

Duelo por suicidio en la vejez: el anciano ante el suicidio

Diana Milena Berrío Cuartas,

Laura Cecilia,

Oscar Maximiliano Cesoni

Berrío Cuartas, Diana Milena. Médica. Carrera de médico especialista en Psiquiatría (APSA). Tercer año. (dianaoasis@yahoo.com)

Cesoni, Oscar Maximiliano. Médico. Concurrente de segundo año en Salud Mental. Hospital José T. Borda. Periodo 2014-2015. (maxcesoni@hotmail.com)

Martínez Didolich, Laura Cecilia. Médica. Residente de segundo año en Salud Mental. Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Periodo 2014-2015. (lcmd83@yahoo.com.ar)

RESUMEN

El suicidio es una de las principales causas de muerte violenta en el mundo y hay descriptas altas tasas en la población de adultos mayores de 65 años. La vejez es una etapa vital vulnerable a las pérdidas y la presencia de estas de modo inesperado, puede ocasionar procesos de duelo complicados que requieren de especial apoyo familiar y profesional. En el presente artículo se presenta una viñeta clínica relacionada con el duelo por suicidio en el anciano y se pretende revisar algunos conceptos acerca del tema.



ABSTRACT

Suicide is a leading cause of violent death in the world, with significant rates described in the adult population over 65 years. Old age is a vulnerable to the lost and the presence of these vital stage unexpectedly can cause complicated processes that require special bereavement and family support. In this article, a clinical vignette bereavement related suicide in the elderly and is intended to review some concepts about the topic is presented.

Introducción

La vejez es la etapa de la vida más susceptible a las pérdidas. La muerte se acerca como algo inevitable e inimaginable para sí mismo, pero que hace parte de la realidad, en tanto aumentan las limitaciones físicas y aumenta la dependencia en los otros.

Al respecto del suicidio en la vejez, dice Stagnaro: “(...) Es un fenómeno que tiende a ser ignorado, en el escenario social, tanto por la población general como por el personal de salud. A pesar de la evidencia que aporta la epidemiología, un alto número de médicos e, incluso, de los especialistas en psiquiatría, consideran que el suicidio de los viejos es excepcional”. (Stagnaro, 2003)

El suicidio de un familiar o de alguien cercano es uno de los eventos más traumáticos y por considerarse una muerte violenta, en la mayoría de los casos imprevista, es origen de duelos difíciles de resolver. Hay diversas maneras de asumir la muerte, depende de la cultura y de la visión particular al respecto que se desarrolle durante la vida.

En el presente artículo presentamos para ilustrar el tema del duelo por suicidio una viñeta clínica y a partir de ella pretendemos revisar algunos aspectos relacionados con el suicidio y el duelo en ancianos.

Caso clínico

Paciente de 89 años, llega a clínica monovalente psiquiátrica derivado de un hospital general después de ser evaluado por psiquiatra que indica la internación. El paciente desde la mañana de la internación manifestó ideación suicida, que lo motivó a buscar ayuda en su única hija y ésta al encontrarlo llorando, ideas de desesperanza e ideas de muerte decidió consultar. La hija del paciente comentó que su madre de 82 años se había arrojado del departamento que compartía con éste el paciente desde un séptimo piso tres días atrás, cuando éste fue a comprar el periódico en la mañana. La esposa del paciente, con la cual mantuvo una relación de 60 años de matrimonio, sufría un trastorno depresivo, que no estaba siendo tratado porque “parecía estabilizada”, si bien no se ocupaba de ninguna tarea en casa, presentaba clinofilia, disminución del apetito y no le gustaba salir ni para hacerse controles médicos. Ella era quien mantenía organizado el esquema de tareas y le recordaba al paciente lo que estaba pendiente para hacer en lo cotidiano. Para la familia, el paciente y su esposa habían logrado “coordinarse para vivir” dado que ella “suplía” las fallas de memoria del paciente. El paciente, a pesar del deterioro cognitivo, se ejercitaba regularmente y se mantenía de buen ánimo.

