

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"IDEAS E INTENTOS DE SUICIDIO EN EL CUADRO CLINICO
DEPRESIVO "

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

LUIS MANUEL ANGEL ALVAREZ SEGURA

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA

de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1,979.

I. INTRODUCCION

II. JUSTIFICACION

III. ANTECEDENTES

IV. OBJETIVOS

V. MATERIAL Y METODOS

VI. DESARROLLO

1. Definiciones

a. Neurosis Depresiva

b. Las crisis de Neurosis Depresiva.

2. Principales trastornos afectivos

a. Melancolía Involutiva

b. Enfermedad Maníaco Depresiva.

3. Reacción Psicótica Depresiva

4. Criterios de la División entre Psicosis Depresivas y Estado Depresivo Neurótico.

5. Suicidio

a. Suicidio Depresivo

b. Intentos de Suicidio

c. Consideraciones acerca de los intentos de Suicidio en la Depresión.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

VIII. ANALISIS

IX. CONCLUSIONES

X. RECOMENDACIONES

XI. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Actualmente las Ciencias de la Conducta, están tomando auge en los países desarrollados, quienes se están interesando en el comportamiento humano; ya que este se encuentra influido grandemente por las corrientes culturales, científicas, sociales, etc. que lo rodean.

A pesar de esto en nuestros países subdesarrollados, o "arrollados" como prefieren llamarlos algunos sociólogos, existe aún renuencia a darles importancia a las ciencias mencionadas; y en raras ocasiones se hacen estudios u observaciones de la actuación del ser humano.

En nuestro medio el ser humano se desarrolla dentro de una vorágine, la cual lleva implícita influencias culturales, problemas socioeconómicos, que van envolviendo a la humanidad y diariamente la llevan a un proceso de "enajenación" la cual se traduce en una sociedad caótica y con individuos mal adaptados que van mostrando formas de Conducta y que no están de acuerdo con la realidad en que se vive.

Es por eso que interesados, ponemos a la vista del profesional de la medicina, del psicólogo, del sociólogo o a toda persona con ansias de contribuir al desarrollo real de nuestra sociedad; una de las formas de conducta que el ser humano no utiliza, especialmente en nuestro medio, para romper el círculo vicioso en que se desenvuelve.

La presente tesis muestra en una forma modesta, la relación que existe entre la "Depresión", sintomatología de algunas Psicopatologías con las ideas e intentos de suicidio.

Sea este trabajo una pequeña contribución al estudio del comportamiento del ser humano dentro de nuestra sociedad.

JUSTIFICACION

La inquietud de realizar este estudio nació de la práctica Electiva que realicé en el Hospital "Dr. Carlos Federico Mora", al observar tanto en la práctica como en el estudio de las fichas clínicas, un alto porcentaje de personas que consultaban por un cuadro clínico depresivo de diferente causa.

Luego se observó que era también alta la incidencia de personas que presentaban ideas o que habían presentado intentos de suicidio.

Paralelamente a lo encontrado, recordé con cierta angustia, el número de pacientes con intentos de suicidio, - que había visto y tratado en la Emergencia del Hospital donde realicé mis prácticas médico quirúrgicas y que solamente se les daba el tratamiento médico de urgencia, incluso, se llegaba a pecar de moralista reprimiendo severamente al paciente, pero nunca se puso énfasis en la causa o causas de tal comportamiento.

La inquietud fué secundada por el Dr. Carlos Laylle, asesor de la presente tesis y teniendo material humano idóneo para el estudio, se decidió investigar el problema, para obtener datos valederos de nuestro medio y atrevernos a hacer observaciones y recomendaciones que favorecerán a nuestra "población psíquicamente enferma".

