

Contenido

Presentación 3

José de la Torre Alcocer

*Una Breve Explicación Neurológica
del Suicidio* 5

Federico Sanchez

*Hubo una vez en medicina...
El médico y su muerte* 13

Tello-Esparza A.

El Suicidio y dos poetas 21

Rafael Padrón Rangel

Suicidio infantil 25

Caleb Olvera Romero

Ars médica: Espacio dedicado a escritores y artistas miembros, o no, de la comunidad médica, quienes podrán aportar textos y obras artísticas que contribuyan a mejorar la cultura en salud de la comunidad.

El formato diferente y su cualidad de dossier desprendible tiene por objeto su amplia difusión más allá del área del interés estrictamente médico.

LUXMEDICA

AÑO 14 NÚM. CUARENTAY UNO,
MAYO-AGOSTO 2019

Publicación financiada con recursos PFCE
2019.

La obra gráfica de este número es de Jesús Reyna

Presentación

José de la Torre Alcocer

Este es el primero de una serie de números monotemáticos que publicaremos, cada año, con el objeto de generar la discusión y difusión de aspectos bioéticos y científicos que no siempre trascienden el ámbito académico, a pesar de ser de enorme interés por las repercusiones psicológicas y sociales que provocan. Tal es el caso del suicidio.

El suicidio constituye una certeza y un misterio. Sabemos de su constante presencia y su improbable erradicación. Con los conocimientos neurológicos, psicológicos, filosóficos y sociales actuales sobre el tema, aún teniendo una nota suicida a la vista, es imposible conocer a plenitud los detalles de gestación y ejecución de esta orden cerebral fatal e irreversible: *sui-cidere*, termina tu vida.

A lo más que podemos aspirar, como sociedad, es a disminuir su frecuencia y atenuar las consecuencias en el entorno familiar y social. El fenómeno del suicidio nos inquieta, porque sacude los cimientos y las estructuras sociales que pensábamos sólidas y congruentes. Por momentos, nos asombra observarlo en incidencias crecientes, a cualquier edad y en todas las clases sociales; nos desconcierta aún más cuando ocurre en niños y adolescentes.

Cuando personas cercanas o de fama pública toman este camino, la inquietante pesadilla renace y se manifiesta, pero pronto cede y se olvida. Se esconde en las oscuras sombras del inconsciente colectivo, sin aparente solución ni suficiente concienciación. Es como si, en una respuesta de represión inconsciente freudiano-jungiana, la sociedad ocultara el suicidio como una evidencia de su fracaso en la procura de satisfacción y felicidad para sus miembros.

El sentimiento de agobio y frustración generan culpa en muchos niveles, pero en la familia adquiere dimensiones particularmente dañinas. La dinámica familiar moderna, cruzada por convivencias sujetas al

ajetreo y la temporalidad de la lucha por el sustento, producen situaciones de alejamiento y alteran la relación interpersonal entre padres e hijos. Si agregamos a esto la naturaleza conservadora de nuestra comunidad, y el torrente de modelos de consumo y dependencia de las formas de comunicación actuales, observamos tensiones y discrepancias que generan familias disfuncionales.

Las familias donde ocurre un evento suicida, sobretodo cuando no hay avisos previos o sospechas de comportamiento inusual, se ven sometidas a un proceso de duelo prolongado y destructivo, dada la pérdida inesperada y el sentimiento de culpa intenso y desproporcionado que generalmente provoca.

Por otro lado, intensas investigaciones en el aspecto neurológico del comportamiento suicida, generan aún más cuestionamientos en el campo terapéutico y preventivo, al aportar conocimientos a nivel bioquímico y molecular cerebral, presentes en la gestación y desarrollo del pensamiento suicida.

La incidencia del suicidio en Aguascalientes mantiene altos rangos de frecuencia en las estadísticas nacionales, en comparación con otras geografías, a pesar de los esfuerzos de organización inter-institucional para acotar y disminuir la frecuencia de este fenómeno ¹. En el último decenio, en dos ocasiones el rango de suicidio en esta entidad, que en otros rubros relativos a bienestar y desarrollo ocupa lugares sobresalientes en el panorama nacional, ha llegado a ser el segundo mayor en la República en incidencia de suicidios en niños y adolescentes, y en población en edad productiva.

Con este número, dedicado en su totalidad al suicidio, Ars Médica desea contribuir a mantener el sentido de alerta y la búsqueda de acciones preventivas en el ámbito médico y de atención social. El esfuerzo hecho por las autoridades es encomiable y debe trascender los cambios sexenales. Este es un asunto vital, que salva vidas.

Nuestros colaboradores - a quien agradecemos su generosa respuesta-, han aportado aspectos neurológicos, filosóficos, literarios e históricos alrededor del suicidio.

El primer texto, que hace un breve recorrido por los aspectos neurológicos y bioquímicos, en realidad nace de la voluntad ejemplar de un padre que convierte el dolor y la incertidumbre de un evento suicida en la familia, y lo transforma en un poderoso impulso por conocer y aportar información útil a otros y a si mismo sobre el suicidio y sus aristas menos comprendidas. Gracias a Federico Sánchez, por su generosidad y ejemplo, y a los colaboradores que aportaron su talento y su valioso tiempo para hacer eco de este esfuerzo. El enfoque histórico, literario, filosófico, neuropsiquiátrico y social del acto suicida, nos debe motivar a reflexión sobre este fenómeno cercano y universal, cuyo entendimiento mejorará -sin duda-, la comprensión del ser humano.

1.- Anuario del comportamiento suicida en el estado de Aguascalientes. 2013. Ixtab.UAA.



Ars
médica

Una Breve Explicación Neurológica del Suicidio

Federico Sánchez*

La neocorteza humana puede ser vista como inmensos sistemas de recuerdos interactuando entre sí. Hay varios sistemas de archivo de memoria exquisitamente evolucionado. La mayoría de los recuerdos autobiográficos están ligados a una emoción particular. La neuroquímica de la emoción es una parte integral de la memoria, tal es así que la emoción debe ser desencadenada por el recuerdo para que se pueda acceder a ella. Otro método de archivo de recuerdos es por contexto. El contexto puede ser espacial, social, emocional, o una combinación de esos contextos. Parte del contexto puede desencadenar el recuerdo, de tal manera que cuando se encuentran contextos similares, se hacen accesibles recuerdos asociados con el contexto.

Propongo un circuito neural sofisticado, comprendido de unas cuantas estructuras pequeñas enterradas profundamente en el medio del cerebro (primeramente, la hipófisis y el núcleo septal medio y lateral, incluyendo la banda diagonal de Broca).

Este circuito recibe la mayoría de sus datos/inputs del tálamo y del hipocampo, y está continuamente ajustando el estado emocional interno al externo, al ambiente siempre cambiante, intentando producir en todo momento la adecuada respuesta emocional. Este sistema, a través de las señales que envía a la formación reticular, es un sistema de activación, equilibrio y ajuste emocional. Sumariza la actividad de todo el cerebro, tomando en cuenta las emociones, señales cognitivas traducidas en contextos y significados, y por consiguiente, ajusta de manera fina las señales de todos los sistemas neurotransmisores en el tallo cerebral.

Este sistema de activación, en una gradual y lenta progresión de excitabilidad, de menos a más, asociada con emociones negativas y positivas, usando asimetrías en el cerebro, detecta y genera distinciones emocionales muy finas que cubren todo un rango: desde feliz, cambiando un poco a dichoso, alegre, agradecido, seguro, relajado, indeciso, incómodo, frustrado, alerta, tenso, cuidadoso, ansioso, asustado, hasta llegar al

* El presente texto es un resumen especialmente escrito por el autor para Ars Médica, lo cual agradecemos infinitamente, así como la colaboración de Claudia de la Torre Martínez para la traducción del mismo.

estado de pánico; o contrariamente, comenzando de solitario, cambiando a aburrido, humilde, tímido, avergonzado, envidioso, determinado, optimista, contento, hasta llegar a amado.

La función primaria de este circuito es tratar de equilibrar la actividad en ambos hemisferios, tratando continuamente de restaurar la calma neutral, reflejando su camino evolutivo, cuando la lateralidad era menos prevalente en cerebros más primitivos. Este circuito habénulo-septal es lo suficientemente importante para merecer su propio nombre, el circuito isorrópico (del Griego, isorropia = equilibrio).

Las proyecciones colinérgicas (acetilcolina) del circuito isorrópico actúan a través de receptores muscarínicos. Los receptores muscarínicos actúan lentamente, por lo que sus efectos ocurren con un desfase temporal. Este desfase temporal, en términos de la teoría del caos, permite al circuito isorrópico deambular en torno a un atractor extraño, que bajo condiciones normales representa el punto de calma neutral. Trate de visualizar una pequeña y variable trayectoria circular desplazándose a un punto, sin llegar nunca a posarse sobre el punto.