No tenía antecedentes de enfermedades psiquiátricas personales ni familiares.

Como antecedente clínicos la familia refirió que el paciente tenía vértigo tratado con dimenhidrinato (dramamine) 50 mg esporádicamente y aneurisma de aorta no intervenido quirúrgicamente.

Al ingreso el paciente se encontraba vestido acorde a sexo y edad, vigil, desorientado auto y alopsíquicamente, lenguaje claro aunque presentaba incoherencias ocasionales, hipomnesia del episodio ocurrido, pensamiento de curso enlentecido, sin ideas de muerte, no alteraciones sensorceptivas y ausencia de conciencia de situación.

Se decidió internar al paciente en común acuerdo con la familia por evaluar esta situación como un trastorno por estrés agudo. Estuvo 10 días internado en la clínica con cuidador permanente. Durante su estancia en la misma en ningún momento presentó ideas de muerte. Logró hablar y recordar el suicidio de su esposa, pero su memoria fluctuaba varias veces en el día. Presentó solo un episodio de agitación en el que nombraba a su esposa, pero cedió ante la contención verbal y la compañía de su familia. Presentaba deterioro cognitivo con un minimental de 18/30.

Muerte y suicidio

La muerte desde el ámbito médico legal se divide en: “muerte natural” y “muerte violenta”. La “Muerte natural” es definida como aquella que se debe exclusivamente a la enfermedad y algunos la relacionan con la muerte por efectos del envejecimiento. La “Muerte violenta” es aquella no ocasionada por enfermedad, sino por la acción de cualquier traumatismo, lesión o daño, sea mecánico, químico o agente físico (Palomo, Ramos, Cruz, y López, 2010)

En las investigaciones de Ariés (1975) se describe una tipología de la muerte de acuerdo a la semantización cultural: “la muerte propia”, “la muerte del otro”, “la muerte vedada” y “la muerte domesticada”. Alizade (2012) en esa línea de pensamiento describe dos más: “la muerte desorbitada” y “la muerte súbita”.

Dos de estos tipos de muerte están relacionados con la muerte violenta: “la muerte súbita” y “la muerte desorbitada”. La primera se relaciona con la muerte violenta en cuanto es “una muerte totalmente imprevista que impregna de estupor a los deudos”. (Alizade, 2012) Se trata de una experiencia de brusca y sorpresiva máxima ruptura. Y “la muerte desorbitada” se singulariza por carecer de toda norma y, como su nombre lo indica, por presentar características de desborde emocional crisis de despersonalización, convulsiones, efusiones emocionales intensas, entre otras. “Son duelos trágicos en donde se manifiesta un terror sagrado, un sentimiento de derrota ante la muerte” (Alizade, 2012)

Durante la vejez la mayoría de las muertes que tienen que sobrevivirse son aquellas esperadas por envejecimiento o enfermedad, es decir las muertes naturales y generalmente de personas de la misma edad o mayores. Por esta razón, los ancianos ante la muerte de un hijo, de un familiar de menos edad (especialmente si es un niño, adolescente o adulto joven) tienden a sufrir un mayor malestar emocional. Lo mismo ocurre con las muertes violentas y de personas muy cercanas o con quienes se convive, dichas muertes tienden a ser traumáticas y por lo tanto a estar relacionadas con duelos muy importantes.

Entre las muertes violentas está el suicidio. En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definió como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal” (SNS, 2010). El suicidio es la expresión de la muerte de una vida rota abruptamente; es la manifestación de una voluntad expresa de acabar con la propia vida y, por tanto, es juzgado por una colectividad que comparte una serie de valores y creencias. (García-Viniegras y Perez, 2013)

El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años. En Argentina, la tasa de suicidio calculada por 100.000 habitantes es de 7.84 para el año 2008. Esta tasa por sexo, en los hombres es 4 veces mayor que en las mujeres. Considerando por grupos de edad, en los hombres los valores más altos se concentran en la franja etárea de 65 y más. (Ministerio de Salud de la Nación, 2011)