ANTECEDENTES

En forma retrospectiva, podemos decir que se han hecho pocas observaciones en el medio guatemalteco tanto de la depresión como del suicidio; por ejemplo el Dr. Juan Carlos Leporowski en 1960 presentó la tesis titulada: "Importancia de las depresiones y consideraciones sobre su tratamiento". Los resultados obtenidos proceden del estudio de la morbilidad del Hospital Neuropsiquiátrico durante los años de 1954 a 1958, poniendo énfasis en los cuadros depresivos; presenta 269 casos de morbilidad depresiva distribuida así:

Reacción Maníaca y circular	301.0*	37 casos
Reacción Depresiva	301.1	61 casos
Otras	301.2	123 casos
Melancolía involutiva	302	28 casos
Reacción Neurodepresiva	314	20 casos

* DSM-I (1952). Diagnóstico and statistical Manual of Mental Disorders.

Concluyendo que los cuadros depresivos son comunes como consulta tanto en la práctica médica como en la psiquiátrica y que en este tipo de pacientes el suicidio tiene mayor propensión a presentarse; aunque no estudió la incidencia de los mismos en la población investigada.

En 1967 el Dr. Romeo Lucas Medina presentó la tesis titulada "Reacción Depresiva: Revisión de Casos en la Unidad Piloto de Rehabilitación Mental del Hospital Neuropsiquiátrico, en la cual se estudiaron los ingresos totales y los casos que correspondían a cuadros depresivos. Se obtuvo lo siguiente: de 363 ingresos a la Unidad piloto, 163 casos correspondieron a cuadros depresivos, de diferente Psicopatología, correspondiendo tal número al 44.9% del total de ingresos. Predominando la depresión de tipo Psicótico en un 79.7%.

Las conclusiones de tal tesis fueron: La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la práctica médica, asimismo dentro de la psiquiatría. En la práctica médica pasa generalmente desapercibido y sin tratamiento. El suicidio es la fase terminal de la depresión y no tiene relación con la intensidad de esta.

En 1971 el Dr. Marco Vinicio Caballeros presentó la tesis titulada "Motivaciones de los suicidas en Guatemala, Ciudad", en la cual se presentó una revisión de 28 personas que habían intentado el suicidio, siendo 22 de ellas del sexo femenino, correspondientes al 78.9% del total; siendo los 6 restantes del sexo masculino igual al 21.1%. Ocho casos del total tenían un cuadro de tipo depresivo al momento del intento. Número que corresponde al 28.57. Entre las causas encontradas, la más común entre las mujeres fué la decepción amorosa.

En un 80.0% del total de los casos habían existido ideas previas de suicidio y en el 71.1% existieron intentos de suicidio. Otras conclusiones fueron: a mayor nivel educacional hay más probabilidad de intentar el suicidio y la mayoría eran de religión católica.

En 1975 el Dr. Octavio Adolfo Morán presentó la tesis titulada "El suicidio en el médico guatemalteco", en la cual se presentó una revisión de muertes de la profesión médica entre los años de 1967 y 1974 y comparaba las causas de las mismas con las muertes de las profesiones de Odontología y Farmacia. Encontró un total de 87 muertes y entre estas hubo 8 por Suicidio, mientras en las otras dos profesiones no hubo suicidio alguno. Concluyó: el médico tiene la más alta incidencia de muerte por suicidio comparada con otras profesiones. El índice de suicida de dicha profesión fué en ocho años de 1.07. Incluso el estudiante de medicina se suicida antes de ejercer la profesión.

Para finalizar en 1978 las licenciadas en Psicología Adda Malinalli Ramírez y Silvia Elvira Alfaro en su tesis de graduación titulada "Estudio de los casos sobre causas que de-

intento de suicidio, luego de estudiar 25 casos que fueron encontrados en 2 hospitales de la ciudad. Algunas conclusiones fueron: Más mujeres que hombres intentan el suicidio. La edad en que se hacen presentes los intentos de suicidio fué en el hombre 26 años (promedio) y en la mujer de 22 años. La clase trabajadora clasificada como obrera y los sin ocupación tienen mayores intentos de suicidio. La causa principal del intento de suicidio es el disgusto amoroso en las mujeres; y en los hombres dificultades familiares y drogadicción. El método más utilizado fué la ingestión de barbitúricos.

