



INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE

# Información

## Clínica

Volumen 14

Número 1

Enero del 2003

## Creatividad y trastorno bipolar

■ La genialidad ha sido vinculada con la psicopatología desde los tiempos de la Grecia clásica; Platón describió cuatro tipos de locura: profética, ritual, erótica y poética. Esta última implicaba que el poeta debía ser poseído por un dios y que la calidad de la obra dependería del dios que había realizado la posesión y de la capacidad del poema para reproducir en los lectores esa iluminación divina. Durante la Edad Media se consolidó la idea del vínculo entre la psicopatología y la genialidad. Entonces, la habilidad creativa se atribuía al influjo de Saturno, portador de una melancolía generosa capaz de transportar el espíritu al mundo de las ideas. Por otro lado, en este contexto histórico divergir de las ideas predominantes implicaba estar loco o ser un hereje. Durante el periodo romántico se intensificó la noción que relaciona, e incluso equipara, la potencialidad creativa con el sufrimiento y la psicopatología. En aquella época, padecer depresión, o aun llegar al suicidio, era parte del destino trágico de los grandes artistas, y no es coincidencia que incluso los mismos creadores llegaran a considerar la enfermedad mental como un requisito para acceder a la experiencia estética y a la creatividad.

Si bien Galton inició en el siglo XIX el estudio de la creatividad desde el punto de vista de las ciencias naturales, no fue sino hasta el siglo XX que la investigación en este campo mostró una verdadera explosión. Aunque en un principio se propuso una asociación entre creatividad y esquizofrenia, los estudios realizados por Torrance (1963) documentaron un predominio de pensamientos estereotipados y un pobre índice de creatividad global en este grupo de pacientes. Posteriormente, las investigaciones de Cromwell (1994) concluyeron que la creatividad no es una característica fenotípica de la esquizofrenia. En años recientes, numerosos autores han propuesto que existe una asociación entre la creatividad y el trastorno bipolar. Rothenberg (2000) hizo un análisis detallado de la metodología seguida en estas investigaciones, y cuestionó el sentido de esta relación ya que, si fuera válida la asociación entre creatividad y trastorno bipolar, ello sería alentador para los pacientes que sufren de este trastorno y

podría ayudar a reducir el estigma de padecer una enfermedad mental. Algunos investigadores, como Jamison (1993), han argumentado que el trastorno bipolar en sí es causa de la creatividad, o bien la facilita, y que la fuga de ideas podría propiciar una producción de asociaciones creativas; en cambio, durante la fase depresiva, podría verse incrementada la sensibilidad estética. Sin embargo, antes de dar por hecho dichas aseveraciones, resulta indispensable analizar de forma objetiva y crítica el diseño de las investigaciones que condujeron a tales conclusiones, ya que no sería prudente minimizar el costo individual y social que implica padecer un trastorno bipolar, el cual puede llegar a extinguir la productividad creativa, o incluso la vida de quienes lo padecen.

Andreasen (1974, 1987) realizó un estudio con 30 escritores y 30 sujetos control, y reportó una incidencia de 43% de trastorno bipolar en el primer grupo y de 10% en los controles. Sin embargo, los sujetos no fueron pareados con relación a su posición socioeconómica o académica; no se establecieron tampoco parámetros cuantitativos de creatividad o inteligencia, la investigadora no condujo entrevistas "ciegas", y los escritores evaluados se encontraban en un periodo de baja producción creativa. A su vez, Jamison (1989) estudió un grupo de 47 pintores y escritores británicos, y reportó que 38% de la muestra había recibido tratamiento por algún trastorno afectivo en algún periodo de la vida. No se contó con un grupo control, las entrevistas no fueron "ciegas" y tampoco se hizo una evaluación diagnóstica específica: tan sólo se les preguntó