Bajo la mayoría de las condiciones, este atractor extraño (representado matemáticamente por un punto) es el estado hacia donde las acciones del circuito isorrópico tienden a modular las actividades de la corteza. Llamémosle a este atractor el atractor isorrópico. El sutil desplazamiento del atractor isorrópico a la calma neutral permite al circuito isorrópico generar y regular un amplio espectro de emociones. Potencialmente, este desplazamiento permite la generación de una miríada de emociones que difieren muy poco entre sí, como respuesta a una vasta gama de cambiantes estímulos internos y externos.

Cuando el atractor isorrópico se encuentra cerca de la calma neutral, está disponible

un más amplio espectro de posibles respuestas emocionales, positivas y negativas, y al activarse recuerdos asociados con las emociones, se permite la activación de un gran y mayor conjunto de recuerdos. La velocidad a la que pequeños cambios emocionales pueden ser generados permite también la búsqueda del más alto número potencial de contextos. Es por esto que el cerebro alcanza un estado que puede generar la más alta variedad de conductas en el más rápido tiempo posible, como respuesta al ambiente siempre cambiante. Esto coloca al organismo en un estado de máxima adaptabilidad. Cuando el cerebro detecta ese sano estado de máxima adaptabilidad está en condiciones de percibirse a sí mismo, de tener un sentido del ser.

Bajo ciertas condiciones, el atractor isorrópico se estanca en un estado diferente al de calma neutral; en este caso el cerebro produce un estado de ánimo, es decir, un prolongado estado emocional (depresión, manía, etc.).

Entre más amplio el espectro de las respuestas emocionales que pueden ser desencadenadas, más intensa la percepción del sí mismo. De manera contraria, entre más reducido sea el espectro, menos intenso el sentido de sí mismo percibido.

Cuando el circuito isorrópico está cerca de la calma neutral, los recuerdos autobiográficos pueden ser activados más fácilmente por el continuo desplazamiento del atractor isorrópico; como resultado, casi todas las emociones asociadas (como cuando hay una señal neurológica cortical, que yo llamo “un saludo de mano”) todos los recuerdos pueden ser desencadenadas rápidamente.

Cuando el atractor isorrópico está lejos de la calma neutral, las memorias de corto plazo, funcionales y explícitas pueden ser afectadas, principalmente por la intensa emoción presente y porque el control talá-

mico de los sistemas de atención puede ser alterado/ interrumpido.

En contraste, y debido a su mínima o inexistente relación con las emociones, la memoria semántica, de causa y procedimiento aún puede ser activada, incluso cuando el atractor isorrópico está lejos de la calma neutral. El hipocampo puede detectar un contexto particular, independiente de una emoción, y enviar las señales apropiadas y así activar estos tipos de memorias ya que son independientes del estado emocional.

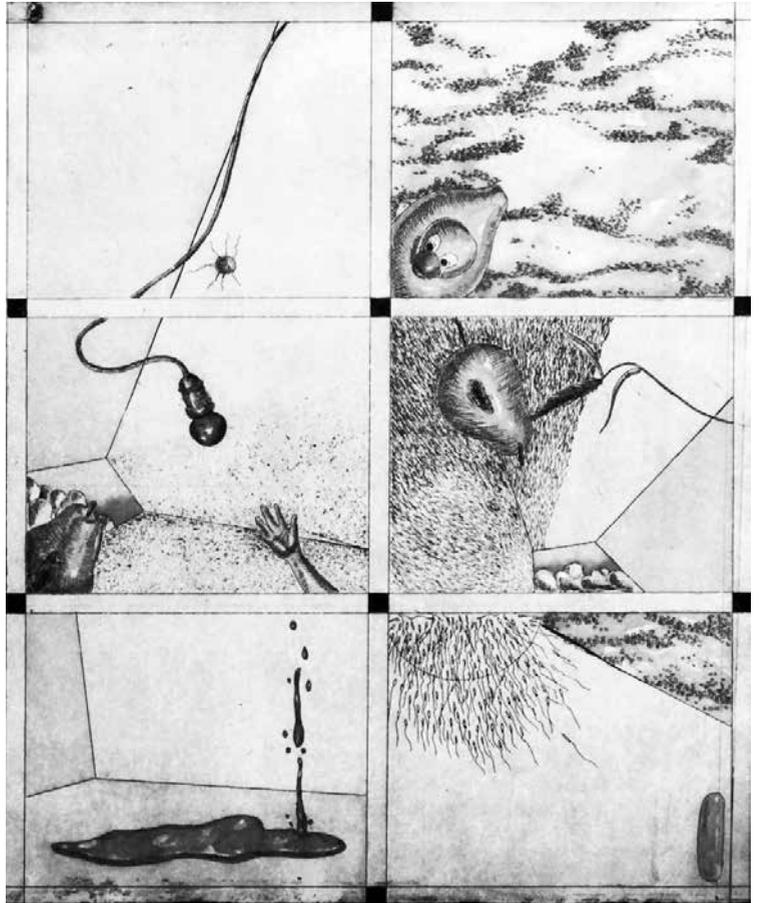
Si estímulos ambientales o internos empujan al atractor isorrópico fuera de los rangos químicos que permiten el equilibrio homeostático, la percepción de sí mismo se distorsiona; el espectro de emociones que pueden ser potencialmente generadas, así como las memorias que pueden ser activadas, están grandemente disminuidas y las respuestas conductuales son limitadas. Las opciones conductuales reducidas, impuestas por las condiciones estresantes bajo una amplia gama de circunstancias, pueden aún generar una respuesta correcta. Sin embargo, entre más tiempo prevalezcan las condiciones estresantes, hay un menor número de respuestas que pueden ser activadas y es menor la probabilidad de que se genere la respuesta correcta.

En casos extremos, cuando el atractor isorrópico es empujado lo suficientemente lejos del rango de equilibrio homeostático, el cerebro no volverá a ser capaz de percibir un sentido del sí mismo; el organismo no se podrá adaptar más.

Hay muchos caminos que pueden ser parte (o no) de la travesía que puede culminar en suicidio, tal como la ansiedad, miedo, pérdida, desesperanza, soledad, anhedonia, agresión, alcoholismo, masoquismo, preocupación por la muerte, deseo de asesinar o ser asesinado, venganza, rencor, escape, renacimiento, o reunión con los se-

res amados (la lista podría fácilmente expandirse), depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, ataques de pánico, etc. Sin embargo, el que se caminen muchos de estos senderos en diferentes etapas de la vida, o simultáneamente, no garantiza ni remotamente que el suicidio será o no el destino. Por otro lado, estos caminos apuntan claramente a rutas que pueden llevar a la depresión. Depresión, como lo hemos visto, es un estado que puede ser extremadamente doloroso y confuso. Y depresión, en sus numerosas encarnaciones -depresión unipolar, depresión bipolar (I y II), depresión en esquizofrenia con síntomas positivos, y depresión en trastorno límite/ borderline de la personalidad-, es la autopista al suicidio. Y aún así, el suicidio no sucede en la mayoría de los que sufren depresión (más del 80% no se matan). Cerca del 90-95% de los suicidios están relacionados a la depresión (en una de sus encarnaciones) con otro 3-5% de casos de trastorno límite/borderline de la personalidad. Y aún así, para que se dé el suicidio muchos otros elementos necesitan converger.

Primeramente, y tal vez primordialmente, una persona debe de experimentar una pérdida de la percepción del ser, del sentido del sí mismo. Esto pasa cuando la actividad del circuito isorrópico es empujada más allá de los rangos del equilibrio homeostático hacia el lado negativo, por emociones negativas concomitantes desencadenadas por la depresión o como suma a una emoción negativa extremadamente intensa. Esta condición es frecuentemente, pero no siempre, producida durante la depresión y la fase depresiva de la maniaco-depresión (especialmente cuando ansiedad o ataques de pánico son concurrentes con esta condición), ocasionalmente la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme concurren con depresión (con síntomas positivos), o algunas de estas



Ars
médica

condiciones coinciden con respuestas emocionales extremas e intensas (enojo, celos, pánico, luto), y ocasionalmente cuando están presentes trastornos de la personalidad. La condición puede también presentarse ante una sola emoción negativa intensa. Como he mencionado, cuando está presente un tipo de pensamiento lento o desorganizado, se desencadenan y salen a la superficie emociones negativas. El atractor isorrópico es empujado al lado negativo en proporción a la cantidad y mezcla de emociones negativas. Bajo estas condiciones, las funciones de equilibrio del circuito isorrópico (representadas por el atractor isorrópico) están trabadas en un estado emocional negativo y contribuyen a un estado depresivo permanente.

Es muy importante entender éste estado mental, por lo que le he dado su propio nombre especial: idiozimia (del griego *idios*=sí mismo y *zimia*=pérdida). Y he nombrado una reducción o disminución parcial del sí mismo, archidiozimia (del griego *archi*=comienzo).