Vemos pues, en resumen, que hay antecedentes del estudio del suicidio y de la depresión aunque en una forma separada y hoy lo haremos en una forma conjunta para lograr resultados que nos permitan tener una mejor visión del problema.

A continuación se expondrán los trastornos de conducta, que caracterizan por contener sintomatología depresiva y que conllevan a ideas e intentos de suicidio.

OBJETIVOS

1. Ampliar conocimientos sobre la definición de depresión y sus generalidades, así como las entidades clínicas en las que se manifiesta como síntoma.
2. Ampliar conocimientos sobre el concepto de suicidio, ideas e intentos de llevarlo a cabo.
3. Conocer la psicopatología del suicidio.
4. Conocer la relación existente entre la depresión y las ideas e intentos de suicidio.
5. Conocer la incidencia de casos de depresión de acuerdo al estudio realizado en el Hospital "Dr. Carlos Federico Mora".
6. Conocer las causas de Depresión en el medio guatemalteco.
7. Conocer en la población depresiva, el porcentaje que tiene ideas suicidas o ha intentado en alguna ocasión suicidarse.
8. Contribuir a conocer mejor la conducta humana en el medio guatemalteco.
9. Interesar a los profesionales de las ciencias de la conducta, para la creación de un centro de prevención del suicidio.
10. Interesar a los lectores en el estudio de las ciencias de la conducta.

MATERIAL Y METODOS

1. Recursos Humanos
 - a. Dr. Carlos Laylle Asesor
 - b. Dr. Rodolfo Kepfer Revisor
 - c. Cuerpo de Médicos y Residentes del Hospital "Dr. Carlos Federico Mora"
 - d. Personal de Consulta Externa y Archivo del mismo Hospital.
2. Recursos físicos
 - a. Instalaciones del Hospital "Dr. Carlos Federico Mora.
 - b. Archivo y Sección de Estadística
 - c. Fichas Clínicas de pacientes estudiados
 - d. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
 - e. Biblioteca del Hospital "Dr. Carlos Federico Mora"
 - f. Utiles de escritorio y oficina
 - g. Instrumentos de diseño y dibujo
3. Método
 - a. Se hizo uso de las secciones de archivo y Estadística del Hospital "Dr. Carlos Federico Mora" para revisar 150 fichas clínicas que tengan como diagnóstico Depresión, sin importar el sexo es decir tomadas al azar.
 - b. Utilizando el método retrospectivo, se investigará por medio de las fichas ya mencionadas; la edad, sexo, ocupación del paciente, causa o causas de Depresión y de las ideas e intentos de suicidio, y en caso existieran estos, el número de veces.
 - c. A continuación se tabularon los datos obtenidos de las 150 fichas clínicas.

- d. Se hicieron cuadros para la presentación de los resultados, el análisis de los mismos, las conclusiones y recomendaciones.
- e. Se elaboró una lista de la Bibliografía consultada.

NEUROSIS DEPRESIVAS

La pena o tristeza normales son respuestas emocionales apropiadas a una pérdida externa reconocida conscientemente. Cuando la pérdida causa depresión neurótica, supera a la pena normal en intensidad, duración o en ambos componentes, en desproporción a la pérdida. A menudo aparecen síntomas de depresión en sujetos con antecedentes de síntomas o caracteres de personalidad neurótica, en respuesta a frustración y conflicto, y no realmente por la pérdida. Son situaciones que evitaría de modo típico al sujeto normal, o ante ellas reaccionaría con ira y no con pena, pero el neurótico por lo regular no puede expresar directamente la ira, y su depresión a menudo representa una retroflexión de la ira, esto es, se dirige la ira contra sí mismo(3).

