

Trabajos Originales

Muerte Súbita - Aspectos Psicológicos

Dr. CARLOS MARCELO NIJENSOHN (*)

RESUMEN

La importancia del factor psicológico en la génesis de la muerte súbita ha sido enfatizada por diversos autores (1, 2, 3, 4, 5, 14, 15).

Un 66 % de 54 pacientes fallecidos súbitamente, presumiblemente en relación a enfermedad coronaria, estudiados por Green y col. (3) presentaban síntomas de depresión entre 1 semana y 3 meses antes del deceso. Los autores se refieren en particular a situaciones de pérdida (fallecimiento de familiar cercano, o de un empleo o negocio), de peligro o, paradójicamente, de triunfo y alegría.

En general, los enfermos experimentan una sensación de incapacidad para enfrentar esas situaciones; se suman la sensación de impotencia frente a la pérdida y de no poder ser ayudado.

La observación empírica de que el complejo "darse por vencido - dado por vencido" es un antecedente frecuente de las enfermedades somáticas no indica que el mismo siempre desencadene la enfermedad, ya que para ello hace falta la predisposición biológica. Por otra parte, dicha predisposición (factores de riesgo) puede conducir a la enfermedad sin la existencia del conflicto psíquico. A nivel experimental, el aumento de actividad del sistema nervioso central, por estimulación directa o por medios psicológicos, puede afectar la susceptibilidad del corazón frente a arritmias graves.

Lown y col. (12) han logrado reducir, en animales, el umbral de fibrilación ventricular en un 40 % aplicando estimulación eléctrica sobre el hipotálamo y por medio del stress.

Corley y col. (13), en monos bajo situación de stress, han hallado bradicardia y lesiones miocárdicas, atribuibles a la acción combinada parasimpática y simpática sobre dicho órgano.

La inestabilidad y desorganización bioeléctricas previas al desarrollo de MS podrían estar precedidas por un estado concomitante de inestabilidad y desorganización psíquica.

Pocas nociones populares folklóricas están difundidas y persisten a lo largo de los siglos como aquellas que se refieren a la muerte súbita debido a un impacto emocional.

Ya en la Biblia se describía gente que fallecía bruscamente en situaciones de miedo, rabia, pena o alegría. Estas nociones persistieron a lo largo de los años hasta mediados del siglo pasado. Pero con el advenimiento del Positivismo Científico a fines del siglo XIX fueron cayendo en el olvido de los médicos. Desde entonces, la consideración de las relaciones entre ciertas emociones y la MS han desaparecido virtualmente de los libros y revistas especializadas. Sin embargo, con cierta frecuencia muchos médicos en conversaciones privadas aceptan con facilidad ejemplos de su propia experiencia en los cuales sus enfermos mueren en dichas circunstancias. Además, es muy raro que un médico no tenga cierta intuición de que alguno de sus pacientes, especialmente coronarios, debe evitárseles emociones intensas.

¿Por qué han persistido estas ideas hasta el presente? ¿Hay algo de cierto en ellas? ¿Acaso la aplicación de la digital en casos de hidropesía no fue también en un momento una creencia popular?

La creencia de un factor etiológico único resabía de la era bacteriana, constituía hasta hace un tiempo el único tipo de respuesta posible. Pero hubo cambios y hoy ya se acepta una causalidad plurifactorial en los mecanismos de diversas enfermedades (hipertensión arterial, aterosclerosis), lo que implica también la aceptación del hecho psicológico que no tiene los mismos parámetros que una enzima o un electrocardiograma, pero no por ello deja de tener tanto valor como aquellos.

El problema que se plantea frente a los aspectos psicológicos vinculados a la muerte súbita constituyen un verdadero desafío pues el actor principal ha desaparecido. De modo que nos vemos obligados a recurrir a distintas técnicas para enfocar el mismo.