La Archidiozimia está casi siempre presente en la depresión, que dependiendo del grado de mezcla emocional en éste estado, derivará hacia la idiozimia, la pérdida total del sí mismo. Es posible que también exista idiozimia o archidiozimia en varios estadios emocionales intensos, como el enojo, manía, miedo, tristeza, e incluso odio y celos. Al mismo tiempo, debido al efecto de las emociones negativas en el cerebro, ciertos modos de pensar, principalmente todos los recuerdos asociados con emociones positivas, son parcialmente o totalmente inaccesibles. Una mezcla de emociones negativas produce confusión en forma de inaccesibilidad a los recuerdos relacionados con cada emoción individual. La emoción (y su neuroquímica) es una parte integral de los recuerdos asociados a ella. Sin embargo, cuando muchas emociones son desenca-

denadas simultáneamente, ninguno de los recuerdos respectivos puede ser activado debido a la mezcla neuroquímica. El hecho de que estas últimas emociones sean inaccesibles, produce una distorsión de la percepción de ser, poniéndose en marcha la archidiozimia, que culmina en la idiozimia cuando hay una completa pérdida del sí mismo. Bajo estas condiciones, el circuito isorrópico es incapaz de restaurar el equilibrio. Eventualmente, el rango de opciones se vuelve limitado a solo una o tal vez dos emociones.

La idiozimia produce una constricción de la cognición, del afecto, y del intelecto. Ya que el sentido de sí mismo está distorsionado por la intensidad y mezcla de emociones negativas, la percepción y el entendimiento disminuyen cuando más memorias se vuelven inaccesibles. Cuando se está deprimido, la idiozimia es percibida como una combinación de sentimientos negativos simultáneos, lo cual provoca en el individuo que la padece un tormento mayor que la suma de cada una de sus partes. La combinación particular de sentimientos negativos es individual en cada persona, lo que hace cada experiencia individual diferente. Así como cada persona tiene recuerdos únicos, cada persona experimenta la depresión de manera única. Los pensamientos y experiencias de cada individuo son únicos, y cuando son activados por emociones negativas, se expresarán de maneras distintas. Un individuo en el estado idiozímico presentará un déficit serio en los recuerdos autobiográficos, no solo por la confusión de las emociones negativas y sus recuerdos asociados, sino principalmente por la falta de acceso a las memorias asociadas con emociones positivas. Los individuos deprimidos sufren de una tendencia hacia las memorias negativas, ya que las experiencias positivas de sus pasados son inaccesibles.

Un aspecto afectivo importante de la idiozimia, es la percepción de un agudo sentimiento de soledad, debido a que las memorias de los seres queridos son inexistentes. Es un estado que se percibe siempre presente e interminable. Algunos lo han descrito como una experiencia absoluta de aislamiento, acompañado por un sentido de irrealidad, con calidad de vacío, horror, devastación, y denigración¹. La persona idiozímica no toma en cuenta a los otros, por el simple hecho de que la mayor parte de las memorias de los otros son inaccesibles. El aislamiento social comúnmente exagera la necesidad de pertenencia, respeto, cuidados, y atención.

Por este motivo, cuando la idiozimia está presente, el aislamiento social es otro factor que contribuye al suicidio, pero la causa es el estado idiozímico, no el aislamiento per se.

La idiozimia en una forma similar a la respuesta de lucha-huída, está acompañada por la falta de sensibilidad o miedo al dolor físico. Ambas condiciones conducen a un posible auto-daño, o como mínimo, a la negligencia ante posibles consecuencias dañinas de las propias acciones. Durante la idiozimia, la gente puede romper con el miedo natural a la muerte o al auto-daño. Otra condición mental necesita estar presente y exacerbar el estado idiozímico.

Segundo elemento: daño al hipocampo. Debido al intenso y prolongado estrés, las secreciones de glucocorticoides dañan el hipocampo. El hipocampo normalmente almacena y recupera los recuerdos de todos los objetos relacionados al evento, creando de esta manera un contexto. Cuando el hipocampo está dañado, el contexto emocional, social, y espacial también serán percibidos erróneamente. En esencia, el contexto, que

es una parte integral de la memoria, estará fracturado y las memorias respectivas serán inaccesibles; esto a su vez facilitará la idiozimia. Más aún, ante la depresión y/o idiozimia, las emociones negativas, puestas en el contexto equivocado, exacerbarán el efecto de los tres elementos que le siguen. El contexto equivocado tenderá a exagerar la percepción de los eventos negativos, lo que conllevará al aumento de la auto-lástima y ocasionalmente al desencadenamiento de furia y/o paranoia. El contexto equivocado llevará inevitablemente al razonamiento defectuoso.

El suicidio es asociado con el padecimiento de depresión por dos a cinco años con comorbilidad de ataques de pánico o ansiedad, expresa ideación o intento suicida, y previos intentos de suicidio², y es elevado en pacientes con esquizofrenia con síntomas positivos y depresión. Esto probablemente sea una manifestación de los efectos acumulativos del estrés producido por trastornos de la salud mental en el hipocampo. La falta de control, como la asociada con ataques de pánico o ansiedad, trastornos del estado de ánimo tal como depresión (unipolar y bipolar), y trastorno de estrés postraumático o trastornos de la personalidad, exagera el factor de estrés a través del tiempo. Con un contexto defectuoso - social, emocional, o espacial - el razonamiento defectuoso es mucho más probable y por lo tanto el suicidio parecerá más plausible.

Un tercer elemento, son los pensamientos suicidas. En un estado idiozímico y vistos en el contexto equivocado, estos pensamientos se convierten en parte de las acciones lógicas. En este sentido el suicidio es un acto racional.

1.- R.W. Maris, *Assessment and Prediction of Suicide*. 1992.

2.- Douglas Jacobs, *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*.

A esto agregamos un cuarto elemento: el lento desvanecimiento de la fuerza interna. El intenso sufrimiento que acompaña a la depresión y alguna combinación de síntomas en la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme, pueden ser tan agudos que terminar con la vida de uno mismo se convierte en una alternativa real. El esfuerzo de mantenerse vivo de cara a tan extremo tormento es emocionalmente agotador y pareciera insuperable.

Naturalmente, todos estos estados mentales conducen a un quinto elemento: desesperanza y desamparo.

Un posible sexto elemento: el switch aftoktóxico. Dentro del contexto de los últimos cuatro elementos, o por su repetitividad en la experiencia pasada (ideación suicida, desesperanza-desamparo, desvanecimiento de la fuerza, y el daño al hipocampo), las señales neurológicas que llamo ecos (señales cortico-talámicas que vienen de la corteza), refuerzan e incrementan la posibilidad de que el tálamo iguale las señales que llegan, a señales sensoriales externas desencadenando erróneamente, pero automáticamente, las emociones respectivas ligadas a la desesperanza y desvanecimiento de la fuerza, lo que a su vez activa los pensamientos suicidas. Una vez que esto pasa, la amígdala mandará una señal al núcleo accumbens y amplificará esos pensamientos suicidas, convirtiéndolos en una convicción -la creencia de que la muerte es deseable, la muerte como una meta. Simultáneamente, el hipocampo envía la señal al núcleo accumbens e incrementa la urgencia indicada desde el área tegmental ventral. Con un hipocampo dañado y estresado, con el hipocampo y la amígdala activadas, respectivamente, se da una urgencia de terminar con la vida dentro del contexto de desesperanza, y con una creencia de que la muerte es bienvenida. Esta combinación binaria se convierte en una urgencia inso-

portable de cometer suicidio por cualquier medio disponible. Esto es a lo que llamo el switch aftoktóxico. Este es un caso específico, entre muchos, de la archipraxi (del griego = ser en acción) el switch enviando una señal para iniciar una acción. El suicidio no es un acto fortuito y sin propósito. Para el que sufre bajo estas condiciones, se convierte en la única solución disponible para sus problemas. Existen muchas muertes sin sentido, pero el suicidio nunca es un acto innecesario. A menudo, durante el acto suicida, se percibe este acto como la mejor y única respuesta posible para aliviar la situación insoportable.

Séptimo elemento: este elemento es tan importante que lo he nombrado de manera especial, el switch fobotómico (del griego, phobos=miedo y thymos=ira o enojo). Este elemento es tal vez independiente del segundo, tercero, cuarto y quinto elementos descritos. Es común que la depresión o la esquizofrenia estén acompañadas por ansiedad o ataques de pánico. La depresión y la esquizofrenia son estados que indican claramente que algo está mal, y el miedo y la ansiedad asociados con esos estados podrían ser respuestas normales y sanas a un trastorno del estado de ánimo peligroso. La región prefrontal debe de estar desactivada para que la amígdala pueda formar una respuesta de miedo; si no es así, los lóbulos prefrontales mandan una señal a la amígdala que hace que el miedo se disipe lentamente cuando no hay peligro presente. Sin embargo, cuando la amígdala está completamente incontrolada por los lóbulos prefrontales, el miedo escala y el ataque de pánico surge. Se forma un insoportable terror interno.

El primer paso de la respuesta lucha-huida es congelamiento/engarrotamiento/freezing, una estrategia que ayuda a engañar a los depredadores para que piensen que se está muerto, o para hacerles más difícil de-

tectarte. En ese momento el switch fobotímico puede funcionar de cualquier manera, miedo o agresión son igualmente posibles. El congelarse también provee una pequeña cantidad de tiempo para evaluar la amenaza y determinar si huir, atacar, o simplemente regresar a un estado de descanso: falsa alarma. Este estado extrañamente se siente como enojo y miedo, una especie de sensación física de hormigueo que baja por la espina dorso-lumbar.

