el término "objetivo", aunque filosóficamente pueda ser ambiguo, es bastante adecuado para describir este proceso, dado que la cultura está organizada para concebir en términos de para qué, y para qué implica la existencia de un objetivo. Otro factor que debe ser considerado es el tiempo. El tiempo se proyecta desde el momento actual hacia el futuro, y, diríamos imaginariamente, hacia el pasado; y buen número de planes y de operaciones ahora en proceso de desarrollo desembocarán, de acuerdo con lo que pueda anticiparse claramente, en determinada realización futura; y entiendo que bien podemos ver en esta última el objetivo de la actividad dada, sin necesidad de preocuparnos excesivamente con complicados problemas de probabilidad.

Un enfoque más sorprendente aún del problema de la definición de tendencias, motivos o impulsos integradores es el que se puede realizar desde el punto de vista de lo que la gente siente "individualmente" respecto de

estos objetivos. Todos sabemos que a veces nos sentimos hambrientos, a veces incluso un poco lascivos, o coléricos; y otras veces experimentamos sentimientos bondadosos, o más aún, de verdadero amor. El componente así experimentado de las tendencias integradoras que crean situaciones con otra gente y persiguen determinados objetivos se halla tan íntimamente relacionado con lo que llamamos hambre, lujuria, cólera, amor, afecto, etc. que resulta absolutamente adecuado, si cada uno de nosotros no padece ninguna forma de confusión con respecto a su particular personalidad, relacionar estos términos conocidos de todos con las tendencias integradoras a las que pertenecen. Por ejemplo, en una situación cuya fuerza activa es el amor, los participantes sienten lo que ellos mismos llaman amor. Ciertamente, es posible rotular las tendencias integradoras con arreglo al sentimiento que las acompaña, es decir, con arreglo a la representación "emocional" de las mismas en el ámbito de la conciencia. El único inconveniente de este método particular de definición reside en que muchas de las tendencias integradoras no están representadas en la conciencia por ningún sentimiento; y muy a menudo las tendencias integradoras representadas a veces en la conciencia por un sentimiento son muy efectivas sin necesidad de dicha representación; en otras palabras, trabajan inconsciente o externamente para alcanzar el plano de la conciencia. Por consiguiente, las tendencias integradoras pueden mostrarse activas y es posible que existan situaciones sin que los participantes sientan emoción.

Finalmente, diríamos que, más oscuramente aún, las tendencias integradoras pueden ser definidas desde el punto de vista de los factores a los que ellas confieren vigencia o –esta afirmación puede sonar un poco paradójica– desde el punto de vista de los factores que confieren vigencia a dichas tendencias. En otras palabras, dado que las tendencias integradoras corresponden a la trama misma de la vida –a lo que ocurre entre la gente–, es comprensible que se pueda definir las en relación con las esferas que las personas afectadas consideran con seriedad cuando la tendencia integradora ejerce su influjo; o, para decirlo de otro modo, podemos determinar cuáles son los factores estrechamente relacionados que impulsan al individuo a integrarse en una situación dada.

En esta tentativa de definición de las tendencias integradoras, se observará que el campo de trabajo nunca es perfecto, debido a su extremada complejidad; pero tampoco es nunca absolutamente oscuro. Y creo que gracias a esta variedad de enfoques de tan compleja esfera de investigación podremos aclarar progresivamente el núcleo de nuestras disquisiciones, de nuestros pensamientos y, en definitiva, de nuestra vida.

Sea cual fuere el método de clasificación de las tendencias integradoras, se pisa terreno mucho más firme cuando se consideran dos grandes objetivos generales de la situación. Estos dos grandes grupos de objetivos han surgido del más fundamental aspecto de la humanidad misma: a saber, que la humanidad y los seres humanos que constituyen la humanidad son formas extraordinarias de evolución de animales muy capaces. Los seres