A nivel mundial, entre el 10 y el 18% de la población reporta haber tenido ideas suicidas en algún momento de sus vida y entre 3 y 5% ha tenido un intento suicida. Puede ocurrir en varios escenarios, que están relacionados con diversos factores, la OMS (2010) menciona como los principales:

– Enfermedad mental: 65-95%, de las personas que se suicidan padecen una enfermedad mental. El alto riesgo de suicidio está asociado con episodios agudos de enfermedad o contacto reciente con un servicio de salud mental. Los trastornos mentales específicos que han estado vinculados con el suicidio, incluyen depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y trastornos de la personalidad.

– La intención suicida: puede variar desde una intención que involucra la planificación meticulosa y elección de un método letal, hasta una leve intención o incluso un sentimiento ambivalente que se puede reflejar en una falta de planificación y en el ocultamiento del acto.

- Previo intento suicida: Aproximadamente la mitad de las personas que se suicidan tienen una historia previa de intentos suicidas, y una cuarta parte de ellas habrá intentado suicidarse en el año anterior a su muerte.
- Acceso a armas de fuego, pesticidas u otros medios letales
- Género: las mujeres suelen reportar ideas suicidas dos o tres veces más en relación a los varones quienes presentan mayor probabilidad de completar el suicidio.
- Factores psicosociales estresantes: éstos incluyen la pérdida de una relación cercana tal como la muerte o divorcio, pérdida de empleo y otras pérdidas relacionadas con el trabajo, enfermedad crónica o discapacidad, dolor crónico, procesos legales, conflictos interpersonales y otros eventos importantes de la vida.
- Edad: los suicidios pueden ocurrir a cualquier edad. Los ancianos (más de 75 años) están en una franja etárea más susceptible. La tasa de suicidio tiende a incrementarse con la edad, siendo la más alta en los hombres mayores de 75 años.

Conwell y su grupo han demostrado que los trastornos afectivos, especialmente la Depresión Mayor de inicio tardío, se relacionan estrechamente con las tentativas y los suicidios completados en la vejez. El adecuado reconocimiento y tratamiento de los trastornos afectivos en la vejez sería una forma significativa de actuar sobre las causas relacionadas con el suicidio en este grupo etáreo (Citado en Dabi, Matusevich y Finkelsztejn 2003). En los ancianos se conoce que algunas enfermedades físicas pueden enmascarar o mimetizar la sintomatología depresiva; por ejemplo las neoplasias, las alteraciones metabólicas, de la función hepática, endocrinopatías, anemias, y enfermedades infecciosas (Ministerio de Salud de la nación, 2011., SNS, 2010 y Dabi, Matusevich y Finkelsztejn 2003).

Hay que considerar que el dolor moral y las ideas de suicidio son frecuentemente enmascaradas por dichas quejas hipocondríacas, déficits cognitivos, indiferencia afectiva, ansiedad o agitación que llevan, más bien, a un diagnóstico de demencia o trastorno de conducta senil (Stagnaro, 2003). Los trastornos de personalidad, que pueden ser causa de un riesgo suicida independientemente de la existencia de un trastorno caracterizado en el Eje I del DSM, son fácilmente ignorados en la consulta médica por confundirlos con los “cambios de carácter” de la vejez y/o por no explorarlos convenientemente teniendo en cuenta la patobiografía del paciente. (Stagnaro, 2003).

“La muerte se acepta a nivel consciente y racional como un hecho natural pero se vivencia en lo personal como un accidente, arbitrario e injusto, para el que nunca estamos preparados. Ni a pesar de que, como es el caso de los ancianos, se sea consciente de su mayor proximidad y posibilidad de ocurrencia” (Blanco y Antequera, 2010). La muerte propia es inimaginable, por lo tanto una preparación completa ante ésta es imposible. La muerte se vive como un límite de la realidad, como el cese de lo conocido.