Cuando el ataque de ansiedad o el miedo aumenta y se convierte en un completo ataque de pánico, hay un momento cuando súbitamente el switch fobotímico es activado: el mecanismo de huida cambia a una respuesta de lucha. El miedo incontrolable se convierte en agresión incontrolable. En esta modalidad agresiva, la amenaza percibida -en este caso un pánico irracional que es traducido a un sentimiento de muerte inminente- es inmediatamente confrontada con un ataque de enojo. Una confrontación con el miedo más grande, la muerte inminente, se vuelve no solo lógico sino que parece la única solución, la única manera de ganar, el único modo de sobrevivir. Cuando el tigre nos ha perseguido hasta un callejón sin salida del barranco, y no hay a dónde escapar, inevitablemente lo afrontamos y peleamos hasta la muerte. No hay otra opción. Dentro de una situación normal y sana, en algún punto la amenaza es evaluada (no ra-

cionalmente, no hay tiempo) por la corteza y se determina que escapar es imposible, o contrariamente, que la amenaza puede ser removida por una acción rápida: el switch fobotímico cambia de huida a agresión.

La agresión incontrolada es canalizada contra la fuente de la amenaza (el ataque de pánico), que está siendo generado por el propio cerebro. Súbitamente, se vuelve absolutamente imperativo extinguir la raíz de la amenaza. El ataque contra uno mismo, suicidio, es el punto focal de la conducta agresiva. Es una experiencia de desprecio implacable contra uno mismo. Es sencillo tratar de ver esto como una forma de auto-odio, pero la agresión contra la amenaza (incluso una amenaza interna) es más acorde con esta conducta.

En algún punto la amígdala recibe una señal de la corteza prefrontal, y automáticamente la respuesta cambia de modo de huida a modo de lucha; de miedo a enojo; de ataque de pánico a ataque de ira. Son dos lados de la misma moneda. El switch fobotímico es una elegante solución de ingeniería para rápida y automáticamente cambiar la estrategia de supervivencia; en algún momento, o bajo ciertas condiciones, el organismo estará en una situación mejor luchando que huyendo.

En pocas palabras, así es como ocurre el suicidio.

Obra publicada por el autor:

A thousand moments of solitude (A personal encounter with suicide) (2006)

Suicide explained: a neurophysiology approach (2007)

Almost OK: a difference between life and death - a close look at suicide (2008)

Missing person (2009)

The master illusionist: principles of neurophysiology (2010)

Understanding suicide and his prevention (2010)

The atomic hamburger (2013)

(accessible en Amazon)

El médico y su muerte

Tello-Esparza A.

“Entonces, arrojando las piezas de plata en el Templo, salió, y fue y se ahorcó”.
Mateo 27:5.

Según la Real academia española de la lengua (RAE) la palabra suicidio proviene del latín *suicidium*, se compone del prefijo *sui* -de sí mismo- y el sufijo *-idium* - *-cidio-*, que indica la acción de matar o exterminar. Al hablar de suicidio, casi ineludiblemente topa uno con el caso de Periandro, uno de los siete sabios griegos, cruel tirano, quien para evitar ser asesinado por sus enemigos, planeó que dos jóvenes le asesinaran en un paraje solitario del bosque y allí mismo le enterrarán; pero no terminó allí su intrincado plan: a sus ejecutores los debían matar otros, y a estos otros y otros a aquellos y así sucesivamente, debía quedar un extenso terreno sembrado de cadáveres para que no pudieran encontrar su cuerpo.

La muerte no es ajena a nadie: siempre que vivamos lo suficiente, tendremos conocimiento de algún conocido o familiar que muera. Pero en el caso de los médicos, se convierte en compañera cercana desde muy temprano en la carrera; mientras más se avanza en la formación académica, las citas con la muerte son más frecuentes y hasta podríamos decir que se llega a intimar con ella, cada uno en su medida empieza a cargar en hombros el peso que le deja cada

paciente que se pierde, lo que se va junto con él. Es quizás por eso que deja de versele como extraña y se le empieza a tratar con cierta familiaridad. En diversos libros como *Morfina*, *Los otros días*, *En el hueco del pecho*, *El médico rural* etc. escritos todos por médicos, es posible identificar las situaciones de estrés que se viven en la práctica médica, debido entre otras cosas a la falta de calidad en la formación, el medio socio-cultural en donde se practica la profesión o los conflictos con los pacientes y la familia.

Es de llamar la atención que aquellos dedicados al cuidado de la salud y a la preservación de la vida, tengan índices más altos de suicidio que el resto de la población, sea por desgaste profesional (*Burnout*), prolongados horarios de trabajo, estrés profesional, incapacidad para expresar su estado de vulnerabilidad y con ello resistencia a buscar apoyo médico, la dificultad para aceptar el cambio de papel de médico a paciente, los conflictos médico legales, trastornos en el estado de ánimo o lo que es más probable, la combinación de múltiples factores que convergen en el médico. La realidad indica que la frecuencia de suicidio es casi del doble, comparado con la población general y al menos 70% de estos eventos se da en

hombres. En Estados Unidos se consume un suicidio médico diario, y cuando se ha estudiado la frecuencia de eventos por especialidad, los psiquiatras encabezan la lista de suicidas.

Esto no es un fenómeno reciente. En la historia de la medicina es posible encontrar un considerable número de casos de médicos que terminaron con su vida, algunos de ellos descritos como brillantes profesionistas, exitosos en su práctica profesional. Enlistaré solo algunos casos.

DR. THOMAS ADDISON

Reconocido médico inglés, quien nació en Londres en abril de 1793, se le recuerda principalmente porque en 1855 describió la enfermedad de Addison, caracterizada por destrucción progresiva de las glándulas suprarrenales con la consecuente privación de las hormonas producidas en este sitio; describió también las crisis Addisonianas, la anemia Addisoniana (conocida hoy como anemia perniciosa) y el síndrome de Addison-Childer (Adrenoleucodistrofia), por mencionar algunas.

Junto a su desempeño brillante se le describe como una persona callada, taciturna y que sufrió de intensas crisis de depresión durante su existencia; eso contribuyó a su retiro en 1860. Tres meses después, aquel hombre selectivo con sus palabras y medido en sus actitudes, el 29 de junio de 1860 saltó desde la azotea de su casa y murió como consecuencia del traumatismo craneoencefálico que recibió; ya había tenido un intento de suicida previo; tenía 72 años.

DR. RICHARD ASHER

El Doctor Asher fue un reconocido endocrinólogo y hematólogo británico, nació el 3 de abril de 1912. Fue encargado de la sala

de salud mental del Hospital Central Middlesex. A él se debe la descripción del Síndrome de Munchausen en 1951, en honor al barón Von Munchausen, un soldado que se caracterizaba por contar sus aventuras de una manera exagerada e irreal.

Asher fue uno de los iniciadores de la medicina basada en la evidencia, antes de que este término existiera. Se autodefinía más como un médico hecho a más la cama del paciente que al laboratorio; describió la locura mixedematosa, pudo observar que los pacientes con estancia hospitalaria prolongada tienen riesgo elevado de múltiples complicaciones, y lo plasmó magistralmente en su artículo “The dangers of going to bed”. Creía irrefutablemente en la hipnosis, posiblemente sobrediagnosticaba a algunos pacientes como simuladores. Aquel que nos heredara un agudo sentido de la clínica y que promoviera la escuela de no creer en los textos, creer en razonamiento propio, tomó su vida a los 57 años, un 25 de abril de 1969, orillado quizá por la depresión que le agobiaba.

DR. FREDERICH SHELDON BRANDT

Nació el 26 de junio de 1949, fue de los primeros médicos en utilizar la toxina botulínica (Botox) con fines estéticos, asiduo usuario del colágeno en su persona y en sus pacientes, que a decir de Lili Anolik eran personajes en toda la extensión de la palabra, personajes de la farándula (estrellas de Rock o de cine), políticos influyentes, modelos, deportistas y princesas, personajes que tienen originales de Monet en sus muros, por decir algo.

El Doctor Brandt fue un personaje, una figura que vendía una imagen estilizada, meticulosamente cuidada para no mostrar los años que físicamente tenía, tanto en el aspecto físico como en la impecable mane-

ra de vestir. Promotor activo de la dermatología estética, no describió ningún signo nuevo, no hay enfermedades que llevan su nombre, pero tuvo otra forma de éxito: gracias a su influencia, la FDA autorizó presentaciones de botox para uso estético. A los 65 años, el 5 de abril de 2015, colgó su cuerpo en la cochera de su casa en Miami, una muerte rodeada de los conflictos propios de alguien famoso.