humanos no son animales, pero parten de la animalidad. Y estos animales se convierten en seres humanos en lugar de quedar en simples miembros de la especie *homo sapiens* mediante la asimilación e incorporación de una vasta masa de cultura; entendiéndose por cultura todo cuanto en el mundo es obra del hombre, desde los puntos de vista científicos y las organizaciones populares e informales de carácter cultural y social, hasta las más sagradas tradiciones e instituciones, por ejemplo el Estado y la nación. Todo estos entes son “restos” de la vida humana que ha sido vivida; pero son al mismo tiempo parte viviente y activa de mucha gente. Durante este proceso de transformación de un ser que al nacer es un animal altamente dotado en una persona que convive con otras, y paralelamente a la pérdida de la definida individualidad biológica que el niño *homo sapiens* poseía, gran número de las tradiciones, principios de vida y muchas otras cosas elaboradas por nuestros prójimos en el curso del período histórico y que nos inculcan nuestros padres, maestros, compañeros, etc. se inficionan en nosotros y se convierten, desde muchos puntos de vista, en nuestro rasgo más saliente. Y precisamente durante este proceso, en virtud del cual el animal humano se convierte en ser humano –objeto de interés psiquiátrico, en lugar de mero objeto de interés biológico–, es cuando cristaliza una gran diferenciación de los objetivos de la conducta y por consiguiente de las tendencias integradoras que caracterizan a las relaciones interpersonales. Examinaré esta diferenciación desde el punto de vista de la satisfacción y de la seguridad.

Nunca hemos podido descubrir qué aspecto tendría un animal humano que no se convirtiera en ser humano, porque los animales humanos no pueden vivir sin ayuda, y la ayuda les aporta cultura. Por este camino, como

podía anticiparse, llegamos al otro grupo de tendencias integradoras, las que sufren la acentuada influencia de la cultura. Este grupo de tendencias integradoras, no está claramente indicado en la herencia biológica del animal humano; a los procesos toca la tarea de establecerla, y guardan particular relación con las situaciones vinculadas a la tarea de adquirir jerarquía de persona, en oposición al ser del animal. Por consiguiente, derivan más evidentemente de la esfera cultural, de la asimilación formativa del hombre, que es parte de la propia educación, etc.; y cuando se ha realizado el estudio de estas tendencias, se comprueba que es posible agruparlas bajo un mismo título: seguridad. A diferencia de la búsqueda de la satisfacción, estas tendencias integradoras de origen predominantemente cultural o educacional se vinculan con la búsqueda de la seguridad, o con el mantenimiento de la seguridad, o con el esfuerzo por evitar la inseguridad. Reflexionando sobre ellos, todos nosotros recordamos experiencias pasadas –cuyos efectos se manifiestan aún en el presente– en el curso de las cuales alguien nos consideraba importantes, valiosos, estimables, o nos miraba con desdén, desprecio o disfavor. La denominación más general que he hallado para los estados concomitantes del hecho de ser valorado, respetado, considerado con estima, etc., es el sentimiento de seguridad personal; y el término “inseguridad” es aún más eficaz como expresión general que abarque todos los estados y todos los procesos desencadenados por situaciones opuestas a las mencionadas más arriba.

Esta diferenciación entre la búsqueda de satisfacción y el mantenimiento de la seguridad –es decir, la tendencia a evitar la angustia– es, en mi opinión uno de los más importantes principios de clasificación de toda nuestra ulterior exposición sobre el problema de la vida ■

# Lecturas y señales

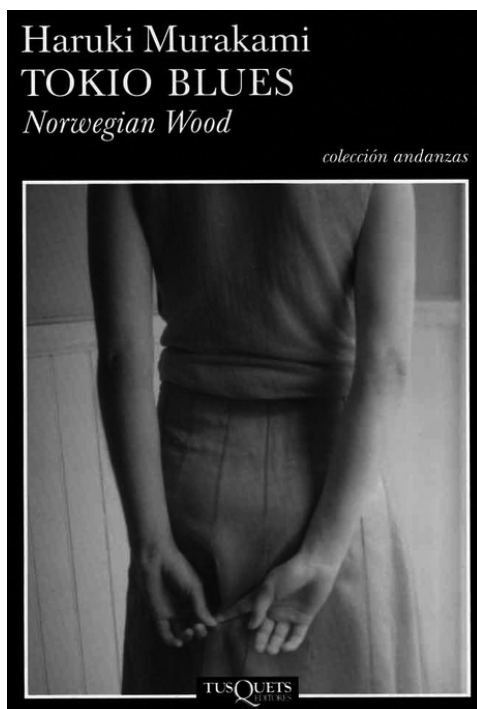


## Tokio Blues

Daniel Matusevich

*“La sensación es entonces es totalmente distinta y permite situar a Tokio Blues en el grupo al que pertenece: el de los libros que habría que leer cada vez que olvidamos cuales son las cosas importantes de la vida”*

Guadalupe Nettel, 2006.