En la mayoría de los casos, el principio de la depresión reactiva aparece poco después de una pérdida importante y evidente, por ejemplo, una muerte o una separación, o se inicia después de una derrota en la vida social, económica o personal del individuo.

En todos los casos la pérdida produce el estado afectivo de tristeza, también de angustia y con frecuencia culpa y vergüenza(4)

El elemento semiológico elemental es un aspecto fenómeno lógico caracterizado por un trastorno, un descenso del humos timia que termina siendo triste. Alrededor de este síntoma que denominamos provisionalmente elemental, se agrupan otros síntomas que han podido justificar la descripción del síndrome e incluso de la entidad patológica. Sea como consecuencia, sea como simple asociación, se encuentran añadidos a los trastornos del humor, otros dos fenómenos; inhibición y el dolor moral.

La inhibición es una especie de frenaje o enlentecimiento de los procesos de ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega el sujeto sobre sí mis-

mo y le empuja a rehuir de los demás y de su relación con ellos. El sujeto experimenta una lasitud moral, dificultad para pensar, trastornos de la memoria, una fatiga psíquica. Además astenia física y un enlentecimiento de la actividad motriz.

El dolor moral, se expresa en su forma más elemental por una autodepreciación que puede encaminarse bastante pronto hacia una autoacusación, una autopunición, un sentimiento de culpabilidad. La autoacusación y el dolor moral pertenecen a una sintomatología secundaria de la depresión.(2)

Muchos psiquiatras han considerado que debe hacerse una distribución técnica entre las depresiones exógenas que siguen a algunos stress patentes precipitantes y las reacciones endógenas en que no hay stress externo.

Hoff expresó, "es necesario distinguir con todo cuidado tres formas de depresión:

1. La depresión reactiva o exógena es causada o perpetuada por circunstancias externas desfavorables. Es patente que alguien que sufre una tragedia gravísima en la familia o un desastre económico sería afectado por ello, pero esto sería una reacción perfectamente normal y no una enfermedad.
2. La depresión neurótica aparece en el transcurso de una neurosis y es reacción secundaria de la personalidad, al sentirse impotente en la lucha de la misma contra los síntomas neuróticos primarios.
3. La depresión endógena o melancolía, es la presión de una enfermedad genuina o probablemente orgánica que pertenece al grupo de las psicosis maniacopresivas(3).

Para un éxito del tratamiento de los estados depresivos

es esencial el establecimiento de un diagnóstico tanto nosológico como fenomenológico. La clasificación nosológica correcta de un caso sólo puede ser lograda por un estudio conjunto de la herencia del paciente, estructura pre-mórbida de la personalidad, historia de su vida, los hallazgos psíquicos y somáticos que presenta, también su ocupación y su situación familiar y económica.

De acuerdo a la clasificación nosológica, P. Kielholz divide los síndromes depresivos de acuerdo a si son de etiología orgánica, endógena o psicogénica. Sin embargo deben tenerse siempre presentes los aspectos fenomenológicos, es decir incluir los síntomas críticos en el diagnóstico de la depresión (8).

LAS CRISIS DE NEUROSIS DEPRESIVA:

Circunstancias de aparición

Estos accesos depresivos sobrevienen generalmente tras una experiencia vivida, tal como una frustración, decepción, duelo, pérdida de aprecio, abandono. En suma, tanto sea "frustración de amor, que se espera, como del amor que se dá, hay siempre un sufrimiento de amar y de no poder amar" (Nahct, 1963), o también en todas las situaciones que hacen resurgir un sentimiento de inseguridad más o menos reprimido y hasta entonces más o menos bien compensado.

Es posible que el acontecimiento atressante, esté estrechamente ligado con el acceso depresivo y que esta relación sea comprensible para el clínico.

Particularidades semiológicas de las depresiones neuróticas

La depresión vital que se ha descrito en la depresión endógena reviste aquí una tonalidad afectiva mucho más próxima al sentimiento de tristeza reactiva normal.