### Contenido

<b>Creatividad y trastorno bipolar</b>	<b>1</b>
<b>Suicidio</b>	<b>2</b>
<b>Erotomanía: Curso clínico y tratamiento</b>	<b>3</b>
<b>Comprendiendo el duelo</b>	<b>5</b>

si habían recibido tratamiento o no. Ludwig (1995) realizó una investigación a partir de los datos de 1004 biografías, de hombres y mujeres, publicadas en el *New York Times*. De acuerdo con su análisis, 3% de todos los sujetos y, en particular, 10% de todos los artistas habían presentado al menos un episodio de manía durante la vida. Sin embargo, sólo se consultó una fuente biográfica y los datos biográficos presentan la limitante de que no es posible corroborar la veracidad de la información, además de que los editores prefieren publicar las biografías más controversiales. Por otro lado, autores como Juda (1949), quien estudió a 294 artistas y científicos alemanes, y McNeill (1971) no encontraron una relación entre creatividad y trastorno bipolar. Richards y cols. (1988) demostraron que no hay conexión entre los picos de creatividad y el trastorno maniaco depresivo; sin embargo, encuentran una asociación entre creatividad y ciclotimia.

¿Qué procesos cognoscitivos y afectivos intervienen en la creatividad? Después de realizar múltiples investigaciones, la mayoría de ellas en individuos laureados con el Premio Nobel, Rothenberg (1971, 1973, 1979, 1990, 1994, 1996), documentó la presencia de formas específicas de cognición creativa, a las que denominó proceso janusiano (en honor del dios Jano, el de la doble faz) y proceso homoespacial. El proceso janusiano consiste en concebir activamente múltiples opuestos o antítesis de forma simultánea. Durante el proceso creativo, ideas opuestas, o incluso antitéticas, se conceptualizan de forma simultánea o, como diría Koestler, elementos que nunca antes se habían relacionado, se integran en una nueva idea. El proceso janusiano requiere la separación del conocimiento existente, o bien de los cánones estéticos, así como el reconocimiento y la elección de los opuestos en el campo científico, estético o cultural, la formulación de opuestos que operan de forma simultánea y la integración en creaciones elaboradas. Ya que este tipo de pensamiento es inusual y parece “ilógico”, ha sido relacionado con el pensamiento psicótico y con el proceso primario. Sin embargo, en el proceso janusiano (a diferencia del proceso cognoscitivo primario) coexisten las contradicciones y (a diferencia del pensamiento psicótico) éstas llegan a ser conscientes y calculadas. El proceso homoespacial –o proceso translógico– consiste en concebir activamente dos o más entidades discretas que ocupan el mismo espacio. Esto sucede al crear personajes literarios, metáforas o teorías científicas, lo cual no es tan sólo un proceso de condensación y, a diferencia de un sueño, el proceso homoespacial también llega a ser consciente.

De acuerdo con Rothenberg, una de las razones por las que la creatividad se ha vinculado con la psicopatología es por lo inusual que resultan algunos de los procesos cognoscitivos involucrados en el proceso creativo, que si bien son procesos mentales “sanos” pueden generar conflicto y tensión. Sin embargo, no sólo causan “problemas” a sus “usuarios”, sino que también proporcionan la intensa gratificación que provoca la producción estética y la generación de teorías científicas.

(Rosa Aurora Chávez Balderas)

## Bibliografía

- ROTHENBERG A: Creativity and psychopathology. *Bulletin Psychology Arts*, 1(2):54-58, 2000.  
CHAVEZ RA, LARA MC: La creatividad y la psicopatología. *Salud Mental* 23(5):1-9, 2000.  
ROTHENBERG A: Creativity and madness: New findings and old stereotypes. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990.

# Suicidio

## Introducción

Una de las principales dificultades para integrar una estrategia de valoración, diagnóstico, tratamiento y prevención del suicidio es la falta de procedimientos de clasificación, definición operativa y medición confiable de los actos suicidas (ICD-10, DSM-IV). El suicidio se ha clasificado en diferentes subtipos: escape, venganza, altruismo, búsqueda de riesgos etc. En Europa, el término parasuicidio se ha definido como una conducta autolesiva intencional, cuya finalidad es que alguien se quite o no la vida. El suicidio forma un *continuum*, que va desde las ideas y los gestos autodestructivos hasta el suicidio consumado. Los actos suicidas engloban también conductas autodestructivas indirectas, como el juego patológico, los deportes extremos, el consumo crónico de alcohol y drogas, la obesidad y la automutilación. Un último punto en la clasificación del suicidio son los suicidios de tipo altruista (los kamikase, las bombas humanas del Hezbollah) y los suicidios en masa (Masada, Jonestown, Orden del Templo Solar etc.).

