

El suicidio en el anciano institucionalizado

Angel Moreno Toledo

A. F. decanse en paz

"He meditado a menudo sobre la muerte y encuentro que es el menor de todos los males".

(F. Bacon)

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, N° 2, octubre de 2011, págs. 162 a 168.

Resumen

Los antecedentes en la tentativa de suicidio en ancianos es uno de los mejores indicadores de riesgo, unido a estados depresivos, enfermedad crónica o incapacitante y al aislamiento inherente a ingresos no deseados en la institución. Las modalidades de acción autolesiva y de consumación difieren de otros grupos de población suicida. La depresión emerge asociada a otros factores como postulado fundamental para estos episodios.

Palabras clave

Suicidio, Depresión, Anciano, Institucionalización.

Introducción

El cuadro de depresión mayor opera junto a otros factores para desarrollar la conducta suicida. El entorno de la institución si es caracterizado por un ingreso no deseado, a un desarraigo familiar y a un entorno lejano, provoca que el anciano viva una pérdida social y emocional de su entorno habitual, la falta de

soporte social es vivenciada como una situación de aislamiento, si es unido además a una pérdida familiar el proceso de duelo agudiza las consecuencias de un ajuste inadecuado inicialmente.

El deseo previo o la verbalización recurrente de "*querer morir*" externaliza un contenido y unas acciones pasadas de tentativa, un factor muy a considerar en ancianos, en su condición suicida alarma al descubrir unas funciones similares que nos brindan abundante y valiosa información acerca de una probable futura situación de autólisis. Cualquier gesto o verbalización, intención o promesa debe ser tomada en consideración, la probabilidad frustrada anteriormente puede llevar a consumación en el futuro intento.

La valoración detallada del individuo debe llevarnos a una conclusión multifactorial que nos ilustre de la situación y de los rasgos que puede acometer en el nuevo entorno. Los antecedentes, las incursiones de enfermedad psiquiátrica (cuadros depresivos fundamentalmente). La sintomatología física y funcional (o estados crónicos), condición de aislamiento y una institucionalización no deseada.

La incidencia permanente y devastadora del trastorno depresivo precipita un estado anímico predisponente, la enfermedad o dolor crónico, estados somáticos desfavorables y

enfermedades orgánicas secundan estas manifestaciones.

El estado hipoafectivo habitualmente es manifestado del mismo modo en conducta en conducta, constantes quejas, estado afligido manifestado mediante llanto, somatizaciones, verbalizaciones incesantes de perjuicio propio y de desesperación, conductas como autólisis (utilizando para ello objetos para causar daño mediante golpes o incluso objetos punzantes para efectuar cortes y heridas), desde agitación motora, deambulación constante y planificación de actos perniciosos.

El origen del suicidio en el anciano debe hallarse por tanto en la conjunción de síntomas psicológicos, físicos y sociales, siendo el cuadro de depresión el más común en el diagnóstico de estos casos. El historial previo de tentativa debe iniciar un proceso inmediato de prevención secundaria, los episodios ocurridos tanto retrospectivos como presentes juegan una vital importancia en el riesgo y protección del paciente.

La consumación de actos en esta población alcanza la mayor proporción de casos en ancianos predisponentes. El suicidio aparece enfocado en esta población dirigido bajo un prisma multifactorial, fundamentado de elementos previos y manifestados por el afectado de modo deliberado y externo.

Suicidalidad o autodestrucción: la tentativa autolítica

La enfermedad física y el patrón de riesgo depresivo incrementan sobremanera el acto del suicidio en esta población (Alexopoulos et al, 1988). En general, se estima en un porcentaje del 15% las muertes por suicidio en casos de depresiones graves y un 56% en tentativas (FEAFES, 2006), la depresión mayor acrecienta el riesgo de suicidalidad. Se analiza

en virtud a casuística mundial cómo el suicidio es uno de los fenómenos más frecuentes en la tercera edad. Se destaca como trastorno anímico prevalente en la incidencia al trastorno depresivo o síndromes depresivos. En ocasiones estas manifestaciones aparecen correlativas o del mismo modo enmascaran las propiedades de estos episodios con las manifestaciones de un trastorno somático. Las frecuentes quejas somáticas vivificadas en ansiedad, anhedonia, desesperanza, verbalizaciones de queja, mala adherencia al tratamiento médico e insomnio.

La tentativa es manifestada tanto verbalmente como conductualmente por el anciano suicida. Estudios pos-mortem coinciden en señalar que un 80% de los casos habían mostrado sus intenciones o actos. Se debe señalar que los modus operando de estas decisiones son comunicadas de un modo sutil, los estados anímicos y de conducta del mismo modo notifican vital información para proveer signos de estos acontecimientos.



Fig. 2. Los cuadros de depresión Constituyen en un 75 a 95% la causa Principal del suicidio en ancianos.