Se pueden reunir datos acerca de un número considerable de situaciones de Muerte Súbita y evaluar en qué marco psicológico se produjeron. Engel (1, 2) reunió un total de 170 casos a través de la literatura periódica y comprobó que en aproximadamente un 60% de los casos, estas Muertes Súbitas (M.S.) sucedieron como emergente de situaciones de pérdida (por ejemplo, muerte súbita de una persona muy querida —de una esposa al enterarse del fallecimiento de su cónyuge— casi siempre también súbito- (40% del total de las mujeres estudiadas fallecieron de esta manera). O bien el fallecimiento se produce un poco más tarde entre las primeras 24 horas y 2 semanas (son términos arbitrarios). O ante el peligro o la perspectiva de la muerte de un ser querido (durante una enfermedad prolongada). En ambas circunstancias, la M.S. se produce durante el período de duelo es decir algo más allá de las primeras semanas. Rees y Lutkins (15) encontraron un aumento significativo de la tasa de mortalidad entre los viudos, mayor que el de las viudas, dentro del primer año de la muerte del cónyuge. Otras veces el deceso se produce al cumplirse un aniversario del fallecimiento de un ser querido. Engel cita el caso del fallecimiento de un joven de 17 años el 4 de junio de 1970 a consecuencia de una hemorragia subaracnoidea masiva por ruptura de un aneurisma de una rama comunicante anterior. Al médico que practicó la autopsia le pareció recordar el apellido y su sorpresa fue enorme al verificar que efectivamente el 4 de junio del año anterior había fallecido a consecuencia de las heridas recibidas en un accidente automovilístico su hermano mayor.

La muerte puede producirse, además en relación a situaciones en las que el individuo percibe una pérdida de su situación socioeconómica o de su "status". Un hombre de 56 años fallece súbitamente una semana antes del cierre definitivo de un negocio fundado con su hermano 30 años antes. Un médico de 53 años que había sufrido un infarto de miocardio varios años antes reacciona violentamente al enterarse de que su actual jefe ha resuelto que no sea él quien le suceda en el cargo. Cuatro días más tarde al reencontrarse con él, se enoja nuevamente y frente a varios colegas cae muerto no sin que antes un electrocardiograma revelase una fibrilación ventricular.

Otro grupo importante lo constituye aquellos que mueren ante situaciones de peligro (34% del total de los casos). Serían aquellas muertes que genéricamente se describen como "muertos de miedo". Otras veces esto sucede cuando el peligro ya ha pasado. Un periodista de 48 años falleció súbitamente mientras cubría la información del primer vuelo tripulado a la luna. momentos después de haberse cumplido el amerizaje lunar.

En otro grupo de casos (6% del total) la muerte se produjo en **situaciones** aparentemente paradójales de triunfo, alegría o éxito. Un convicto de 60 años cayó muerto al regresar a su casa luego de cumplir una condena de 15 años. Un hombre de 58 años muere súbitamente al encontrarse con su padre de 85 años luego de una separación de más de 20 años. Poco después, el padre también moría de igual modo. Un hombre de 75 años fallece bruscamente en el momento de ir a cobrar en la ventanilla un importante premio de lotería. Por supuesto que el valor diagnóstico de las causas de M.S. en estos casos, salvo aquellos con comprobación necrósica es absolutamente dudosa, pero existe tal consistencia en lo que respecta a las circunstancias vitales en que se produjeron, que no es posible quedarse con el sólo hecho de las coincidencias. **Lo que no se sabe es con qué frecuencia la muerte súbita es precedida por situaciones como las descritas.**

Green (3, 4 5, 14) uno de los colaboradores de Engel, ha presentado los datos de 54 pacientes que fallecieron súbitamente presumiblemente debido a enfermedad coronaria. Los datos psicosociales fueron obtenidos por visitadoras sociales y por entrevistas realizadas personalmente por el autor con las esposas (viudas), generalmente unos 15 días después del fallecimiento del sujeto. El 66% de los pacientes presentaban síntomas de depresión entre 1 semana y 3 meses antes de su deceso, relacionados frecuentemente con tensiones psicológicas surgidas, por ejemplo, a raíz del alejamiento de un hijo que se iba a estudiar a otra ciudad o que se casaba o desavenencias con respecto a la forma de encarar el futuro de los mismos. En este marco depresivo el paciente reaccionaba aumentando el número de horas trabajadas por las mañanas, todo lo cual le provocaba una ansiedad y hostilidad crecientes hasta el momento de la M.S. Casi la mitad de los enfermos había consultado con un

médico, ya sea por un chequeo de rutina o bien por síntomas de dolor o por un cambio en las características del angor, aproximadamente dos semanas antes.