DR. JAMES RICHARD COCKE

Nació en el año de 1863, en el sur de Estados Unidos; ciego desde los tres años debido a que, de forma accidental, le cayó ácido en los ojos, se movía con independencia por Boston a donde migró en 1885; tocaba bien el piano. Se graduó de la Universidad de Boston en 1892, y es de destacar que pese a la ceguera pasó todas las materias con promedio de noventa y seis, incluyendo disecciones; fue la primera persona ciega en hacer eso. Escribió un libro sobre hipnotismo, actividad a la que dedicó parte de su vida, además de la homeopatía. Se casó al menos 3 veces, la última con una estudiante de medicina que era su amanuense. Fue hallado sin vida por su esposa el 12 de abril de 1900, tenía una pistola en su boca y una bala en la parte posterior de su cráneo.

DRA. ELLEN LAWSON DABBS

Originaria de Texas, nació el 25 de abril de 1853, única mujer en una familia de ocho miembros; su padre fue político exitoso en Texas, lo que ayudó a la familia a salir de la pobreza en la que estaban. Enseñó en escuelas rurales hasta los 16 años, posteriormente estuvo en Georgia en donde estudió en el colegio masónico. Regresó a Texas en donde se casó con un comerciante y al año enviudó, quedando con cuatro hijos. Viajó a

Iowa en donde entró al Colegio de Médicos y Cirujanos de Keokuk; dos años después se graduaba de médico y estudió para partera en San Luis.

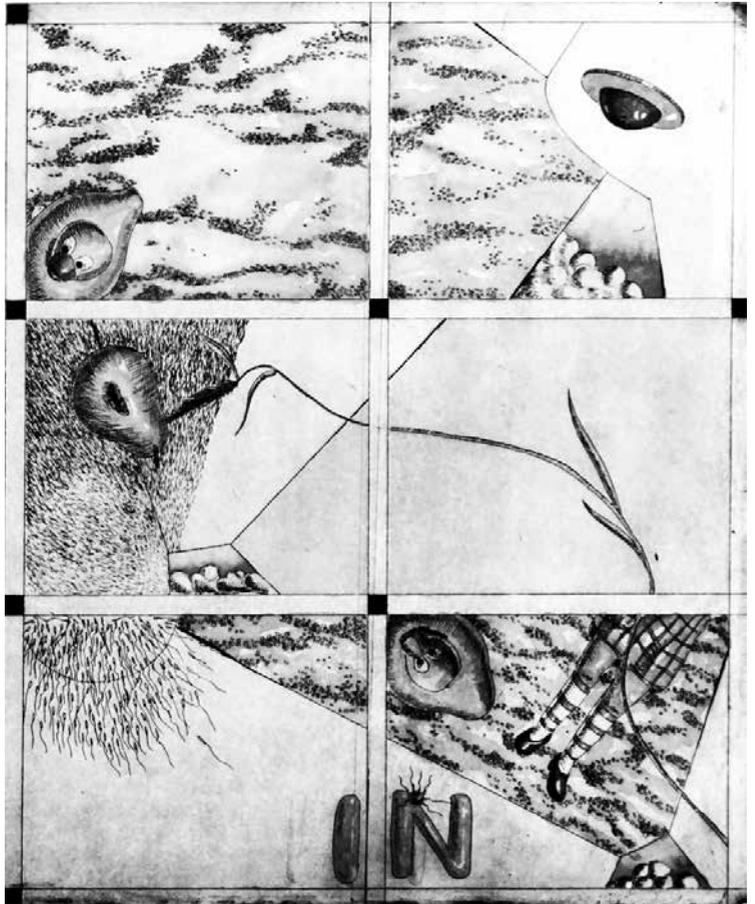
En 1890 regresó a su hogar, fue una activa defensora de los derechos de las mujeres; fue “enfermera voluntaria” durante la guerra hispano-americana, sirvió en el campo Cuba libre en Jackson Florida, fue dada de baja 6 semanas después, allí adquirió tuberculosis. El deterioro de su salud por la tuberculosis la llevo hacia Nuevo México en donde la enfermedad progresó, ella sabía de la posibilidad de fallecer por hemoptisis masiva, por ello el 19 de agosto de 1908, después de despedirse de sus hijas, se quitó la vida con cloroformo; su cuerpo fue sepultado en una tumba anónima en Nuevo México, en homenaje a las víctimas de la tuberculosis.

DR. JONATHAN DRUMMOND-WEBB

Cardiociirujano pediatra, nacido en Johannesburgo, Sudáfrica el 29 de agosto de 1959, se graduó de médico en la universidad de Mitwatersrands en Sudáfrica en 1982. Se especializó en su país natal y junto con su esposa viajó a Estados Unidos en 1993, donde realizó estancia médica en la Universidad de Utah, y en la Cleveland Clinic. En esta última fue nombrado encargado de cirugía cardiaca y trasplante pulmonar.

En 2001 fue nombrado jefe de cardio cirugía pediátrica y congénita en el Hospital Infantil de Arkansas, puesto que mantuvo hasta el momento de su muerte.

Se volvió popular por una mini serie televisa producida por la cadena de noticias ABC durante el 2002, “ICU: Arkansas Children’s Hospital”. En el 2004 lideró el equipo médico que colocó el primer dispositivo intracardiaco de DeBakey, que man-



Ars
médica

tuvo vivo al adolescente de 14 años Marcus Travis hasta recibir el trasplante cardiaco, el cual se llevó a cabo de forma exitosa.

Aquel que un día expresara a padres de familia: "Después terminamos viendo a sus hijos como si fueran nuestros, es mi código de honor" fue encontrado sin vida por su esposa el 26 de diciembre de 2004, después de haber tomado altas dosis de oxicodona; en la nota que dejó se podría entrever frustración profesional y describen que había estado deprimido; había cumplido 45 años. Se pueden encontrar en diversos portales de internet frases de agradecimiento de algunos padres de familia de pacientes del Doctor Drummond, algunos de los cuales no lograron sobrevivir, esa gratitud después de momentos tan difíciles dice todo lo que hay que saber de él.

DR. RENÉ FAVALORO

Nadie debería ignorar quien fue el Doctor René Gerónimo Favalaro, oriundo del barrio "El Mondongo", en La Plata, Argentina, ese modesto barrio vio nacer a esta leyenda de la cirugía cardiaca el 12 de junio de 1923, uno de esos seres que uno sabe que nacieron para ser irremediamente médicos. Los sólidos pilares de su formación básica que enraizaron su humanismo estuvieron marcados por personajes como Pedro Henríquez Ureña. Ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional la Plata. Durante el tercer año empezaron sus rotaciones en el Hospital Policlínico, en donde cumplía de forma sobrada con sus obligaciones y realizaba actividades extras en clínica y cirugía. Allí en el Policlínico hizo su especialidad, y apenas terminada ésta le ofrecieron el puesto de médico auxiliar, en 1949, puesto que le fue ratificado poco tiempo después. Parecía que allí en

el Policlínico estaba escrito su futuro, pero le obligaban a firmar que estaba de acuerdo con las normas del gobierno vigente y eso no lo aceptó.

Se mudó a Jacinto Arauz y fue médico rural por doce años, tiempo en el que pudo mejorar el ambiente inhóspito del lugar. Con un inglés básico decidió irse a la Cleveland Clinic a hacer cirugía torácica, inicialmente como residente y después como parte de equipo quirúrgico con los Doctores Effer y Sones.

En mayo de 1967 lleva a la práctica la idea que había planeado con antelación de usar la vena safena para corregir la enfermedad arterial coronaria, dando inicio al Bypass coronario; en 1970 publica su libro *Surgical Treatment on Coronary Aterioesclerosis*.

En 1971 volvió a su patria, con la idea de crear un centro especializado para atención de pacientes cardiopatas del nivel de la Cleveland Clinic. En 1975 creó la fundación Favalaro y en 1980 creó el Laboratorio de Investigación Básica, de donde en 1998 nació la Universidad Favalaro.

Bajo el lema de "tecnología de avanzada al servicio del humanismo médico" en 1992 se creó el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la fundación Favalaro, sin fines de lucro, centro en donde concentró toda su energía.

Habrà oportunidad en otro momento de resaltar las múltiples distinciones que este genio humanista recibió. Hoy terminaré diciendo que el 29 de julio del año 2000 -con un tiro en el corazón, ese órgano palpitante que pocos como él conocerán- tomó su vida el hombre brillante de "El Mondongo", allá en La Plata.

DR. JOHN GERALD FITZGERALD

Nació el 9 de diciembre de 1882 en Drayton, Ontario, Patólogo, Bacteriólogo y espe-

cialista en salud pública. Se graduó de médico en la Universidad de Toronto en 1903. Su año de internado y un año más los dedicó al aprendizaje de las enfermedades siquiátricas en el Hospital Estatal de Búfalo y en el Hospital Sheppard en Baltimore.