Se subraya la incidencia del acto consumado en ancianos en una relación de 1/3. El perfil del paciente anciano -suicida institucionalizado- responde a un patrón dibujado de los siguientes rasgos: persona anciana, de edad, varón (aunque indistintamente puede ser mujer aunque es más frecuente en caso de hombres), socialmente aislado (o bien personas viudas o aquellos cuyos lazos familiares se encuentran desintegrados o son meramente inexistentes), con problemas físicos o somáticos graves / crónicos, historia de trastorno anímico depresivo, tentativa previa (histórica) y mala adaptación.

La variante de estado civil arroja mayores tasas en varones siendo otro factor determinante la condición de viudez.

La tentativa y la gestación del acto suicida sigue unos métodos llevados a cabo por esta población para consumir estos episodios, ordenados por periodicidad, el más común es el ahorcamiento seguido de la precipitación al vacío y el envenenamiento, más infrecuente.

Factores influyentes

Muchos son los factores que unifican un estado proclive a que acontezca el dramático episodio del suicidio en el anciano. La depresión establece entre las quejas de tipo psicológico y mentales, la disfuncionalidad mental que prepara o regenta al anciano a un estado disfórico, dicho síndrome permite que la unión global de éste se ensombrezca, la rutina diaria carece de objetivo siendo mermada día a día por este déficit y carencia de sentimiento positivo, el anciano se considera inútil, caduco, un ser que espera el momento de la muerte (el ansiado y deseado momento que no llega).

Los importantes síntomas depresivos subyacentes son inducidos junto a enfermedades médicas, el curso de las manifestaciones aumenta siendo del mismo modo adecentado por las carencias sociales del anciano en la institución (aislamiento social, duelo, insuficientes visitas familiares, escasos lazos sociales y el consecuente fracaso interpersonal).

El anciano se siente como una carga infructuosa, *-nada tiene sentido-*, todos los problemas son atribuidos a sí mismo, considera que sus penurias continuarán, disminuye la confianza en sí mismo, cursa con ansiedad y pesimismo, prorrumpa el estrés, disminuye el nivel de concentración, tiende a pasar mayor tiempo solo y escapando del grupo social. Los síntomas crónicos, secundarios a quejas del repertorio anímico (estados disfóricos, ausencia de emoción, apatía, anhedonia, inhibición de la libido, melancolía), el espacio vital que ocupa entre su habitual grupo social se desmorona, las manifestaciones que externaliza y expresa a su exterior, provocan en los demás reacciones de repulsión, rechazo, pena o incluso indiferencia (en la institución se concibe cada situación acorde al estado tanto anímico como mental del paciente institucionalizado).

El anciano depresivo, fundamentalmente es considerado como prototipo de mala adherencia a tratamiento médico. No consideran que el fármaco les libre de sus quejas o de ese estado anímico que le atormenta. El sueño se ve claramente afectado, en su calidad y cantidad, disminuciones citadas tales en las fases IV y I (profunda y ligera respectivamente) (Montoya, 1992).

Los trastornos crónicos o invalidantes o enfermedades médicas sostienen el estado depresivo del paciente. Algunas condiciones sociales que precipitan esta conducta son la creencia de ser una carga para la familia, con-



Fig. 1. Factores incidentes en el suicidio en el anciano institucionalizado.

siderándose una fuente de problemas para los demás, una mala o inadecuada aceptación de la tercera edad como una etapa de cambios que requiere un proceso de adaptación, la muerte de seres queridos o la situación de duelo, el miedo a la incapacidad o dependencia, al dolor, al sufrimiento, estados de aislamiento y soledad suscitan el deseo y la tentativa autolesiva.

La condición de institucionalización en ocasiones y dependiendo de las características personales e individuales del anciano correlaciona con sentimientos de abandono, dificultades económicas o limitaciones en el uso del dinero, probable situación de aislamiento o red social y/o familiar limitada, así como cambios significativos en su rutina habitual contrarrestados por las normas y hábitos circunscritos en el centro lo que conllevaría en el anciano una nueva situación a la que se debe de adaptar (pérdida de autonomía y libertad), provocándole una situación de posible estrés.

La sintomatología sucesiva del anciano tendente al suicidio presenta normalmente

desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, incomunicación, pasividad, apatía, desinterés, estado de tensión y agitación constantes y sentimientos depresivo. Los cambios físicos pertenecientes al paso de los años cronifican aún más estados orgánicos o médicos, circunstancias vitales como la pérdida de familiares.