Kinlen (6) en un estudio estadístico acerca de la incidencia y presentación del infarto de miocardio en el área de Oxford, encontró que casi un 70% de los casos tanto aquellos que pudieron llegar a tener asistencia médica así como los que fallecieron antes, habían muerto en su domicilio. Existe cierta coincidencia con los datos de Green con respecto a los pródromos referidos no por el paciente sino por un familiar cercano, generalmente la esposa. El dolor había comenzado alrededor de dos semanas antes o había cambiado significativamente de severidad en ese período. Llama la atención la proporción de casos con síntomas de cansancio o pérdida progresiva de energías, semanas a meses antes de la muerte. Estos datos fueron referidos espontáneamente por las esposas en un 41% de los casos. Los pacientes que sobreviven al ataque coronario, los refieren en una proporción bastante menor. Por su parte Nixon y Bethell (7) en 40 casos de infarto agudo de miocardio encuentran, a través del interrogatorio del paciente y/o de un familiar próximo, una declinación del estado de salud en los meses previos, cansancio, fatiga creciente sueño en momentos inusuales, reducción de sus actividades sociales y placenteras, una franca disminución en la tolerancia al ejercicio y disnea con caracteres opresivos. Fue evidente la disparidad de los datos proporcionados por unos y otros. Esta tendencia a negar o minimizar los síntomas, que pueden no obstante ser evidentes para los que están cerca del paciente explicarían las diferencias observadas entre las historias consignadas por sobrevivientes al infarto y por familiares de aquellos que murieron a causa de la enfermedad. La negación, mecanismo básico de defensas yoicas, que explicaría estas diferencias, es además, el más primitivo en su aparición en la vida humana lo que justificaría el grado de regresión que pueden llegar a alcanzar estos enfermos. Si tratamos ahora de relacionar todos estos síntomas aparentemente difusos arriba descritos con las ideas del grupo de Rochester acerca de los pródromos psíquicos en la situación de comienzo de la enfermedad somática, el panorama parecería aclararse un poco. Engel (8, 9, 10, 11) describió hace ya varios años un conjunto de

síntomas que suelen preceder semanas o meses antes a la eclosión de una enfermedad física. Es este un período en el que el paciente ha estado amenazado por la pérdida o por la separación real o imaginaria, de una figura muy significativa para él (es muy común que en la edad promedio en que aparece el infarto agudo de miocardio sea un hijo adolescente) pero puede ser también algo muy querido que tenga particular significado emocional para él. En esos momentos, el paciente experimenta una sensación de incapacidad para enfrentar esas situaciones: es como si las defensas psicológicas no fueran suficientes y aparece entonces la pérdida como algo irreparable. El paciente experimenta una sensación afectiva displacentera expresada en términos tales como "es demasiado", "no vale la pena", "no puedo soportarlo más", "me rindo" y dos sentimientos muy característicos el desamparo y la desesperanza. Con el primero de éstos, el paciente se siente impotente frente a la pérdida, pero percibe a quienes lo rodean como responsables y espera de ellos se haga cargo y le retribuyan para amortiguar la pena. En la desesperanza, el propio paciente asume la responsabilidad de la pérdida y siente que no puede ser ayudado. Hay una disminución de la autoestima; hay una pérdida de la alegría y satisfacción que se obtiene de la relación con los demás; se experimenta una pérdida de continuidad entre el pasado, el presente y el futuro y se siente la incapacidad de proyectarse hacia el porvenir con esperanza y hay una reactualización de recuerdos de situaciones pasadas en las que también experimentaron esa sensación de desamparo y desesperanza.

