
DEPRESIÓN Y SUICIDIO CONCOMITANTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR TRASTORNOS MENTALES

Bertha Reyes Portocarrero

Resumen

Se precisan las causas, características y riesgo suicida del síndrome depresivo en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Se dan recomendaciones para la evaluación y abordaje terapéutico, así como para la estrategia familiar.

Abstract

Identify the characteristics, causes and suicidal risks of the depressive syndrome in hospitalized patients with mental disorders. Recommendations for the evaluation, therapeutic approach and family strategies.

PALABRAS CLAVES: Depresión, suicidio concomitante, paciente hospitalizado, trastornos mentales.

KEY WORDS: Depression, concomitant suicide, hospitalized patient, mental disorders.

Datos de la Autora:

BERTHA REYES PORTOCARRERO. Licenciada y Magíster en Psicología, UNIFÉ. Post Grado en Intervención Integral para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas. Especialista en Psicología Clínica y Organizacional. Miembro de la Asociación Peruana de Bioética. Docente UNIFÉ.

La depresión es el síntoma que se presenta con más frecuencia dentro del cuadro clínico de los trastornos mentales y del comportamiento. Puede ir asociado a todo tipo de alteraciones funcionales, síndromes orgánicos cerebrales y a una gran variedad de enfermedades y problemas relacionados con la salud.

Si bien la depresión es un trastorno del estado de ánimo o del humor, se conceptúa como un trastorno afectivo cuya gravedad varía de leve a moderado y severo, según el grado en que se presentan sus síntomas, pudiendo manifestarse por primera vez, en forma persistente o intermitente, así como interrumpiendo su curso, motivo por el que puede considerársele como un evento continuo que presenta diversos niveles de intensidad.

En la depresión asociada a síntomas neuróticos la depresión puede ser el único síntoma destacado o bien pueden estar presentes otros síntomas neuróticos, como angustia, fobias, obsesiones y compulsiones. El paciente está convencido de que cuanto le ha ocurrido ha de volverle a suceder o que las cosas no mejorarán nunca. Esta depresión con frecuencia responde favorablemente a cambios verificados en el medio ambiente, mientras que en la depresión asociada a cuadros de tipo psicótico caracterizada por lentificación de diversas funciones mentales, agitación, delirios de culpa y nihilismo, cuando el futuro no parece ofrecer ya nada, cuando está muy acentuado el sentimiento de absoluta inutilidad y es muy bajo el nivel de autoestimación, es grande el peligro de suicidio porque la depresión alcanza tal intensidad que la persona que la experimenta no puede ver las cosas sino en el sentido de su estado de ánimo y no como realmente son.

CAUSAS

En muchos pacientes puede observarse que no existen o son mínimos los acontecimientos externos que conducen a la depresión, mientras que para otros pacientes, factores exteriores provocan cambios en su estado de ánimo. Desde un punto de vista dinámico los desencadenantes de la depresión generalmente son la pérdida de algo o alguien valioso e importante para la persona, la decepción y la frustración, entre otras. En el caso específico de los pacientes con trastornos mentales, la pérdida puede vincularse a la separación de su familia, de sus amigos o de cierto nivel social logrado, mientras que la decepción y la frustración pueden presentarse ante la certeza de que será muy difícil dejar su condición de internamiento, la imposibilidad de tener una vida normal o de tener pareja y formar una familia,

por alguna humillación recibida, por ser objeto de abuso de otros y por limitaciones económicas severas que le impiden satisfacer sus necesidades básicas, siendo importante considerar la influencia de conductas de riesgo, tales como consumo de drogas y alcohol, a lo cual se añade un entorno restrictivo para su reincorporación a la sociedad, y familiares que dejan de asumir sus responsabilidades para con ellos apoyándose en el sistema hospitalario.

¿Qué otros factores pueden ser determinantes para que un paciente hospitalizado por trastornos mentales decida terminar con su vida?

¿Son acaso las ideas propias de un pensamiento delusivo, el tipo de personalidad, los síntomas asociados o el entorno frustrante y cada vez menos motivador?

Si analizamos el entorno de quien está hospitalizado, con ciertas características arraigadas por el internamiento, un tratamiento de tipo humanista que lo considera en primer plano a fin de rehabilitarlo, que intenta brindarle sentido a su vida en medio de las restricciones económicas del sistema hospitalario donde las relaciones interpersonales se desarrollan en un ambiente superpoblado, tenso, que lo frustra constantemente y que se torna hostil, agresivo y cargado por la problemática diversa y una relación distante, difícil o casi inexistente con familiares que acaso han desaparecido del todo, podemos comprender que vive carente de comodidades, con privaciones que ciertamente pueden dar lugar a una sensación de intensa desesperanza. Esta situación sumada a la sensibilidad emocional caracterizada por una profunda desilusión, pueden ejercer una marcada presión sobre él, de tal forma que trate de hallar una salida. Terminar con la vida implica terminar con la situación que causa sufrimiento y como consecuencia de ello, se espera terminar con la angustia y desesperación.