## Epidemiología

El porcentaje de muertes por suicidio en los Estados Unidos durante 1999 fue de 1.2%. La proporción de suicidios descendió durante un periodo de nueve años en este país a razón de 14%. La proporción de suicidios consumados con respecto a la relación hombres-mujeres fue 4 a 1. Un 90% de los suicidios fue cometido por personas de raza blanca y 57% de todos los suicidios fue por uso de armas de fuego. La tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado de cuatro a diez veces en adolescentes en los últimos nueve años, principalmente por el uso de armas en la casa. La tasa de suicidio es cuatro veces más alta en personas divorciadas que en quienes están casadas. Aunque no hay datos oficiales, se estima que hay entre 10 y 25 intentos suicidas por cada suicidio consumado y estas cifras se elevan de 100 a 200 en los adolescentes.

## Factores de riesgo

Maris y cols. han definido 15 rasgos comunes en las personas que se suicidan. También se han definido algunos factores de riesgo distales/crónicos/de rasgo o proximales/agudos/de estado. Aquí el problema radica en que estos

factores pueden arrojar muchas predicciones falsas positivas.

Los individuos blancos, mayores de 60 años, divorciados y viudos son una población en riesgo. El 90% de los sujetos suicidas tiene un padecimiento psiquiátrico diagnosticable por el DSM-IV. Dentro de las categorías diagnósticas, las más relacionadas con el suicidio son: episodio depresivo mayor con insomnio terminal, trastorno bipolar tipo I, esquizofrenia, trastorno límite y antisocial de personalidad. El abuso de alcohol y sustancias también es factor de predicción. El riesgo se incrementa entre 70 y 80% si se presenta una depresión mayor en comorbilidad. Las personas con una pobre interacción social estarán en mayor riesgo de suicidarse. El nivel de desesperanza es un factor estrechamente asociado al suicidio y más si se presenta con un factor del propio estado depresivo dentro de un patrón cognoscitivo poco flexible. Una historia familiar de suicidio o trastornos mentales, o ambas, también son predictoras de suicidio.

### Diagnóstico, valoración y medición

Uno de los puntos críticos en la práctica clínica cotidiana es decidir si el paciente tiene o no un potencial suicida y, si lo tiene, cuál sería la magnitud de este potencial, para así tomar una decisión correcta al respecto. Pokorny encontró 30% de resultados falsos positivos y 40% de resultados falsos negativos en la predicción de suicidio en 4800 pacientes, que evaluó y a los que dio seguimiento clínico por cinco años. Algunas escalas pueden ser útiles en la valoración y predicción del suicidio. Beck recomienda utilizar la escala de desesperanza, ya que ésta guarda una importante correlación con la intención de suicidarse. Para suicidios en jóvenes, al parecer sólo tres escalas han mostrado tener valor predictivo (Beck, Linehan, Cull y Gill.). Es importante entender que, para medir el comportamiento de la población suicida a largo plazo, se necesitan muestras de poblaciones grandes, que reciban un seguimiento clínico adecuado durante varios años. También se requiere una muestra adecuada de controles, a los cuales se les deben dar instrumentos de medición similares y bajo condiciones controladas; deben utilizarse asimismo modelos de análisis estadístico correctos.