La ansiedad es generalmente intensa, espectacular, a veces incluso un poco teatral. El contenido de los temas depresivos es más comprensible para el observador, el paciente quiere que se le escuche, se le compadezca y se le consuele. El acusa a la suerte y a otros más que a sí mismo, se queja de su estado psíquico, de su astenia y de su impotencia. Este sentimiento de impotencia parece estar en el centro de la conciencia del deprimido neurótico, quien la proyecta en su demanda de ayuda ambigua expresando la impotencia del médico para curarle y la impotencia de los medicamentos que se le proponen.

La necesidad que tienen estos pacientes de apoyarse en otros es particularmente característica y su avidez afec-

tiva puede adquirir un carácter titánico y agresivo, respecto a los que le rodean. Se diría que en el fondo de su depresión está en la relación con una herida narcisista debida al abandono experimentado por la pérdida del objeto de su investimento o a la vez desvalorización de este objeto.

Los elementos depresivos, contrariamente a la melancolía endógena parece presentar un máximo vespertino. El comportamiento pseudosuicida, o chantaje de suicidio, añade aún más a los síntomas precedentes una nota de menor autenticidad del cuadro clínico que en el acceso melancólico.

El enlentecimiento psicomotor es con frecuencia mucho más discreto y permite una expresión más dramática de la ansiedad y de las quejas del enfermo, así como de los trastornos funcionales histeriformes, de las preocupaciones obsesivas, de las fobias, en una palabra de las manifestaciones de la neurosis subyacente.

Diagnóstico:

La distinción de los diversos estados depresivos se hará con ayuda de un examen sistemático en el curso del cual se estudiará cuidadosamente:

- a. Circunstancias de aparición del acceso.
- b. Análisis de la situación vital difícil.
- c. Predisposiciones de la personalidad.
- d. Antecedentes hereditarios.
- e. Semiología del dolor moral, la inhibición, angustia, conducta suicida.
- f. Examen clínico completo en especial neurológico.

Tratamiento:

1. Psicoterapia

Individual

Familiar

Terapia Ocupacional

2. Quimioterapia(2)

PRINCIPALES TRASTORNOS AFECTIVOS

PSICOSIS AFECTIVAS

El grupo de las psicosis afectivas consta de los trastornos de la conducta que se caracterizan principalmente por aumento ó disminución en la actividad o en el pensamiento, que expresan el estado de animo que predomina, ya sea depresión o exaltación. Aunque en los grados más anormales el cambio en la conducta del enfermo salta a la vista, dicho comportamiento rara vez es extravagante. Una persona que por casualidad observa al paciente, puede pensar - que existe una relación lógica entre el ambiente social inmediato y las anormalidades en la actividad, el afecto y el pensamiento.

Psicodinámicamente sería de esperarse que las principales defensas contra el afecto depresivo fueran proyección o negación. Aunque un grupo de individuos sufra de las expresiones conductuales directas del afecto depresivo, modificado según el peso de la culpa, la vergüenza, la angustia o la impotencia, que se producen como respuesta en el tipo específico de personalidad, hay otros pacientes en quienes la expresión afectiva se oscurece debido al uso de los mecanismos mencionados. En algunos enfermos, la depresión subyacente está cubierta por medio de la proyección. En otro grupo de pacientes, la depresión se enmascara o puede alternar con fases de júbilo. Estas son las distintas variables principales que se encuentran en las psicosis involutivas y manico-depresivas, respectivamente.

Hay un grupo más de enfermos, en quienes la depresión se enmascara por medio de diversos síntomas neuróticos, o por respuestas psicofisiológicas, en especial las que se expresan en forma de conducta excesivamente regida por necesidades orales (comer en exceso, obesidad, alcoholismo o dependencia de drogas).