La manera de entender y conceptualizar la muerte y de comportarse ante ella es muy distinta para cada ser humano y por lo tanto para cada anciano. El concepto de la muerte varía según se plantee como un fenómeno existencial, fenómeno natural, muerte como pérdida y/o vacío. Ninguno de estos conceptos es permanente (Blanco y Antequera, 2010). Los conceptos propios acerca de la muerte son particulares y generalmente están basados en las experiencias asociadas a ella que se hayan tenido a lo largo de la vida y la comprensión frente a estas que la persona desarrolle. Pero, particularmente en la vejez es muy importante tener en cuenta que hay muchos factores que hacen pensar con mayor frecuencia en la muerte y que hace variar los conceptos y las reacciones emocionales frente a ésta.

Duelo por suicidio

El duelo es definido por Borgeois como “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida” (Citado en Vargas, 2003). El duelo surge como reacción ante el sentimiento de pérdida.

En la vejez se van experimentando pérdidas de capacidad física y mental, del trabajo, al jubilarse; de seguridad y autonomía; de relaciones por fallecimientos de amistades o familiares. El fallecimiento de una persona suele ocasionar, en quienes mantenían un vínculo estrecho con él, cambios importantes en el concepto que tienen de sí mismos y del mundo que les rodea y esto es especialmente notorio en el anciano. Para adaptarse a estos cambios, es necesario de un proceso de transición hacia una nueva identidad de parte del anciano, proceso que se denomina duelo.

Durante el proceso del duelo se pueden experimentar un conjunto de reacciones físicas, emocionales, cognitivas y espirituales que cada persona vive de manera particular. El trabajo de duelo supone que pueda construir una nueva realidad o visión del mundo a partir de la experiencia, afrontando los desafíos que le plantea la pérdida.

Freud (1917) en su obra *Duelo y melancolía* define al duelo como la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. En el duelo la pérdida es real, o sea que se pierde un objeto del mundo externo y se sabe cuál es.

Hay varios autores que han clasificado las etapas del duelo. Se reconocen como tales: Fase de impacto (Silverman) o impasibilidad (Parkes y Clayton): de pocas horas a una semana. Fase de depresión (Clayton) o de repliegue (Silverman): de un mes a un año. Fase de recuperación, curación o restitución: después del año.

Para el caso que nos ocupa la fase de impacto es la más importante, tiene una duración de pocas horas a una semana después del deceso de alguien cercano, que puede cursar tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa. El duelo puede impresionar no estar consciente de lo sucedido, negar y mostrar una conducta semiautomática. Debido a que la ansiedad es la emoción predominante en esta etapa, se puede producir un estrechamiento del campo de conciencia. (Vargas, 2003) (D’Hyver, Kraus, 2006)

En la viñeta descrita, el paciente presentaba como reacción frente a la ausencia de su esposa una ideación suicida, y aún cuando buscaba ayuda, le costaba relatar lo sucedido y tuvo durante los días de internación algunas crisis de llanto, reclamando con angustia entender lo sucedido. Su estado de conciencia fluctuaba: mientras que en ocasiones podía referir parte de lo sucedido, en otras pedía ver a su esposa. En esta fase del duelo los ritos sociales y familiares facilitarían la resolución del mismo.

También en esta fase del duelo es importante tener en cuenta que se pueden asociar pesadillas de imágenes intrusivas y miedo referido a sí mismo, a su posible vulnerabilidad de cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve, entre otros síntomas. (Pérez, 2010).

La mayoría de los ancianos se sobreponen a sus pérdidas y afrontan de forma efectiva el duelo (duelo normal), pero a veces, las circunstancias hacen que el proceso sea especialmente difícil (duelo de riesgo) y que en ocasiones se complique (duelo complicado). Magdalena Pérez Trenado (1999) plantea que tener una edad avanzada puede influir considerablemente en el modo en que las personas se enfrentan al dolor por la pérdida de un ser querido, y las ideas sociales dominantes sugieren a menudo que esta influencia es, por lo general, totalmente negativa para las personas mayores.