### Neurobiología del suicidio

El estudio sobre la neurobiología del suicidio ha tomado fuerza en los últimos 30 años. El estudio de neurotransmisores se remonta a la década de 1970 con los trabajos pioneros de Asberg, en que la serotonina cerebral desempeña un papel fundamental en la fisiopatología de la depresión y el suicidio, sobre todo si éste es impulsivo o violento. Más recientemente se ha investigado el papel de la norepinefrina y la dopamina en este tipo de conducta. Se ha postulado así la existencia de una deficiencia en la transmisión serotoninérgica. Este patrón es similar al encontrado en los modelos biológicos de respuesta excesiva al estrés. Plutchik define la agresión como un estado interno y la violencia como un acto expresado de la agresión. El

suicidio en sí es agresivo y violento. Brown ha descrito un rasgo serotoninérgico que incluye alteraciones del patrón de sueño, impulsividad, desinhibición, cefaleas, anomalías en glucocorticoides, volubilidad anímica con problemas de conducta, socialización y conductas suicidas. Además, se han determinado algunas otras variables biológicas asociadas al suicidio, como serían los factores genéticos.

### Tratamiento y prevención

El tratamiento es complejo y multisistémico. La prevención primaria deberá reducir los factores de riesgo conocidos en la población e identificar grupos en riesgo para determinar las intervenciones. La prevención secundaria consistirá en una detección temprana y un tratamiento; la terciaria se encargará del tratamiento de los síntomas de suicidio graves. El manejo de individuos suicidas incluye: reconocimiento, diagnóstico temprano y tratamiento efectivo. El tratamiento intrahospitalario se considerará en pacientes muy agitados, psicóticos, fuera de control, peligrosos para ellos mismos u otros, o sin red de apoyo.

(Alma Lenz Ramírez)

### Bibliografía

MARIS RW: Suicide. *Lancet*, 360:319-326, 2002.

## Erotomanía: Curso clínico y tratamiento

■ La erotomanía es la creencia delirante persistente de que una persona, usualmente de un estatus social superior, está enamorada del individuo.

Hollander y Callahan subdividieron la erotomanía en una forma primaria, en la que el delirio erotomaniaco se presenta aislado, y en una forma secundaria, en la que la erotomanía es parte de un trastorno psicótico más amplio. La erotomanía secundaria se ha documentado en casos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y síndromes orgánicos agudos y crónicos.

Ellis y Mellsop sugirieron los siguientes criterios operacionales para el diagnóstico de erotomanía: a) convicción delirante de comunicación amorosa; b) objeto de mucho mayor rango; c) el objeto es el primero en enamorarse; d) el objeto es el primero en aproximarse; e) inicio súbito (dentro de un período de 7 días); f) el objeto permanece estable (si aparecen otros objetos son de importancia transitoria); g) el paciente racionaliza el comportamiento paradójico del objeto; h) curso crónico e i) ausencia de alucinaciones. Gillett añade que los delirios ocurren sin alteraciones de la conciencia. Basado en cuatro casos, Seeman sugirió clasificar a los pacientes erotomaniacos en dos grupos: uno dependiente y tímido con delirios estables (fijos o crónicos),

en el que el objeto es ordinario y los delirios son consecuencia de la esquizofrenia; y otro, independiente, impulsivo y agresivo, con delirios erotomaníacos recurrentes con diferentes objetos en el tiempo. En este grupo, los objetos son más poderosos y el sujeto ha tenido contacto con ellos previamente.

Este estudio documenta una serie de entrevistas semiestructuradas aplicadas a sujetos con erotomanía primaria y secundaria. Se evaluaron las variables sociodemográficas (historia familiar, otros diagnósticos, impacto sobre las víctimas, pronóstico y tratamiento).

## Método

Se preguntó a psiquiatras consultantes y a residentes en un área de captura de aproximadamente 400,000 personas, si en el año previo habían manejado pacientes con síntomas erotomaníacos. Se invitó a los sujetos identificados a participar en una detallada entrevista semiestructurada. Se aplicaron criterios diagnósticos del DSM-IV para determinar diagnósticos psiquiátricos subyacentes y distinguir entre erotomanía primaria (trastorno mono-delirante tipo erotomaníaco) y secundaria (con otros diagnósticos psiquiátricos). Dos investigadores independientes evaluaron los expedientes mediante criterios del DSM-IV para llegar a un consenso diagnóstico. Se calificó a los sujetos en relación a: a) si el objeto era fijo o variable; b) si el curso era crónico o recurrente; c) si el objeto era percibido como ordinario o más poderoso; d) si había existido contacto previo con el objeto y e) si los sujetos eran, en general, dependientes o independientes, tomando en cuenta sus relaciones con otros. Un puntaje de recurrencia, entre 0 (tipo fijo) y 5 (tipo recurrente) se calculó entonces para cada uno de los sujetos.