SIGNOS O CARACTERÍSTICAS DEL SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR TRASTORNOS MENTALES

La depresión caracterizada por fuerte desánimo puede comenzar durante las primeras horas de la mañana, va haciéndose más intensa en los pacientes en el transcurso del día y ya llegada la noche pueden sentir que se acentúan la soledad y el abandono del que se sienten objeto, no olvidando considerar que esta vivencia se va agravando a medida que pasan los días.

Los pacientes con trastornos mentales pueden elegir morir de noche o al ama-

necer, como si quisieran que les dejaran el tiempo y el espacio para actuar libremente y convertir la idea, el pensamiento en hecho. No resisten la constante tortura de sus pensamientos y la culpa por sus acciones autodestructivas, ni resisten la lucha entre el sufrimiento y la calma. Cuando todos parecen dormir, en medio de un silencio agitado, quedan desnudos los pensamientos que solían atormentarlos durante el día, sólo que esta vez el bullicio deja de acompañarlos y se quedan solos, consigo mismos.

Un sentimiento de extrañeza y la vivencia de ser ajenos a todo aquello que los rodea es una de las características que se pueden percibir. Sentimientos de absoluto abatimiento y desesperación, habitualmente acompañados en el estado extremo por un alto grado de pesimismo, con ausencia de esperanza en el futuro ante la imposibilidad de salir del internamiento, el hecho de que cada vez reciban visitas con menos frecuencia, la ausencia de posibilidades para satisfacer sus necesidades vitales como son la alimentación y una vestimenta digna, dan lugar a un personaje grisáceo; de vestimenta oscura, deteriorada y venida a menos que lo identifica y en el que la idea suicida deja de ser razonamiento, para convertirse en sentimiento.

Una marcada vivencia de opresión interna y hundimiento se refleja en sus rostros, la postura suele inclinarse hacia delante en señal de desánimo, como si llevaran una carga pesada, mayor que aquella que pudieran ser capaces de sostener, sus movimientos son pobres, lentos, lánguidos, como si la pesadez los arrastrase a la tierra debido al bajo nivel de energía que se puede apreciar en la inercia, tendencia a la inactividad, agotamiento, fatiga progresiva, falta aparente de vida que puede ir asociada a apatía o indiferencia y una inclinación a lo que desde el plano de la vida se muestra como muerte

La mirada triste, el alma perdida, la cabeza y los labios inclinados hacia abajo, la pena honda indescifrable; conjunto de penas diversas dispersas en que la aflicción aparece como la ausencia de algo equivalente a la pérdida de la plenitud y del significado de la vida, brindándole la sensación de que “no está ahí” o “ya no está ahí”. En su tristeza está sumida su vida en un mundo vacío de sentido, su sufrimiento es experimentado como un estado emocional desencadenado por la anticipación de la amenaza de sí mismo o de su identidad. Se les hace penoso tomar decisiones, presentan desinterés y empobrecimiento de valores que les impiden acercarse a las personas.

La depresión suele presentarse de un modo similar que en las personas normales, excepto que en los pacientes con trastornos mentales la desesperanza es aún mayor por cuanto sus recursos mentales y emocionales son limitados, su instinto de conservación, tolerancia a la frustración y autoestima se encuentran severamente disminuidos, teme tomar decisiones y enfrentar situaciones. En este estado, percibe su incapacidad para cambiar las cosas y un entorno amenazante que lo lastima.

Se observan también otras anormalidades específicas; lentificación en funciones mentales y corporales, caracterizada por lentitud de pensamientos, actos y disminución de la iniciativa.

En las funciones intelectuales pueden presentar trastornos de memoria (retención excesiva de recuerdos, especialmente de detalles), de atención, concentración y orientación en el tiempo. El pensamiento se expresa a través de obsesiones como ideas sobrevaloradas de culpa, ruina, indignidad, pesimismo, con las cuales el paciente suele luchar o abandonarse y alucinaciones como impresiones mentales dotadas de vivacidad sensorial que aparecen sin estímulo exterior.

Se observa lenguaje lento, pausado con tendencia a convertirse en mutismo, cuyo contenido encierra delirios de culpa en los que se denigra a sí mismo, se acusa a sí mismo sin motivo expresando ideas de insignificancia propia. Pueden presentar delirios nihilistas; en los que tienden a creer que su cerebro ha desaparecido, que está muerto, delirios de referencia en los que se creen observados de un modo diferente o que sus pensamientos son controlados por alguien o algo, delirios de influencia en los que creen que sus actos son controlados desde fuera y delirios somáticos en los que creen que su aspecto ha cambiado, que se están transformando en una persona del sexo contrario, por ejemplo.

RIESGO SUICIDA

El trastorno mental con más riesgo de suicidio es la depresión, siendo más peligrosos los momentos en que disminuye la inhibición y la melancolía aumenta o cuando se inicia la depresión. Los síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Trastornos severos del sueño, con tendencia al aumento del insomnio
- Extremo abandono del cuidado personal
- Aumento del deterioro cognitivo
- Incremento de ideas y conductas autodestructivas

Un factor agregado al desarrollo de la depresión parece ser el hecho de que este tipo de pacientes son básicamente agresivos y en vez de volver su agresión contra las personas, las cuales les rechazarían, la dirigen contra sí mismos, a través de la introyección.