Esta descripción configura un cuadro de fenómenos que se superponen, no todos los cuales aparecen en idéntico grado. De ahí que se habla de un complejo, que presenta aportes configurativos temporales y cuantitativos, es decir que puede existir durante lapsos muy breves o muy prolongados, puede comenzar o terminar en forma abrupta o gradual, puede intensificarse o disminuir durante un período o ser mayor o menor en intensidad. Ha sido difícil encontrar un hombre adecuado para ese complejo pero por el momento se lo denomina fenoménicamente: "darse por vencido-dado por vencido"; el primero de éstos se refiere a una secuencia de procesos psíquicos que pueden culminar en el segundo estado. Además expresa la

idea de que **algo le sucede al individuo y no obra por su voluntad.**

La observación empírica de que el complejo "darse por vencido-dado por vencido" constituye un antecedente común de las enfermedades somáticas, requiere un examen de la relación entre ambos. Evidentemente, no existe una relación casual directa, pues a menudo el complejo NO es seguido por un trastorno somático. Sin duda para que se desencadene una enfermedad somática es necesario que existan predisposiciones biológicas específicas en el individuo (factores de riesgo) o bien influencias patógenas del medio, que interactúen con dicho estado psicobiológico o lo utilicen. Del mismo modo, no existen pruebas de que el complejo constituya una condición necesaria para el desarrollo del trastorno somático. Así pues, no debería considerárselo como necesario ni suficiente para el surgimiento de una enfermedad somática sino como uno **contribuyente** para ello y sólo **si también existen los factores predisponentes necesarios.**

Resulta bastante lógico, pues, que los síntomas prodrómicos referidos por diferentes autores, si es que pueden ser englobados algunos de ellos, dentro del complejo "darse por vencido-dado por vencido" no estén presentes en todos los casos, sino en un cierto número de ellos variable pero significativo.

Entre los animales tampoco es infrecuente la muerte súbita en situaciones similares a las referidas. Engel relata muy vívidamente el caso de una pareja de llamas del Jardín Zoológico que había convivido durante 15 años. Un día, el macho se escapó y al no poder ser reducido fue muerto de un balazo en presencia de su pareja. Ella se acercó al muerto, apoyó su cabeza sobre él, se acostó a su lado y cuando los cuidadores se acercaron encontraron que ella también había muerto. A nivel experimental, el aumento de la actividad del sistema nervioso central ya sea por estimulación directa o por medios psicológicos puede afectar profundamente la susceptibilidad del corazón frente a arritmias fatales. Lown (12) y col. han logrado reducir el umbral de fibrilación ventricular en un 40% a través de la estimulación experimental del hipotálamo posterior y modificando el ambiente y las condiciones de las experiencias aplicando descargas eléctricas en días previos, lograron disminuir considerablemente el umbral para la provocación de extrasístoles repetitivas, que se

sabe constituyen antecedentes de fibrilación ventricular.

Por otra parte, Corley y col. (13), en monos bajo situación de stress por shocks eléctricos describieron bradicardia progresiva seguida por ensanchamiento del QRS inversión de la onda T y descenso del marcapaso. En microscopía apareció fucsiofilia, infiltrados celulares y proliferación de fibroblastos hasta la formación de colágeno acelular. Interpretan la bradicardia como exceso de actividad parasimpática y la fibrosis y fucsiofilia como efecto simpático (se sabe que las infusiones de noradrenalina producen este tipo de lesiones). Concluyen pues que la combinación de influencias del sistema nervioso autónomo participa muy probablemente en los resultados obtenidos.

En conclusión de todo lo expuesto hasta el momento surge como común denominador en los casos de muerte súbita un estado de excitación extrema, una pérdida de control y un sentimiento de "darse por vencido".

Si aceptamos que la M.S. es la consecuencia en última instancia de un estado de INESTABILIDAD tendiente a la DESORGANIZACIÓN BIOELECTRICA a nivel del miocardio por qué no empezar a incluir la idea de un estado concomitante de INESTABILIDAD EMOCIONAL y de COMIENZOS DE DESINTEGRACION frente a diferentes estímulos tal como ha sido expuesto en esta revisión.