## Resultados

Se seleccionó una muestra de 15 sujetos erotomaníacos: no se pudo contactar a dos de ellos y uno se negó a la entrevista (la información sobre el expediente y las discusiones con los médicos encargados del tratamiento se evaluaron en estos casos para descartar caminos específicos. Setenta y tres por ciento (n=11) fueron mujeres y 27% (n=4), hombres. La edad promedio fue de  $44.6 \pm 9.0$  años. La duración de los síntomas erotomaníacos varió entre 3 meses y 18 años (media  $7.5 \pm 6.3$  años). Ocho sujetos eran solteros, tres casados, tres separados y uno viudo. La mayoría (n=12) eran desempleados o se encontraban bajo beneficio por incapacidad. Cuarenta por ciento (n=6) habían sufrido ausencias repetidas de familiares relevantes o perdido a uno o ambos padres, antes de la adolescencia.

Casi la mitad (n=7) manifestó la existencia de historia psiquiátrica en un familiar de primer grado. Tres describieron padres con trastornos mono-delirantes y otros dos tenían padres con probable esquizofrenia. Seis de los sujetos nunca habían tenido relaciones sexuales. Siete sujetos dijeron haber tenido entre uno y tres compañeros sexuales previos y dos, cuatro o más.

## Objetos de afecto

Todos los objetos eróticos eran personas reales (salvo en un caso) y en todos, excepto en un caso, el vínculo erotomaníaco era heterosexual. A cuarenta por ciento (n=6) de los objetos los describieron como celebridades que incluyeron desde miembros de la realeza hasta cantantes de ópera. Once sujetos describieron un solo objeto de afecto, tres describieron dos objetos y el otro describió cinco objetos de afecto en momentos diferentes. El estatus social fue superior en todos los casos, excepto en dos.

Los objetos fueron acosados en menos del 50% de los casos (n=7). El acoso se dio en diversas formas: desde llamadas telefónicas hasta declaraciones de amor en sitios de trabajo concurridos. Los hombres fueron más propensos a acosar a sus objetos y, de hecho, en un caso se persiguió al objeto cuando éste emigró. Ninguno de los sujetos dañó físicamente a su objeto ni a la pareja de éste y ninguno fue procesado legalmente. Sólo un hombre y una mujer habían recibido advertencias por parte de la policía.

## Diagnóstico

Los principales diagnósticos, de acuerdo con el DSM-IV, fueron los siguientes: trastorno delirante (tipo erotomaníaco), tres casos; esquizofrenia, ocho casos; trastorno esquizoafectivo, un caso y trastorno afectivo bipolar, tres casos. Sólo dos sujetos cumplieron con el 100% de los criterios de Ellis y Mellsoop adaptados por Gillett. Todos los sujetos se encontraban completamente conscientes y presentaban una convicción delirante de comunicación amorosa. En 13 casos el objeto fue de mayor estatus social y en otros 13, se tuvo la sensación de que el objeto fue el primero en amar. Sin embargo se observó un inicio súbito sólo en 8 de los casos y hubo ausencia de alucinaciones solamente en 8 de los 15 casos. El puntaje de recurrencia basado en los criterios de Seeman varió entre 1 y 5 (el promedio fue de  $2.7 \pm 1.1$ ). Sólo un sujeto llenó todos los criterios para su clasificación dentro del grupo recurrente y ninguno para la de grupo fijo o estable. Seeman hipotetizó la existencia de una asociación entre esquizofrenia y el grupo crónico y entre trastorno bipolar y el grupo recurrente; sin embargo esto no se replicó en el estudio. Los sujetos con erotomanía primaria fueron más propensos a padecer delirios erotomaníacos con celebridades y menos propensos a acosar a sus objetos.