Es importante tener en cuenta que ningún factor o combinación de factores de riesgo tiene una especificidad o sensibilidad suficiente para seleccionar a aquellos pacientes con ideación suicida que va a intentar posteriormente el suicidio. Una buena predicción exige que se valore el grado del intento suicida del paciente en el momento y se proyecte cuál va a ser en el futuro inmediato.

Ante un paciente suicida, es adecuado pensar en la posibilidad de que hay una depresión severa, cualquiera que sea la patología subyacente en cada individuo (por ejemplo; alcoholismo, farmacodependencia, psicosis, etc.), por lo tanto amerita una evaluación y abordaje cuidadosos.

RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN Y EL ABORDAJE

- Valorar con seriedad las amenazas suicidas aunque parezcan manipulativas.
- Evitar dejar solo al paciente.
- Todo paciente con alto riesgo suicida debe ser mantenido alejado de todo aquello que pudiera usar para lesionarse, por ejemplo cristales, ventanas, fuego, alturas, etc., mientras se dispone su traslado a un hospital.
- Considerar la posibilidad de alto riesgo suicida en pacientes que muestran una sensación intensa de desesperanza y en pacientes que creen que no existe salida para sus problemas.
- Evitar criticar, censurar o mostrarse alarmado por la actitud del paciente, ya que se podría reforzar o incrementar sus sentimientos de culpa, lo que lo llevaría a deprimirse más y a realizar un nuevo intento suicida.

- Preguntar cuidadosamente sobre posible ideación suicida a los pacientes con una historia de frecuentes lesiones accidentales por problemas de la vida, abuso del alcohol y drogas, depresión y sentimientos autodestructivos. En caso de que el paciente no hable sobre su potencial suicida, preguntar a los familiares sobre su conducta.
- Preguntar por historia familiar de suicidios y depresión
- Evitar intentar convencer al paciente para que no se suicide; escuchar, evaluar y a continuación adoptar rápidamente la decisión de llamar al médico psiquiatra.

Las recomendaciones anteriores nos facilitarán la evaluación del riesgo suicida en dos categorías:

- Bajo riesgo suicida
- Alto riesgo suicida

EL ROL DE LA FAMILIA

Es esencial, la adopción de una actitud comprensiva y abierta, que permita que se desarrolle el diálogo y se pueda ir restableciendo gradualmente la objetividad y la confianza; no olvidemos que el paciente deprimido suele tener una especial sensibilidad para los aspectos tristes, siendo incapaz de ver los positivos.

Es fundamental que el hospital no pierda contacto con los familiares, actualizando y verificando sus datos a fin de poder recurrir a ellos en forma permanente, de tal manera que el paciente no pierda el vínculo que tiene con ellos y más tarde pueda reincorporar al paciente a la sociedad.

Es preciso que la familia en coordinación con el equipo profesional del hospital demuestre con hechos la razón de desvalorizar estos pensamientos y sentimientos autodestructivos del paciente, restándoles fuerza, minimizándolos, siendo imprescindible presentarle un porvenir aceptable.

La familia debe procurar estar alerta con el paciente a fin de brindarle acompañamiento terapéutico y ayuda oportuna con la participación del equipo profesional del centro hospitalario.

Como toda persona, el paciente puede llegar a disfrutar descubriendo las habilidades que posee y ponerlas en práctica inicialmente dentro del hospital a través de terapias laborales y artísticas, siendo imprescindible que no pierda los hábitos fundamentales de levantarse a una hora determinada, asearse y realizar actividades rutinarias, comportamiento que luego trasladará a su hogar. Es bien sabido que las labores que más estimulan al paciente tienen que ver con el desarrollo de sus habilidades en la compañía de personas que lo estimulen constantemente y le permitan encontrar significado y propósito a su vida.

REFERENCIAS

- Celada González Julio (1989). *Desórdenes psíquicos: Pautas de evaluación y tratamiento*. Centro de Neuropsicología y Rehabilitación. Lima, Perú.
- Domínguez Trejo Benjamín (1998). *¿Qué es el dolor?*. Universidad de San Martín de Porres. Escuela profesional de Psicología. Lima, Perú.
- IPSS, (1997). *Instructivo para el uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. CIE-10. (Autorizado por la OPS). Lima, Perú.
- Lersch Philipp (1974). *Estructura de la Personalidad*. Editorial Scientia. Barcelona, España.
- Marinoff Lou, (2000). *Más Platón y menos Prozac*. Ediciones B S.A. Barcelona, España.
- Núñez Rafael, (1985) *Introducción del estudio psicológico*. Editorial el Manual Moderno S.A. México.
- Sánchez García José (1991). *Manual para evaluar el caso psiquiátrico*. Editorial Eximpres S.A. Lima, Perú.
- Sainsbury, M, J. (1978). *Introducción a la Psiquiatría*. Ediciones Morata. Madrid, España.