**Autor: Haruki Murakami**

Tusquets, 2005

Esta novela, publicada originalmente en el año 1987, fue la que terminó de instalar a Murakami en el panorama literario occidental, ya que hasta ese momento su obra era considerada un secreto para iniciados (pasó de los cien mil libros a los cuatro millones). Este autor, quien es considerado el más occidental de todos los

autores japoneses, tiene una profusa obra en la que no es difícil detectar algunas marcas de autor e influencias que acompañan toda su obra. Entre las primeras encontramos la amistad, la muerte, el sexo, el suicidio, la fugacidad de la vida, las situaciones desconcertantes, los gatos y la soledad. Mencionando sus influencias es imposible no relacionar sus textos con los de Salinger, Mann, Scott Fitzgerald, Kafka, Irving y Carver.

Sus argumentos son una mezcla muy compleja de realismo y fantasía en proporciones variadas, dependiendo del cuento o la novela; con el paso de los años el realismo ha ido disminuyendo y la fantasía se ha transformado en el hilo conductor de la obra. Es interesante repasar la opinión del mismísimo Murakami al respecto: “(..) lo único que hago es perseguir imágenes que acuden a mi mente y, siguiendo ese flujo, voy escribiendo la historia. No sabría explicar la trama, todo viene en un paquete llamado historia, que yo presento envuelto en un texto”.

Si bien afirmó en varios reportajes que *Tokio Blues* fue un simple experimento acerca de la experiencia de escribir una novela naturalista, los lectores atentos e interesados en el fenómeno suicida, sus misterios y posibilidades no podemos menos que estar agradecidos por el ensayo, ya que a lo largo de sus 381 páginas se desarrolla una de las historias más maravillosas de fragilidad, pérdida e imposibilidad de congelar el tiempo que se recuerde.

Todos estos temas para nada pueden ser extraños al psiquiatra sensible, ya que en la larga jornada de acompañar a nuestros pacientes se presentan una y otra vez, generando ecos y resonancias que persisten. Ni que



hablar si agregamos la cuestión suicida, con su misterio imposible de develar, que atrae y repele al mismo tiempo. La reflexión en torno a la muerte es permanente en *Tokio Blues*; la trama se construye en relación al suicidio de uno de los protagonistas y cómo quedaron marcadas las vidas de aquellos que lo rodeaban; la vulnerabilidad del narrador y del resto de los personajes está definida por esta circunstancia, las cosas ya no volverán a ser iguales y el dolor, propio y ajeno, se despliega con una intensidad estremecedora.

Novela crepuscular por excelencia, ya en la primera página quedan establecido el tono y las búsquedas que conducirán el texto (“[...] pensé en la infinidad de

cosas que había perdido en el curso de mi vida. Pensé en el tiempo perdido, en las personas que habían muerto, en las que me habían abandonado, en los sentimientos que jamás volverían”). Nettel sostiene que la novela nos enfrenta a emociones y lugares que la sociedad quisiera esconder a toda costa, subrayando la belleza de la fragilidad humana y de las cicatrices emocionales.

Invitamos al lector a sumergirse en una obra excepcional que bucea en la especial relación de la cultura japonesa con el suicidio y en la necesidad de encontrar un equilibrio entre las esperanzas de la juventud y el sentido de encontrar un lugar seguro en el mundo ■

*“Se mató aquella misma noche en el garaje de su casa. Conectó una manguera al tubo de escape de su N-360, selló los resquicios de las ventanillas con cinta adhesiva y puso en marcha el motor. No sé cuánto tiempo tardó en morir. Cuando sus padres, que volvían de visitar a un pariente enfermo, abrieron la puerta del garaje para meter el coche, Kizuki ya estaba muerto. La radio del coche permanecía encendida; había un recibo de la gasolinera prendido en el limpiaparabrisas.”*