## Tratamiento y pronóstico

*Erotomanía primaria* (tres casos). En uno de los casos los delirios nunca desaparecieron pero disminuyeron con el uso de un antipsicótico de depósito. En los otros dos casos, los delirios desaparecieron completamente con dosis bajas de medicación antipsicótica.

*Erotomanía secundaria* (doce casos). A pesar de los tratamientos adecuados con altas dosis de medicación antipsicótica, cuatro de los nueve sujetos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo no mostraron ningún cambio en los síntomas erotomaníacos (algunos de los cuales habían durado hasta 20 años). En tres casos, los síntomas disminuyeron con altas dosis de decanoato de haloperidol, dosis bajas de haloperidol oral y dosis bajas de sulpiride, respectivamente. Los sujetos dejaron de acosar a los objetos de su afecto pero nunca llegaron a la introspección de su sistema delirante. En otro caso los delirios remitieron completamente con flufenazina, después de 9 años de tratamientos fallidos con otros antipsicóticos. Los tres casos con trastorno bipolar desarrollaron síntomas erotomaníacos solamente durante episodios de manía y éstos se resolvieron completamente cuando los episodios fueron tratados.

## Discusión

La relativa rareza de los casos de erotomanía en la población hace de éste un grupo difícil de estudiar, de modo que hay que reconocer las limitaciones del estudio, entre éstas, la naturaleza

retrospectiva del mismo y posiblemente la falta de información sobre casos. Otras limitaciones son la ausencia de una escala clínica estandarizada para evaluar los síntomas y además, el número tan reducido de pacientes erotomaníacos primarios entrevistados, por lo que los datos relacionados con estos pacientes deben tomarse con cautela.

Se ha sugerido que la erotomanía primaria es tan rara que es difícil justificarla como una entidad nosológica. De acuerdo con los autores, los resultados de este estudio sugieren que una minoría significativa de pacientes erotomaníacos no llega a desarrollar otro diagnóstico psiquiátrico, lo cual viene en apoyo de la opinión de quienes proponen conservar dicho trastorno como una entidad nosológica distinta y designarlo como un trastorno mono-delirante dentro de los sistemas de clasificación.

Según los autores, el estudio apoya las investigaciones previas que enfatizan características de soledad, desapego, dependencia y naturaleza sexual inhibida, en las vidas de los pacientes erotomaníacos, así como sus niveles frecuentemente pobres de funcionamiento social y ocupacional y su no atractiva apariencia física. Esto añade peso a la postura psicodinámica que propone que la erotomanía sirve a las necesidades narcisistas no alcanzadas. Los delirios erotomaníacos pueden involucrar un auto-amor negado y proyectado hacia un otro superior, o bien ser producto de una reacción contra el aislamiento social y sexual o contra los traumas de la niñez, es decir, tal como alguna vez sugirió Kraepelin: “son una compensación psicológica por las decepciones de la vida”.

La investigación hasta la fecha, ha enfatizado la peligrosidad de los pacientes erotomaníacos; sin embargo, muchos de estos estudios se han realizado en un entorno forense. En contraste, los sujetos del estudio –basado en un entorno comunitario ordinario– tuvieron poco impacto sobre sus víctimas. Los hombres fueron más propensos a acosar a sus objetos pero ninguno manifestó actividad física violenta.

Según los autores, su serie confirmó la utilidad de los criterios propuestos por Ellis y Mellsop, de acuerdo con el estudio de Gillett y colaboradores. Catorce de los quince sujetos llenaron siete o más criterios, sin embargo, las alucinaciones, particularmente las táctiles, fueron comunes. Basándose en sus resultados, los autores proponen las siguientes modificaciones a los criterios de Ellis y Mellsop: a) el sujeto debe tener una convicción delirante de comunicación amorosa proveniente de un objeto que, generalmente, pertenece a una clase social superior; b) el objeto de la erotomanía debe ser el primero en enamorarse y/o hacer los primeros avances; c) al menos dos características de la siguiente lista deben estar presentes: inicio súbito (dentro de un lapso de 7 días); el objeto permanece estable; el sujeto racionaliza el comportamiento paradójico del objeto; curso crónico; las alucinaciones no deben presentarse y en caso contrario, han de ser de naturaleza táctil y estar claramente relacionadas con la erotomanía.