La asociación Americana de Psiquiatría clasifica estos tras

tornos como:

1. Melancolía involutiva
2. Enfermedad Maníaco-Depresiva. Tipos Maníaco y Depresivo.

MELANCOLIA INVOLUTIVA

Se caracteriza con más frecuencia por depresión que aparece en período involutivo, sin antecedentes de reacción maníacodepresiva, y a menudo en individuos de personalidad compulsiva. Esta reacción tiende a seguir una evolución prolongada, que puede manifestarse por ansiedad, insomnio rebelde, culpa, preocupación, agitación, ideas dilusorias y problemas somáticos. Algunos casos se caracterizan principalmente por depresión y otros por ideas paranoides. A menudo hay preocupaciones somáticas que llegan al grado de falsas percepciones.(3)

La depresión que se presenta en el período involutivo, no debe incluirse entre las reacciones psicóticas depresivas, ni en la enfermedad Maníaco-Depresivas, fase Depresiva si existen episodios previos.

A pesar de que la depresión es un rasgo común de las reacciones maníacopresivas y a las psicosis involutivas, en estas existen factores fisiológicos tales, que ya no se consideran como reacciones maníacodepresivas modificadas que se presentan en una época fisiológica determinada.

La frecuencia de la melancolía involutiva es dos o tres veces mayor en las mujeres que en los hombres. Aunque la edad de inicio varía de individuo a individuo, lo más frecuente es que se presentan en mujeres cerca de los cincuenta años y en los hombres cerca de los sesenta. Se notará que este es el período cuando las glándulas endócrinas y reproductoras empiezan a sufrir una disminución en la actividad funcional o sea la edad que en general se conoce como período involutivo.

No se sabe con certeza hasta qué punto estos cambios fisiológicos actúan en la génesis de la psicosis, pero hay muchos datos que sugieren que no son tan importantes "per se" como lo son los cambios psicológicos que implican. La pérdida de las funciones biológicas que se estiman mucho y la inminencia del proceso de envejecimiento, pueden ser más angustiantes que los cambios endocrinológicos. En un número importante de casos se encuentra un tipo general determinado de personalidad obsesivo compulsiva y ciertos hábitos de vida.

Habitualmente la paciente fué una niña angustiada con antecedentes de inseguridad fundamental desde los primeros años. A menudo se encuentra que ha sido una persona de tipo compulsivo e inhibido, silenciosa, seria, crónicamente preocupada, intolerante, reticente, sensible, escrupulosamente honrada, frugal e incluso tacaña. Tales personas han sido apacibles, sumisas y sensibles a los estados de ánimo de los demás. Esto se conoce como personalidad prepsicótica. Se caracteriza por una rigidez que representa una defensa neurótica; de modo que la paciente ha sido perfeccionista, mojigata y con tendencia a los sentimientos de culpa.

La personalidad ha estado dominada por el super ego. Indudablemente la depresión involutiva es originada en una neurosis enmascarada de los primeros años de la vida. En algunos casos se han reprimido con dificultad los impulsos hostiles y agresivos.

Factores Predisponentes:

1. Edad: Se desarrolla en una edad en la cual ya no es fácil adaptarse a situaciones y circunstancias nuevas. Tal vez la vida no dió al paciente el éxito o la satisfacción que siempre esperó y reconoce más o menos conciente, que los sueños de los primeros años ya no pueden satisfacerse, que ha pasado ya el cénit de la vida y que la ambición y la fuerza de la vida, se están agotando.
2. En las mujeres el factor contribuyente puede ser la soledad o el miedo a perder el atractivo físico. La pacie

te talvez sienta que ya no es atractiva ni femenina y experimenta un resentimiento de raíz profunda, el cual se expresa en forma de depresión y odio a sí misma. La rebelión contra el hecho de envejecer también ayuda a producir depresión.