Lacasta Reverte (2004) plantea que existen factores predictivos de duelo complicado, entre los cuales menciona: la ancianidad del superviviente, la escasez de recursos para el manejo del estrés, problemas de salud física y/o mental previos como ansiedad, depresión, la escasez de aficiones e intereses, duelos anteriores no resueltos, reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas, falta de recursos para hacer frente a la situación, entre otros. En el caso que se presenta en este trabajo existe un alto riesgo de desarrollarse un “duelo complicado” teniendo en cuenta la edad del doliente (89 años), la relación de dependencia con su esposa y el tipo de muerte de la misma.

El anciano ante la muerte inesperada se enfrenta a una realidad que no logra comprender y que capta toda su atención, por lo que el consuelo no será bien recibido. Es él mismo quien debe verificar y confrontar la realidad. No hay que sobreprotegerlo ni forzarlo a realizar actividades que no quiere, ni dejarlo en un reposo absoluto por un tiempo prolongado (D’Hyver, y Kraus, 2006).

Según D’Hyver y Kraus (2006) existen varios factores que influyen en el duelo, a saber: psicológicos, recursos personales, las circunstancias específicas de la muerte y la presencia de factores externos existentes.

Con respecto a los factores psicológicos es importante considerar la dependencia o independencia en la relación interpersonal entre el doliente y fallecido, la cantidad y calidad de la relación entre la pareja, el tiempo de la relación, la personalidad, la historia de ambos. Se deben reconocer las funciones que cumplía el fallecido como pareja, familia y el sistema social al que pertenecía.

En el caso descrito en la viñeta clínica la relación era de mucha dependencia, la familia refería que ambos lograban “una armonía”. Así, por ejemplo, “los fallos de memoria de él, los reparaba ella, diciéndole lo que estaba pendiente”. Ambos tenían aproximadamente 60 años de matrimonio y el paciente en su discurso con frecuencia hacía asociaciones con respecto a su historia juntos y a las dificultades superadas.

Los recursos personales del doliente como la personalidad, el carácter y su salud mental; la confianza en sí mismo; la madurez e inteligencia; el haber tenido duelos previos que le dan experiencia en la resolución; la existencia de otras crisis personales no relacionadas con el fallecido; la existencia de fundamentos religiosos, filosóficos, culturales y sociales individuales presentes en grado variable en el momento de la pérdida.

Siguiendo la misma línea, Soukoreff (2008) refiere que, “Las personas que desarrollan un duelo patológico y, en especial, las que tienen antecedentes psiquiátricos, presentan más riesgo de que el suicidio traiga consecuencias negativas para su salud mental y necesitan un mayor apoyo”.

En el duelo por suicidio se puede presentar, además de la tristeza propia del proceso de pérdida, una serie de emociones negativas tales como: enojo con la persona que se ha quitado la vida, confusión por no entender por qué lo hizo, culpabilidad, sensaciones de impotencia y rabia, preocupaciones por algún suceso que se interpreta como causa de la decisión del suicida, entre otras (García-Vinegras y Pérez, 2013). En el paciente del caso se acentuaron algunos trastornos cognitivos que presentaba previamente al impacto emocional, entre ellos, la alteración de la memoria a corto plazo.

Para que se pueda llevar a cabo un duelo normal el individuo necesita aceptar la realidad no sólo intelectualmente sino también desde el punto de vista emocional. Cuando sólo ocurre la aceptación intelectual, las probabilidades de inadaptación emocional son mayores. “El proceso de duelo hace que la persona pase de manera sucesiva por los estados de choque emocional, aflicción aguda y resignación” (D’Hyver y Kraus, 2006).