En general el pronóstico se ha considerado pobre, debido a la resistencia a la farmacoterapia y psicoterapia, y a la cronicidad de la evolución. Algo de optimismo terapéutico parece justificado en relación con el tratamiento y pronóstico de la erotomanía primaria, pues de acuerdo con los estudios realizados hasta la fecha, la mayoría de los pacientes mejora con dosis bajas de medicación antipsicótica y en una minoría significativa se consigue la remisión total.

En la mayoría de los casos publicados de erotomanía, secundaria a trastorno afectivo bipolar, los síntomas maníacos y erotomaníacos han sido tratados con éxito empleando estabilizadores del ánimo, como litio, carbamazepina y valproato de sodio.

En contraste, los sujetos erotomaníacos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo tuvieron una pobre respuesta, presentando persistencia de los delirios a pesar del tratamiento neuroléptico. Sin embargo uno de los pacientes del estudio mostró resolución de los síntomas y dos considerable mejoría, con altas dosis de neurolépticos durante períodos de tiempo más prolongados que en el caso de otros tipos de pacientes erotomaníacos.

(Armando Patrón)

### **Bibliografía**

KENNEDY N, MCDONOUGH M, NELLY B, BERRIOS GE: Erotomania revisited: clinical course and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1):1-6, 2002.

## **Comprendiendo el duelo**

■ Las experiencias de pérdida y duelo son fundamentales en el desarrollo emocional de un ser humano que establece vínculos de apego afectivo con aquellas personas a quienes lo unen necesidades, sentimientos e interacciones. Cuanto más íntima, intensa e importante sea una relación afectiva para alguien, tanto mayor será el afecto devastador de su pérdida, ya sea esta definitiva por muerte, o causada por separación, abandono u otras circunstancias.

Así, la reacción ante una pérdida, que llamaremos duelo, será proporcional a la dimensión de lo perdido y al monto del afecto invertido en la relación, y no al vínculo de consanguinidad o al rótulo que la califique (relación esposo, hermanos, hijo o hija). Esto implica que para algunas personas la muerte de su madre constituye una experiencia psíquicamente demoledora, en tanto que para otras, ésta genera muy poco dolor.

Hay pérdidas físicas tan sensibles, que casi se pueden tocar, por ejemplo: la muerte de la esposa, la cartera robada, la casa que se incendia... Pero también hay pérdidas simbólicas; aquéllas que no son perceptibles externamente y cuya naturaleza es psicosocial, tales como la pérdida del estatus, el divorcio, la pérdida de la independencia durante una enfermedad, de la confianza o la seguridad ante la vida.

Del mismo modo, hay pérdidas que son prácticamente necesarias para crecer; entre éstas perder la situación paradisiaca de la vida uterina, la seguridad del hogar al asomarnos a la turbulenta adolescencia.

Todas ellas implican una renuncia, un abandonar algo conocido y seguro para aceptar los retos que plantea el crecer y alcanzar autonomía como persona.

Aprender a perder constituye todo un reto: equivale a reconocer que la vida está compuesta no sólo de momentos gozosos sino que éstos se alternan con otros dolorosos.

Desde luego, la muerte de un ser querido es quizás la

pérdida emocional más grave que deja en nosotros huellas muy dolorosas y exige un trabajo de duelo.

Se conoce como duelo o luto, al período que sigue tras la muerte de alguien afectivamente importante. Desde un punto de vista más dinámico, el duelo es un proceso activo (y no un estado) de adaptación ante la pérdida de un ser amado, un objeto o un suceso significativo, que involucra las reacciones de tipo físico, emocional, familiar, conductual, social y espiritual que se presentan como respuesta al mismo. Otorga al doliente un papel activo y responsable en su proceso, en contraposición con la postura pasiva que anteriormente le asignaba la psicología y que se traducían social y culturalmente en expresiones populares como “el tiempo lo cura todo”, “tenga paciencia que es cosa de semanas” y “todo volverá a la normalidad en poco tiempo”.