La etapa de la jubilación como el cierre del sistema productivo para el individuo acarrea un cambio de rol que es vivido como una despersonalización, un despojo de la actividad que anteriormente le hacía sentir beneficioso y útil. Este periodo es vivido como una etapa estresante siendo de la misma manera un aliciente para desorganizar el estado anímico del anciano. La condición de retiro se convierte en muchas personas en un problema psicológico y social. La jubilación supone una ruptura con el pasado, precede a la necesidad inmediata de adaptación a un nuevo estatus. El individuo se siente devaluado, existe una reorganización vital del tiempo, desaparecen los anteriores cometidos y las tareas

productivas dan paso a un periodo de inactividad. En ocasiones tal y como refutan McGee y Wells (1982) estos cambios requieren de un mayor control y de una marcada pérdida de independencia. Este vacío es manifestado por sentimientos de baja autoestima e inutilidad.

La ruptura de lazos sociales, el abandono familiar o desestructuración del apego anterior, la condición de viudedad crea en el individuo una situación de inestabilidad emocional. El anciano institucionalizado con limitaciones tanto psicológicas como físicas y con lazos sociofamiliares debilitados o inexistentes, generan una alta dependencia y una baja autoestima.

Las dificultades de acomodación al nuevo lugar adquieren un torrente de diferentes conflictos para su positiva adaptación al nuevo contexto. El desarraigo y las prácticas sobreprotectoras a menudo incurren en una negativa autoestima y baja autoeficacia.

Indagación en indicadores: la prevención y el tratamiento de las tendencias autolíticas

La exploración de indicadores, señales del paciente tanto externalizadas como internas; son trascendentales para indagar ciertamente en el entramado y planificación del acto autopunitivo. El síntoma mayormente reportado en los estudios ha sido el componente mediatizado por la depresión del paciente como causa principal del suicidio (Szanto y otros, 2003). Igualmente el componente somático que acompaña a la patología psíquica es del mismo modo relevante.

La detección temprana de estos indicadores es importante para trazar una prevención primaria de la ideación en iniciación, además debe de ajustarse un tratamiento eficaz contra la depresión. La valoración profesional (en

todos los campos) nos procurará datos importantes para el curso de la intervención.

La conversación abierta, sin reticencias ni insinuaciones, directa, con el paciente acerca de la naturaleza de sus pensamientos, sus ideas de final y sus verbalizaciones sobre el tema que le perturba es de básico interés para entender el motivo que tortura del paciente.

La visión argumentativa de sus deseos de muerte nos emplazará a conocer antecedentes, pérdidas afectivas, grado de deterioro de relaciones familiares y personales, si efectivamente se encuentra en situación de aislamiento y pérdida del arraigo o red social, asimismo nos informará acerca de molestias, dolor (enfermedad somática esencialmente), quejas médicas bajo su punto de vista y apreciación.

Del mismo modo es substancial conocer el tratamiento farmacológico, adherencia (si existen problemas en el consumo o tomas de medicamentos prescritos), antecedentes en tratamientos así como analizar en la respuesta biopsicosomática que reportan en el anciano cítese su acción depresora, ansiógena o desinhibidora y si necesita por tanto una revisión o cambio de su tratamiento actual. El tratamiento psiquiátrico debe ser coordinado con el de la patología médica y la situación vital del paciente.

Las pesquisas iniciadas dentro de nuestras acciones de prevención deben de ser orientadas también al entorno ambiental del anciano, debemos de valorar probables riesgos en la edificación o en el entorno (habitaciones, dependencias, objetos de riesgo con los que pueda ocasionarse lesiones), debemos esclarecer asimismo desde su historial anterior si hubo incidencias acordes a este tipo de acción con el ambiente.

El entorno debe de estar desprovisto de elementos propensos a causar una lesión (ob-

jetos punzantes, cortantes, objetos con los que pueda golpearse) o bien que pueda ser proyectado a la ejecución de una acción dramática (ventanas, escaleras sin barandillas, enchufes). También existe el peligro de producirse a sí mismo un atragantamiento introduciéndose objetos para ser tragados (dentadura u otros objetos determinados). Debido a la probable ideación del anciano a ocasionarse daño usando elementos de su propio ambiente (por ejemplo en su habitación) la seguridad, por tanto debe de extremarse y prevenir

alejando, vetando o asegurando dichos elementos ambientales propensos a los actos de autólisis. De la misma forma se propone las medidas de sujeción en casos de crisis depresivas y de agitación (dado que el anciano es propenso a arrojarse de la cama o al suelo, también a las pseudocaidas).

La bibliografía especializada informa que cerca del 25 % de los ancianos que han consumado el suicidio habrían estado previamente en consulta psiquiátrica el año precedente a su muerte.