3. Fisiológico: La potencia sexual cada vez menor en el hombre y el hecho de que la mujer se dé cuenta de que ya perdió la posesión biológica que más apreciaba; la capacidad de procrear (capacidad que talvéz durante mucho tiempo se vió frustrada), significan mucho más al enfermo que la pérdida de una de sus funciones fundamentales; todo esto simboliza tanto el origen como los fines de su energía que ya no existen.

Cuando se desvanece la agitación de la madurez empiezan a surgir pensamientos de muerte que constituyen a la angustia tan frecuente en este padecimiento. Al disminuir la fuerza física, las fuerzas inconscientes y los viejos conflictos se tornen relativamente mayores y vuelven a amenazar y a atormentar.

4. En un cierto número de casos, el hecho de retirarse de los negocios significa renunciar a los intereses que más se han querido durante mucho tiempo y una privación de su energía psíquica.

Sintomatología:

Al igual que en todas las reacciones depresivas, el principal componente de este trastorno, es la aparición de un estado afectivo desagradable, que consta de varios componentes subjetivos como el duelo y la tristeza, que representan sólo una parte. Los otros componentes son grandes variables de angustia, vergüenza y culpas intensas.

Sensación de profundo desamparo, la disminución de la autoestimación y graves inhibiciones del funcionamiento de

la personalidad, son actitudes agregadas al ego.

Los síntomas manifiestos de la psicosis a menudo van precedidos de un período de varias semanas a meses, durante los cuales, el paciente presenta tendencias hipocondríacas se vuelve irritable, malhumorado, pesimista, sufre de insomnio; a veces es suspicaz, rehusa los esfuerzos y tiende a presentar crisis de llanto. Es incapáz de concentrarse y muestra duda e indecisión, se queja de sensaciones muy molestas en la cabeza, come mal, pierde peso, se preocupa por su salud o por su estado económico y se vuelve aprehensivo e inquieto.

En un caso más o menos típico los síntomas más aparentes son depresión profunda, angustia, agitación, hipocondría e ideas delirantes de culpa y pecado, de indignidad, de enfermedad y muerte inminente. El paciente en su aspecto revela dolor y miseria emocionales extremos; el miedo, la aprehensión y la agitación aumentan; el paciente se retuerce las manos, camina de un lado a otro, llora, a veces se golpea la cabeza contra la pared, se estruja la cara, se muerde las uñas y rompe sus ropas.

Algunos muestran depresión morosa y hostilidad depresiva. Casi siempre se encuentran interpretaciones equivocadas e ideas delirantes. Los sentimientos de culpa explican en parte la gran depresión emocional y muchas de las ideas delirantes; la idea de que está a punto de ser destruido puede ser la racionalización del sentimiento del paciente al ver que las fuerzas de la vida declinan.

Las penas e insatisfacciones interiores se racionalizan en forma de enfermedad fética, así se produce la hipocondría que tan frecuentemente se observa.

Pueden presentarse alucinaciones, aunque son menos frecuentes que las ilusiones.

La conciencia permanece clara y la orientación se conserva

aunque en algunos casos el paciente está tan atento a sus aspectos subjetivos, que puede parecer confuso y en contacto precario con lo que lo rodea. A menudo rechazan la comida por dos motivos: porque el alimento está envenenado de acuerdo a su creencia o por la idea nihilista de que carece tanto de estómago como de intestinos.

"NO HAY OTRO TRASTORNO MENTAL EN EL QUE SEAN TAN FRECUENTES LOS INTENTOS DE SUICIDIO", y existe gran peligro de que se repitan cuando los primeros no han tenido éxito.

Desde las primeras etapas del trastorno el paciente suele expresar miedo de que se va a volver loco, debido al contraste tan grande que siente entre su estado afectivo previo y el sentimiento de aprehensión y la angustia afectiva intensos que no logra entender. No obstante el paciente sigue firmemente convencido de que las ideas que expresa son correctas. La mayoría de los pacientes adelgazan y en los casos graves se deshidratan en forma intensa; sus manos están habitualmente frías y cianóticas, su pulso es rápido y su respiración superficial. Sufren de constipación y oliguria.