SUMMARY

SUDDEN DEATH. PSYCHOLOGICAL ASPECTS

The importance of the psychological factors in the genesis of cardiac sudden death has been emphasized by many authors (1, 2, 3, 4, 5, 12, 15).

A 66 % of 54 suddenly deceased patients studied by Green et al. (3) presented depressive symptoms 1 week to 3 months before death.

There basic patterns usually precedes sudden death:

- a) Great "losses" (death of a close relative, losing of a job or business failures),
- b) Danger situations,
- c) or paradoxically, success and happiness.

In general, the subjects have experienced a sensation of incapacity to cope with life-situations: impotence to face the loss and the feeling of not being able to be helped.

It is well known that, frequently, the complex "to consider one-self defeated - considered defeated" proceeds the installation of a somatic disease. The development of a somatic disease depends on the biological back-

ground (i.e.: risk factors). In some circumstances, the complex could be absent and the disease develops without psychological prodroms.

Experimentally, a rise in the activity of the Central Nervous System, by direct stimulation or psychological means, could affect the susceptibility of heart in front of serious arrhythmias.

Lown et al (12) have observed a reduction of 40% in the ventricular fibrillatory threshold after electrical stimulation on hypothalamus and, also, by stress.

Corley et al. (13), in monkeys under a stressful situation, have found bradycardia and infarct-like lesions in the myocardium, probably related to vagal and sympathetic actions. Therefore, heart bioelectrical instability and desorganisation could be preceded by a concomitant and parallel instability of the psychic-via autonomic nervous system-mechanism.

BIBLIOGRAFIA

1. Engel, G. L.: ¿Sudden and rapid death during psychological stresses-folklore or folk wisdom? *Ann. Int. Med.* 74: 771, 1971.
2. Engel, G. L.: Sudden death and the Medical Model in Psychiatry. *Canad. Psychiat. Ass. J.* 15: 527, 1970.
3. Greene, W. A.; Goldstein, S.; Moss, A. J.: Psychosocial aspects of sudden death. *Arch. Int. Med.* 129: 725, 1972.
4. Greene, W. A.; Moss, A. J.; Goldstein, S.: Delay, denial and death in coronary heart disease. In *Stress and the Heart*. Elliot, R. S. ed. New York, Futura Publishing Co. 1974, 143.
5. Greene, W. A.; Goldstein, S.; Moss, A. J.: Psychosocial and social variables associated with sudden death from apparent coronary heart disease. *Psychosom. Med.* 35: 458, 1973.
6. Kinlen, L. J.: Incidence and presentation of myocardial infarction in an English community. *Br. Heart J.* 35: 616, 1973.
7. Nixon, P. G. F.; Bethell, H. J. N.: Perinfarction III Health. *Am. J. Card.* 33: 446, 1974.
8. Engel, G. L.: A Psychological setting of somatic: the "giving up-given up" complex. *Proc. R. Soc. Med.* 60: 27, 1967.
9. Engel, G. L.: ¿Is grief a disease? *Psychosom. Med.* 23: 18, 1961.
10. Engel, G. L.: Psychological development in health and disease. Filadelfia, Saunders, 174, 1963.
11. Engel, G. L.; Schmale, A. H.: Teoría psicoanalítica de los trastornos somáticos. Conversión, especificidad y la situación de comienzo de la enfermedad. *Rev. de Psicoanálisis*, 25: 93, 1968.
12. Lown, B.; Verrier, R.; Corbalán, R.: Psychological stress and threshold for repetitive ventricular response. *Science* 182: 834, 1973.
13. Corley, K. C.; Shiel, F.; Mauck, H. P.; Greenhaat, J.: Electrocardiographic and cardiac morphological changes associated with environmental stress in squirrel monkeys. *Psychosom. Med.* 25: 361, 1973.
14. Greene, W. A.; Moss, A. J.; Goldstein, S.: Psychosocial, hormonal and arrhythmia precursors of the early pre-hospital phase of myocardial infarction. *Psychosom. Med.* 34: 88, 1972.
15. Rees, W. D.; Lutkins, S. G.: Mortality of bereavement. *Br. Med. J.* 4: 13, 1967.