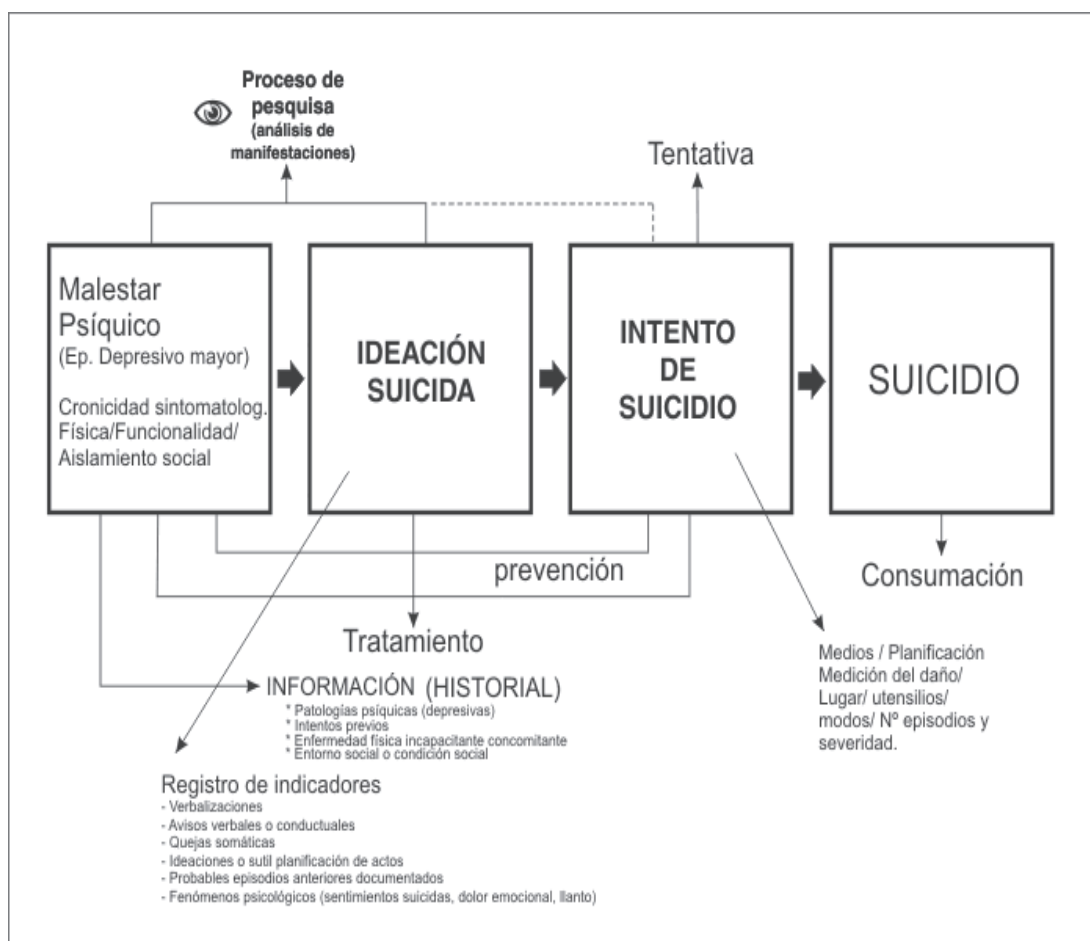


Fig. 3. Proceso de suicidio en ancianos.

Conclusión

El tratamiento mediático del fenómeno del suicidio en el anciano no ha gozado nunca de un interés o atención especial, siendo relegado a una consecuencia del proceso de envejecimiento y a los casos particulares de patología médica y psiquiátrica. La prevalencia de casos en nuestro país lo ha mostrado como un acontecimiento relativamente frecuente.

La institucionalización no deseada, los estados de depresión mayor, la incidencia de incapacitación física y problemas médicos u orgánicos muchos unidos a desestructuración del medio social propician a la tendencia suicida. La valoración de cada caso, la búsqueda en historiales previos, las medidas tanto de tratamiento médico como psíquico y las físicas (inmovilización, sujeción) unido al tratamiento de la depresión, controlarían el estado del paciente.

Se recomienda siempre estudiar cada caso, postular un adecuado seguimiento y permitir dotar de una rigurosa firmeza a cada signo o manifestación dirigida en esa dirección.

La promoción del envejecimiento saludable y la modificación del estilo de vida y la ocupación, así como reagrupar las redes sociales y familiares, reivindicaría una mayor respuesta a frenar los suicidios.

Referencias

- Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS, Abrams RC, Shamoian CA. Late-onset depression. *Psychiatr Clin North Am* (1988) 11: 115.
- Montoya, J. (1992). Cuadernos geriátricos .Vol. 3. Trastornos de la conducta en la tercera edad. Madrid: Delagrangue.
- McGee, J., y Wells, K. (1982). Gender typing and androgyny in later life. *Human development*, 25, 116-139.
- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B.H., Brown, G., Alexopoulos, G.S, and Reynolds, C.F. (2003). Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behavior in the elderly, *Drug Aging*, 19 (1), 11-24.