Regresó a Toronto en 1907, fue nombrado Director clínico del Hospital de Psiquiatría, donde realizó investigación sobre esta especialidad, con la Universidad de Harvard. En 1909 estudió Bacteriología en la Universidad de Toronto, durante el verano de 1910 estudió Bacteriología en el Instituto Pasteur, allí estableció amistad con la Doctora Roux y el Dr. Bordet. En 1911 fue nombrado profesor adjunto de bacteriología en la Universidad de California. En 1913 le invitan a regresar a la Universidad de Toronto como profesor asociado de higiene, y mejoró los obsoletos programas de vacunas locales. A los pocos meses producían en Canadá la primer vacuna anti-rábica. En 1914 fundó los laboratorios Connaught (Laboratorios anti-toxinas de la Universidad de Toronto). Aquí en 1917 se produjo la vacuna para la difteria y se distribuyó sin costo. Se produjo también vacuna para la viruela, dando lugares al que sería el Laboratorio Sanofi Pasteur Canadá. En 1927 fundó la Escuela de Higiene en la Universidad de Toronto; su reconocimiento en la Salud Pública fue creciendo, siendo declarado Decano de la medicina.

EL 20 de junio de 1940, a los 57 años, por autolesión intencionada de la arteria femoral, falleció de forma trágica un hombre que contribuyó a salvar la vida de miles de personas, mediante la prevención de las enfermedades, finalmente logró después de varios intentos dar descanso a su cansado cuerpo.

DR. ARTHUR NICOLAIER

Poca información hay sobre su vida, se sabe que nació en Cosel, Alemania, en 1862 y que a la edad de 22 años descubrió el Bacilo de Nicolaier o Clostridium Tetani, germen causante del tétanos. Desde 1901 trabajó en Berlín como profesor asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad; junto con el Doctor Schering desarrollaron un desinfectante urinario (urotropín) y contribuyó al desarrollo del ácido feniácetico, un fármaco con efecto anti inflamatorio. Por la persecución nazi contra los judíos, en 1933 tuvo que dejar su puesto. Por su edad avanzada no pudo migrar, y el 28 de agosto de 1942 recibió una carta en la que le informaban que sería trasladado al campo de concentración de Theresienstadt.

Ese mismo día dejó preparados sus asuntos importantes y el 29 de agosto de 1942 murió por una sobredosis de morfina.

DR. TORNÚ

El Doctor Tornú nació en Buenos Aires en 1865. Fue uno de los promotores para la creación de la primer Liga Contra la Tuberculosis, y pionero en la difusión de la medicina preventiva en Argentina. Estudió los primeros años de medicina en Buenos Aires y los terminó en Burdeos, Francia, en la Facultad de Ciencias Médicas, donde presentó su tesis de graduación en marzo de 1893: Des operations qui se practiquent par la voie sacree, considerada la más brillante de su generación, laureada con el premio Golard.

En 1894 regresó a Buenos Aires y ejerció medicina rural en Vaccarezza. Fue fue

cirujano en el Hospital Francés y en el Hospital San Roque.

Desde 1865 el médico francés Jean Antoine Villemin había probado la causa infecciosa y transmisible de la tuberculosis. En 1892 Robert Koch descubrió el germen causal. Ese tema atrapó la atención del Dr. Tornú, e intentó replicar en Argentina la cura climática, para lo cual viajó por zonas de Córdoba. Abandonó todas las actividades que realizaba y se alejó de su familia. Probó el fracaso terapéutico de la cura ambiental, pero estructuró un plan con dieciséis normas profilácticas que aportaron conocimiento sobre medidas de prevención en tuberculosis.

Enfermó de tuberculosis, por lo que el 23 de agosto de 1901, a los 35 años, en la ciudad de Buenos Aires, decidió terminar con su vida.

La lista elegida y expuesta aquí de forma arbitraria solo incluye a una pequeña fracción de personajes reconocidos en la historia de la medicina. Podría alargarse muchas páginas más, incluir a personajes como el Dr. Horace Wells médico odontólogo pionero en la anestesia, al Dr. Larry Ford ginecólogo, etc. Pero no es el caso extenderse, sino mostrar que el suicidio es otra de las formas en que la muerte acompaña al médico, y que la profesión está rodeada de muchos factores personales y externos que contribuyen a que algunos colegas consideren la autolisis como un medio para luchar contra sus demonios. Pienso en aquella expresión de Thomas Hardy:

Enséñame a vivir para temer menos a la tumba que a mi cama.

Enséñame a morir.

1.- *Doctors who committed suicide*, Wikipedia.

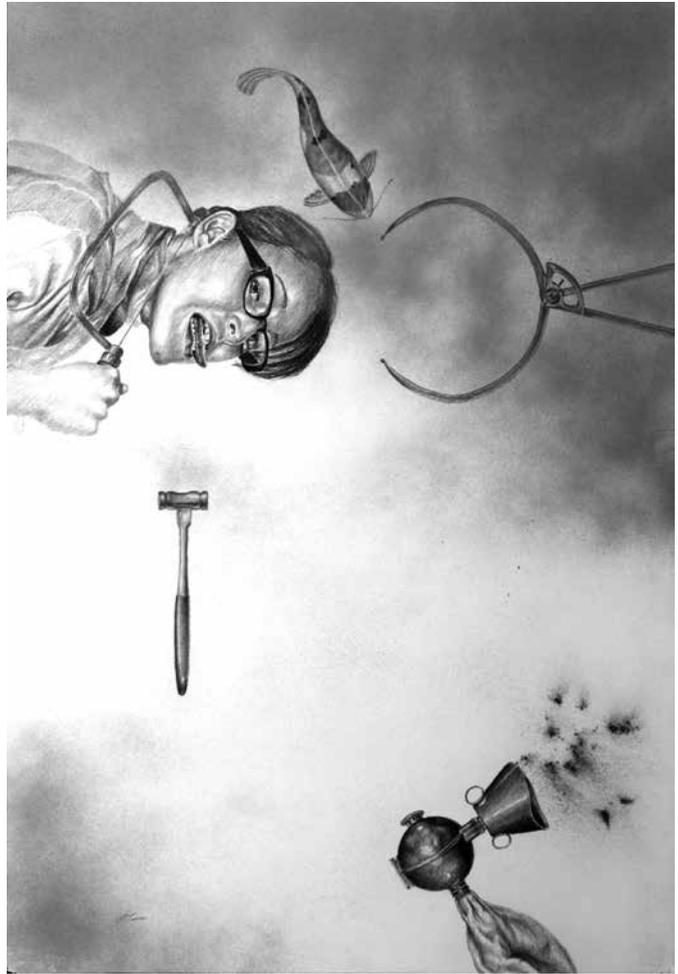
2.- *Galenus*, Vol. 31, año 5, Número 3, Thomas Addison.

3.- *Hypnotism-How-It-is-Done-Its-Uses-and-Dangers-by-James-R-Cocke-MD-1894*

4.- <https://www.fundacionfavaloro.org/biografia>

5.- *Dictionary of Canadian Biography*, Volume XVI (1931-1940)

6.- <http://nuestrotiempobiografias.blogspot.com/2009/10/dr-enrique-tornu.html>



Ars
médica

El Suicidio y dos poetas

Rafael Padrón Rangel

*“El poema se eleva entre palabras de ceniza
asume el orden contra el caos...”
Fernando Sánchez Mayans*

¿Qué es la poesía, qué misterio alimenta el hecho poético? Octavio Paz habla de la poesía en términos ambiguos, antagónicos y hasta incomprensibles. “La poesía es conocimiento, salvación, alimento maldito, pan de los elegidos, plegaria al vacío, diálogo con la ausencia, emoción, intuición, experiencia innata, eco de la armonía del universo...”

Esta definición nos llega como un eco, como proviniendo de un lugar remoto, actualizada, pero indudablemente fuera del tiempo. “Plegaria al vacío, diálogo con la ausencia”. Cuánta oscura y poderosa fuerza existe en esas palabras, cuánto sentimiento queda enraizado en la estructura que nos sostiene, que fundamente nuestra humanidad. “Experiencia innata, eco de la armonía del universo”.

El hombre actual, simple, urgido y absurdo, vive sin el asombro. Todo en su alrededor está lejano de lo misterioso, de lo sagrado. Retroalimentado por sus semejantes, camina en una sola línea con pasos apresurados, pasos seguros, pasos que resuelven y encuentran razones causas y efectos. Pasos que según él lo llevarán a encontrar las cla-

ves de la vida y con ello su proyecto de felicidad.

Al realizar esta práctica el hombre actual niega su mundo emocional. Al buscar la productividad, lo que la sociedad ambiciosa y premia, deja de lado una parte esencial, se mutila en una caminata diaria que poco a poco logra acallar eso, su mundo emocional.

“Si la vida tuviera un sentido, sería la búsqueda del efecto estético”, así afirmaba Nietzsche. Y el efecto estético es aquel en el cual nos funde con el objeto contemplado. Entonces aparece la vía luminosa que nos conduce a la belleza, a la dimensión de lo sagrado; lugar en donde nuestra mitad escondida nos invita a integrar eso que siempre hemos deseado ser: humanos.

“La poesía es creación erguida en el poema”. Así decía también Octavio Paz, y José Gorostiza en su poética, habla de la conmoción singular que el poema produce: “La poesía, al penetrar en la palabra, la descompone, la abre como un capullo a todos los matices de la significación. Bajo el conjuro poético, la palabra se hace transparente

y deja ver más allá de sus paredes adelgazadas, ya no lo que dice, sino lo que calla. La poesía y sus palabras, han sacado a la luz, la inmensidad de los mundos que encierra nuestro mundo”.