Para que sean más comprensibles los pasos que se deben dar o los momentos por los que hay que pasar para resolver un duelo, Terrése Rando, psicóloga de duelos, ha establecido seis tareas cuyos nombres comienzan con R:

- Reconocer la pérdida: admitir y entender la muerte.
- Reaccionar ante la separación: permitirse sentir; esto es, identificar, aceptar y expresar emociones y sentimientos.
- Recordar y reexperimentar la relación: admitir y revivir los sentimientos, los recuerdos y los momentos compartidos, ya sean buenos o malos, en forma realista.
- Replantear los papeles: estar dispuesto a replantear la identidad previa, el estilo, los valores y las prioridades de la anterior forma de vida, aceptando que el mundo presuntivo cambió irremediamente.
- Reacomodarse: adaptarse a un mundo nuevo, diferentes e incompleto, si se le compara con el anterior; sustituir la relación presencial por una de nostalgia y recuerdos.
- Reinvertir la energía psicológica: orientar el amor, el interés y la dedicación que ligaba al doliente con quien murió, hacia la búsqueda de nuevos proyectos, ilusiones, afectos y motivos para vivir.

Estas seis R no son los únicos esquemas válidos vigentes, ni pretenden invalidar otras formas de reacción de duelo. Sin embargo, la experiencia clínica ha demostrado que son de gran utilidad práctica, pues permiten al doliente o al profesional de la salud evaluar el recorrido de un caso particular y detectar dónde se ubican los bloqueos y fallas. Estas seis R, asimismo, equivalen a las cuatro grandes tareas que William Worden postula, cada una de las cuales es un prerrequisito para la siguiente. Dichas cuatro tareas son:

- Aceptar: Lograr admitir la muerte como un final inmodificable. Lo contrario sería negarla o desconocerla, ignorando sus detalles.
- Reaccionar: Poder sentir y manifestar lo que se siente en tan difíciles momentos. Lo contrario sería ahogar los sentimientos, pasar por encima de la dolorosa realidad rehusando aceptar nuestra fragilidad humana y reforzando nuestro papel de fuertes, inquebrantables y valerosos. No hay que olvidar que los procesos socioculturales vigentes refuerzan y exaltan estas actitudes como ejemplares.

- Readaptarse: A un ambiente que acepta la ausencia del que murió. Lo contrario sería no cambiar nada, dejar las pertenencias del otro tal como estaban antes y renunciar a asumir sus funciones y responsabilidades.
- Liberar la energía psicológica de la relación con quien murió y reinvertirla en proyectos e ilusiones. En cierto modo esto sería como autodecretarse la muerte afectiva al mismo tiempo que la muerte biológica del ser querido; es sobrevivir aunque sin volver a vivir plenamente.

El duelo implica no sólo un proceso de reaprender el mundo externo desorganizado y cambiado, sino también el de reaprendernos y reconocernos a nosotros mismos. Esto no significa que para hacer un buen duelo todas las personas tengan que experimentar lo mismo y seguir una secuencia universal de etapas que terminan en la recuperación, pero lo que sí es cierto es que tener claras algunas de las reacciones, conductas y dilemas naturales que son de esperarse en un duelo, facilita el poder validar la respuesta personal como única y respetable y quizás, despejar la terrible amenaza de estar volviéndose loco que causa la inesperada intensidad de las respuestas emocionales.

(Rosa Isela Valencia Neri)

### Bibliografía

FONNEGRA DE JARAMILLO I: *De cara a la muerte* Edit. Andrés Bello, España, págs. 161-180, 2001.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito  
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación  
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones  
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco  
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.  
Fax: 5655-04-11.

#### Suscripción anual 2003

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

\* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz  
y Elizabeth Cisneros.