El duelo en las muertes inesperadas se asocia con manifestaciones depresivas más intensas y duraderas que en las muertes de alguna manera esperadas, pueden agudizarse enfermedades previas u ocurrir el debut de nuevos padecimientos. También se observa que el doliente asume con frecuencia conductas de riesgo para la salud como el consumo excesivo de alcohol, cigarrillos o psicofármacos (Kawano, 2011)

Según García-Viniegras y Pérez (2013)

EN EL DUELO POR SUICIDIO LA AYUDA SOLIDARIA DE FAMILIARES, AMIGOS Y LA AYUDA ESPECIALIZADA DEBE CONTEMPLAR LO SIGUIENTE:

- Familiarizarse con el proceso del duelo, procurando la aceptación de la pérdida.**
- Evitar las frases hechas.**
- Propiciar el desahogo emocional, mediante la expresión de sentimientos.**
- Mantener los contactos humanos afectuosos.**
- Respetar la diversidad de reacciones.**
- Proporcionar elementos esperanzadores.**
- Apoyar en los trámites del funeral.**
- Facilitar la resolución de problemas prácticos suscitados por la pérdida.**
- Facilitar la despedida.**

Conclusión

Los ancianos generan una alta demanda en el área de salud mental y en otros servicios de salud. Por tal motivo es importante que en los espacios de formación de los profesionales de Salud Mental se incluyan más temas que aborden la vejez. Pensar al anciano de un modo integral ayuda a los profesionales a tener herramientas para la atención de estos en situaciones críticas.

En este trabajo se han esbozado aspectos sobre el suicidio y tipos de duelo en la vejez utilizando como ejemplo un caso clínico. Consideramos fundamental conocer el impacto que genera el suicidio de un ser cercano al paciente anciano, determinando los factores a favor de la elaboración de un duelo normal y previniendo en la medida de lo posible la complicación de un duelo, que impacta inevitablemente en su adaptación, rol social y familiar y en su salud mental.

Bibliografía

- † Stagnaro, JC. (2003). La clínica del proceso suicida en los ancianos y recomendaciones para su prevención. Una revisión bibliográfica. Vertex Revista. Argentina de Psiquiatría 14(52), 146-152
- † Palomo, J.L.; Ramos, V., Cruz, E. y López, A. M. (2010). Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (Parte I). Cuadernos de medicina Forense. 16 (4), 217-229. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062010000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-7606. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062010000300005>
- † Ariés, P. (1975). Historia de la muerte en occidente. Barcelona: Acantilado.
- † Alizade, A. (2013). Clínica con la muerte. Buenos Aires: Ediciones Biebel.
- † SNS. Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. En línea. Consultado el 24 de octubre de 2014. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>
- † García-Viniegras, C. y Pérez, V. (2013) Duelo ante muerte por suicidio. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 12 (2), 265-274.
- † Ministerio de Salud de la Nación (2011). Perfil Epidemiológico del Suicidio en Argentina. Algunas Aproximaciones. En línea. Obtenido el 24 de octubre de 2014 desde http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/suicidio.pdf

- ↑ Dabi, E., Matusевич, D. y Finkelsztein, C. (2003). Trastorno Depresivo Mayor en pacientes mayores de 60 años que realizan tentativas de suicidio. *Vertex Revista. Argentina de Psiquiatría*. 14 (52), 124-127
- ↑ Blanco, A. y Antequera, R. (2010). La muerte y el morir en el anciano. En *Gerontología y salud. Perspectivas actuales* (pp. 183-198). Madrid: Biblioteca Nueva.
- ↑ Vargas, R. Duelo y pérdida. (2003). *Medicina Legal*. Costa Rica. 20, (2), 47-52. En línea. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1409-0015
- ↑ Freud, S. (1979). *Obras Completas. Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- ↑ D'Hyver D C, Kraus A.W. (2006). Tanatología. En *Geriatría* (pp. 615-626). México: Editorial El Manual Moderno.
- ↑ Lacasta Reverte, M. y García Rodríguez, E. D. (2004). *Duelo en cuidados paliativos*. Sepsal. Guías Médicas.
- ↑ Soukoreff, M. (2008). Suicide in a mental health setting: caring for staff, clients, and family members. *J Pastoral Care Counsel*. 62 (4), 353-62.
- ↑ García-Viniegras, C. y Pérez, V. (2013) Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 12 (2), 265-274.
- ↑ Kawano K. (2011). The mental health of persons bereaved by suicide. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 113 (1): 87- 93.