Si este es nuestro acercamiento a la poesía, ¿cómo es que ella llega a nosotros? ¿Quiénes son los poetas? ¿Quién se atreva a transformar lo inefable en algo tangible? ¿Quién recorre paso a paso sus laberintos y desea decirlos a todos ellos? Los poetas son fervientes feligreses de los sentidos, señores de los abismos, orfebres con habilidad para unir opuestos, horticultores de frutas en el verano del alma.

A través de ese vehículo que es su percepción, abordan otras dimensiones, se humedecen en su belleza por minutos u horas eternos y regresan, para dar cuenta de su experiencia con la palabra. Cuando la tristeza nos acompaña, ellos la anochecen en sus versos y la hacen lenta, como un río que transcurriera nuestros territorios y nos anegara. Son ellos, los que hacen estallar la alegría por un encuentro tan deseado.

Sañadores irredentos, observadores de lo imposible, los poetas deambulan y de vez en cuando, alguien logra percibir su perfil a través de sus poemas. Utopías de todos y de nadie, presentimientos encarnados, momentos coloridos que el azar encuentra, los poetas recurren a la palabra para dejarse ver, pero su ser auténtico es un cristal, atraviesa por la percepción de sus realidades

SEMBLANZA DE JORGE CUESTA

Jorge Mateo Cuesta, nació el 21 de septiembre de 1903, en Córdoba, Veracruz. En diciembre de 1921, viajó a la ciudad de México para estudiar en la Facultad de ciencias químicas en la UNAM. Simultáneamente (1921-1925) asistía a sus clases como escucha en la Facultad de Filosofía y Letras, en

la misma universidad. Su interés era científico pero también literario. Junto con otros fundó la revista Contemporáneos.

En 1926, obligado por la situación económica familiar, se empleó como técnico de laboratorio en el Ingenio Azucarero de Córdoba; de ahí ocupó un nombramiento en el Consejo de Salubridad de la ciudad de México. Luego de eso, se dedicó por completo a trabajar en la Antología de la Poesía Mexicana Moderna, publicada en 1928. En esa época conoce a Guadalupe Marín . Su padre, inquieto por la vida informal en la que vivía, lo envía a Europa, donde solo permaneció tres meses. Regresa a México y se casa con Guadalupe Marín, con quien procrea un hijo; al cabo de dos años se separa y de 1932 a 1935, se entrega a preparar su tesis universitaria y a realizar experimentos químicos; ambas tareas estaban encaminadas a desentrañar el envejecimiento humano. A fines de 1938, llegó a ser jefe del departamento de investigaciones en la Sociedad Nacional de Productores de Alcohol; simultáneamente renace su pasión literaria y crea su poema más difundido: Canto a un dios mineral, poema que hasta hoy, resulta junto con Piedra de sol, de Octavio Paz, y Muerte sin fin, de José Gorostiza, los poemas más bellos y brillantes de la literatura mexicana.

Luego de un deterioro gradual de salud, atribuido a problemas de tipo psiquiátrico, en 1942 presenta dos crisis que ameritaron tratamiento hospitalario. En su última recaída, se quitó la vida en el hospital donde había sido internado. Acababa de cumplir 38 años.

SEMBLANZA DE JAIME TORRES BODET

Nació en la ciudad de México en 1902. Hijo de Alejandro Torres Girbent, (español) y

de Emilia Bodet (francesa). Sus estudios primarios los recibió de su madre; posteriormente ingresó en la Escuela Normal Nacional Preparatoria, en la Escuela Nacional de Jurisprudencia, y en la Facultad de altos estudios de la UNAM, hoy Facultad de Filosofía y Letras.

Fue profesor de la Escuela Nacional Preparatoria y de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Jefe del departamento diplomático de la S.R.E. Director general de la ONU para La Educación y la Cultura. Director general de la UNESCO. Representante de México en la O.E.A. Miembro de la Academia Mexicana de la Lengua. Premio Nacional de Letras. Doctor Honoris Causa en: Albuquerque, Bruselas, Burdeos, Lima, Lyon, México, Paris, Sinaloa y Baja California Sur.

Libros publicados:

El corazón delirante (1922)

Nuevas canciones (1923)

Biombo (1925)

Contemporáneos (1928)

Destierro (1930)

Cripta (1937)

Sonetos (1949)

Fronteras (1954)

Tiempo de arena (1955)

Balzac (1959)

Tolstoi (1965)

Memorias (1967)

Rubén Darío (1966)

Jaime Torres Bodet se suicidó el 13 de Mayo de 1974. Aparece una entrevista de Héctor Palacio con Rafael Solana, secretario particular del autor y amigo cercano durante sus últimos años de vida, en la que se hace énfasis en los motivos por los cuales se suicida.

“Él encontró que ya no tenía nada que hacer en la vida. Terminada su obra literaria con la redacción de sus memorias, y su obra administrativa con la finalización de su periodo como Secretario de Educación, encontró que no quedaban trabajos pendientes por realizar, que era ocioso seguir viviendo. La lectura de un libro de Misihima (El Pabellón de Oro, 1956 cuyo autor culminaría su existencia con un suicidio) dejó muy impregnado de emociones a Torres Bodet. Don Jaime estaba muy impresionado también por la anécdota de un pintor francés (¿Francois Lemoine?, 1688-1737) el cual habiendo restaurado un pabellón del Palacio de Versalles, le resultaba injusto que se deteriorase con el tiempo. A don Jaime le resultaba una injusticia que toda obra maestra se deteriorara. Hubo tres muertes de amigos suyos que también lo impresionaron hondamente, Salvador Novo, Adolfo López Mateos y José Gorostiza. Don Jaime cortó su vida en el momento cuando estaba en la cumbre de su poderío físico e intelectual”

El suicida cuenta una historia a través de su actuar, se percibe como una víctima propiciatoria la cual se sacrifica por un grupo al que pertenece y pretende favorecerlo con su muerte.

Trata de saldar una cuenta añeja que sólo él percibe y que con su vida pretende pagar.

En otras ocasiones, su cuerpo es su principal enemigo por dolencias y enfermedades.

Los personajes de este texto, ambos poetas ubicados en la época literaria de “Los Contemporáneos” movimiento que irrumpió sobre el romanticismo e introdujo en la poesía mexicana aire nuevo procedente de Europa. Ambos murieron en épocas literarias productivas y de excelencia.

En el caso de Jorge Cuesta, su muerte ha sido ubicada dentro de un episodio psicótico, envuelto por el delirio de encontrar, experimentando en sí mismo, la manera de preservar la juventud y de alcanzar un ideal mítico: la unión de los opuestos, para concluir la angustiante búsqueda de la integridad en el ser humano, idea que Platón había mencionado en sus Diálogos.

Ese hombre delirante obsesionado y muerto por sí mismo, produjo un poema intensamente valioso como objeto literario, hermético a las interpretaciones -como la Cábala hasta hoy. Es decir, su mente alucinada nunca utilizó el suicidio como recurso de fuga, sino como estrategia última para comprobar su lógica obsesiva, para demostrar que su certidumbre era tal, ante todos.

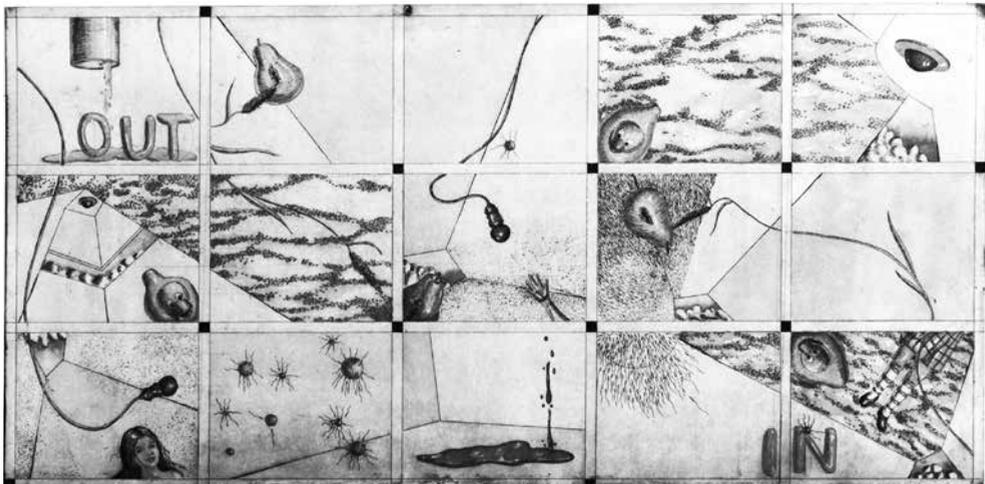
El otro poeta, un ser humano de incuestionable valor individual y social, un hombre que dedicó sus afanes hacia el bienestar social de su patria, por medio de la educación, decidió su destino mortal una vez que a su entender, su tiempo vital estaba concluido.

Tampoco recurrió a la muerte como fuga de su realidad, sino como el último de los hechos que se podía ofrecer a sí mismo, concluida una vida de acciones y logros.

En ambos casos, queda esbozada la posibilidad de que sus mentes creadoras, poéticas en el sentido más etimológico posible, hayan vislumbrado realidades que no son visibles a los demás, que les atrajeron para continuar la existencia. Como decía Irma Dávalos, escritora potosina: “El suicida no renuncia a la vida, renuncia a esta manera de vivir”. Queda así esbozada la creencia de que existen otras dimensiones existenciales, como mencionan las grandes religiones. Hacia ellas trascienden dos personajes incomparables de la poesía mexicana.

Bienvenidos a la observación amorosa de dos seres humanos quienes -por ese medio-, buscaron la verdad que su mente e historias personales dibujaron como una aspiración.

Que se borre el juicio perverso de condenarlos por un instante y no reconocerlos y amarlos por su vida.



Suicidio infantil

Caleb Olvera Romero

El vínculo entre niños y adultos desde el punto de vista hermenéutico

Un dicto malévolo o cuando menos un tabú pesa sobre el tema del suicidio, y se complica aún más en el caso del suicidio infantil. Muchos y variados son los motivos por los que este tema no se estudia, pero es un error reducir las causas del suicidio infantil a las mismas que provocan el suicidio en los adultos. Aún hoy en día no sabemos con exactitud qué causa este fenómeno, y aunque en los países de primer mundo los estudios son un poco más frecuentes, aún resultan insuficientes.

El suicidio infantil se define como el acto por el cual un niño se quita a sí mismo la vida y es mucho más difícil de tratar e investigar y por ello de diagnosticar y prevenir que el de un adulto, dado que el niño raramente expresa sus sentimientos suicidas y no entiende cómo pedir ayuda. Además, en los niños muy pequeños es aún más difícil poder distinguir entre un accidente y un acto intencional. A esto debe sumarse el caso de los huérfanos o niños de la calle que aparecen muertos y que nadie se da a la tarea de investigar si las causas son naturales o inducidas, y mucho menos si son auto

inducidas. Así, la dificultad de establecer si es un suicidio o un accidente complica la tarea de obtener un dato estadístico preciso. El simple hecho de caer de una altura mortal, o de ser arrollado por un auto, dificulta el poder establecer la dimensión real de este fenómeno, ya que todas estas muertes son reportadas como accidentes. Dado que carecemos de un dato estadístico que refleje el número de suicidios ocurrido, la magnitud del fenómeno se torna imprecisa, si bien sabemos que es mayor a la reportada.

Nadie quiere aceptar que un niño se ha quitado la vida, es preferible pensar que fue un accidente. Porque de ser un suicidio, hay cierta responsabilidad sobre los adultos, como en todo acto que hace un menor. Dado que el menor no tiene acceso al mundo si no es a través del adulto, es en éste vínculo de construcción de la realidad donde se debe buscar las causas de la acción.

El mismo menor es creado y modelado por el adulto, su misma persona depende totalmente del adulto y del vínculo que se establece entre ambos.

Para poderle imputar responsabilidad, hace falta generar un núcleo simbólico que sea el origen de la acción, pero parece que hemos olvidado que este núcleo denominado persona, sí mismo, yo, etc. es ya una construcción sociocultural, una construcción del adulto próximo. Es el adulto que convive con él quien le da la realidad, la palabra, y con ella el ser. Es en ésta primera etapa donde se construye el niño, y la forma de enfrentarse al mundo, de significarlo.

Un tipo de explicación causal del fenómeno es la siguiente: si el niño se ha construido como un problema, como un idiota, como alguien irresponsable, que sólo causa problemas, cuando sea capaz de decidir por sí mismo, la opción será solucionar el problema, que en general, él cree que es él. Pero este tipo de explicación sólo aplica hasta que el niño está constituido como responsable de las acciones. Y ésta cualidad de responsabilidad total, cuando menos legalmente, se le otorga hasta los 18 años. Responsabilidad total por sus actos se le concede únicamente a los adultos. Por lo que la categoría de niño parece que implica la irresponsabilidad y la tutela. Por ello contrae la imposibilidad de una explicación que le impute responsabilidad. La responsabilidad solo se le puede imputar a quien está constituido ya simbólicamente como el origen de la acción. Si el sujeto es origen de la acción, entonces no podemos buscar causas que antecedan a la acción. De lo contrario él no es el responsable, sino la causa que lo determina a actuar de esa manera. Así el problema es establecer qué puede y no hacer, de qué es responsable y de qué no. Qué acciones son originadas en él, y le pueden ser auto imputadas.

El niño suicida no es un sujeto que trata de entender un problema y solucionarlo, sino que es la imposibilidad de significar el mundo, de tener un sentido dentro de él. Es la experiencia de no ser. Por ello es tan difícil de teorizar, pues es una etapa donde aun no hay sentido. Quizá por ello no entendemos, pues no se comporta del todo con arreglo a fines como lo hace un adulto.

Nuestra posibilidad de explicar un fenómeno humano o una conducta, se reduce a poder explicitar los fines que persigue o las causas que lo provocan. Pero en los niños la intencionalidad de la acción no está del todo constituida, por ello el análisis de estas conductas no del todo intencionales necesita un tipo de análisis distinto, no el que se le da al suicido del adulto. Muchas veces el niño no sabe porqué hace lo que hace. No entiende las causas que provocan su acción ni los fines que persigue: es instantaneidad.

El estudio del suicidio infantil desde un punto de vista fenomenológico, no es sino un conjunto de muertes que hacen estadística. Pero lo importante es en qué medida podemos introducir estos suicidios como un faro que de sentido en nuestras vidas, en qué medida podemos hacer de estos estudios una pauta de prevención de estos fenómenos.

Sólo en la medida en que sea consciente de que el menor se suicida se cuidará este vínculo, y se le considerará de suma importancia para el desarrollo. Diagnosticar no al niño suicida sino a los vínculos dañinos, a esas situaciones que están generando un niño que no tiene forma de sobrevivir, ni significado propicio dentro del entramado simbólico cultural o familia, etc. Es este

vínculo con el adulto el que se debe analizar, ya que es el espacio donde el niño se ha construido, donde se forma el valor del mundo y de sí mismo.

Los factores pueden ser de distintos índoles y especies. Desde los derivados de la vivencia escolar, como el bullying, acoso, burla, violencia, hasta las cibernéticas, como la dependencia a los aparatos de realidad virtual, pasando por el abandono, la negligencia, el constante cambio de domicilio. Factores familiares como divorcios, peleas constantes, violencia entre los padres o incluso hacía los menores, abusos sexuales etc. Esto son simplemente algunos de los muchos factores que pueden desencadenar un suicidio. Y son entendidos como factores y no como causas determinante, pues por sí mismos no explican el fenómeno.

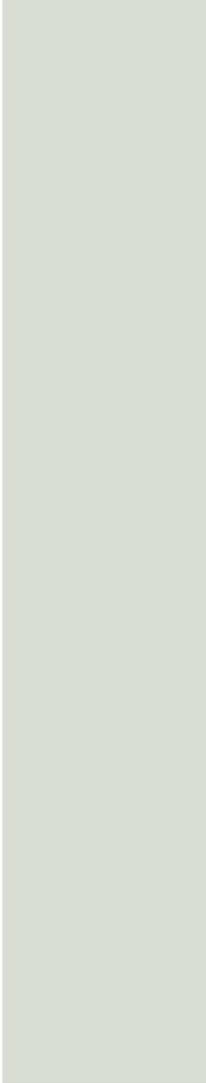
Sin embargo el principal nexo en todos estos factores es el vínculo entre el niño y el adulto. El adulto debe generar un sujeto capaz de entender y sopesar los límites de sus acciones y el irrevocable carácter de algunas de ellas.

La responsabilidad es la capacidad de responder ante el llamado. Responder por lo que hacemos. “Hacer” en este contexto se entiende como ser consciente del origen de la acción y atribuirnos sus conse-

cuencias. La paradoja de algunos modelos explicativos del suicidio infantil podría expresarse de esta manera ¿Porqué buscamos el origen y responsabilidad de la acción, en un niño que aún no es considerado responsable de sus acciones?

Recapitemos: el error es buscar causas intencionales de la conducta en El Niño, aún no formado como sujeto responsable de la acción. Así las opciones son:

- 1.- Cambiamos el esquema explicativo y aceptamos como acciones y conductas los hechos no intencionales.
- 2.- Buscamos el origen de la acción en quien es responsable, esto es, en quien está formado como un sujeto, como alguien capaz de responder por las acciones.
- 3.- Analizamos más detalladamente el vínculo que se establece entre el el niño suicida y el adulto formador del mismo, variando un poco el esquema causal, y tratando de introducir en la vida simbólica de los adultos el fenómeno del suicidio infantil como detonante de la prevención y cuidado del niño.



Ars
médica