Hay un segundo grupo de pacientes de edad madura, menos perturbados pero con apariencia triste y de desesperanza, también padecen de una pérdida de autoestimación, muestran aislamiento y apatía, no establecen contacto. Son lentos en el habla y el pensamiento, pueden presentar ideas delirantes que reflejan sus sentimientos de culpa y vergüenza. Se presentan además, sensación de desamparo que hace que el paciente asedie a las enfermeras y médicos; la agitación, las quejas hipocondríacas y los síntomas somáticos de insomnio, anorexia y constipación.

En los individuos de este segundo grupo, la adaptación antes del padecimiento habitualmente ha sido la de una personalidad compulsiva que funciona bien y el estado depresivo aparece a consecuencia de una enfermedad física y del envejecimiento.

Psicodinamia

Se ha sugerido que los afectos patológicos del estado depresivo que se asocian a angustia y sensación de desamparo, ocurren en las personas para mantener un sentimiento de seguridad y compulsivamente se aferran a ciertos objetivos o ligas personales. El psicótico depresivo cuando sufre una pérdida, es incapaz de renunciar a sus deseos aún cuando ya no es posible satisfacerlos.

Bibring identifica tres grupos de aspiraciones y esperanzas que el individuo tienen que mantener.

- 1o. El deseo de ser alguien de valor y por lo tanto ser amado y respetado.
- 2o. El deseo de ser fuerte, superior y seguro.
- 3o. El deseo de ser bueno y amar.

El complejo depresivo surge en el conflicto y las tensiones que surgen entre las aspiraciones y esperanzas mencionadas arriba y la posibilidad de ser lo opuesto, ya sea en la realidad o en la fantasía.

En los diferentes enfermos de Melancolía involutiva es posible distinguir grados variables:

- a. El paso regresivo hacia los estados de dependencia infantil angustiada.
- b. Los trastornos en el sueño y el apetito, que son los componentes fisiológicos que se asocian con dicha dependencia angustiada.
- c. Los signos que en los trastornos del pensamiento, indican rabia dirigida contra el interior del individuo y que se expresa en las ideas delirantes expiatorias de culpa, vergüenza y autocastigo.

Pronóstico:

El pronóstico es mejor mientras más se parecen las manifestaciones generales de la reacción a las que se observan en la fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva. Empeora al aumentar el deterioro en los hábitos personales, lo grotesco de las ideas delirantes o de las ideas hipocondríacas, la frecuencia de las alucinaciones, la pobreza del pensamiento y la tendencia a la aversión, la despersonalización o la deformación de los hábitos rutinario con el empobrecimiento de afectos(4)

Tratamiento:

1. Psicofármacos

2. Psicoterapia

Individual

Familiar

Ocupacional.

ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA:

Generalidades:

Los trastornos del pensamiento y de la voluntad aparecen como meras exageraciones de cambios del pensamiento y de la voluntad que acompañan a los estados de ánimo del sujeto sano. Por ejemplo la mayor fluidez del curso del pensamiento y el aumento de la actividad psicomotriz cuando se está de buen humor o la lentitud en el curso del mismo y disminución de la actividad psicomotriz en estados depresivos.

Los síntomas básicos son:

- a) Distimias alegres o depresivas
- b) Fuga de ideas e inhibición del curso del pensamiento.
- c) Facilitación e inhibiciones anormales de las funciones centrífugas correspondientes a la decisión, la acción y la vertiente psíquica de la motilidad. Euforia, fuga de ideas, impulso a la actividad, por una parte (manía); depresión, inhibición del pensamiento y la voluntad (melancolía) por otra, constituyen las combinaciones que se dan con mayor frecuencia. Como síntomas accesorios se añaden a ello, ideas delirantes y alucinaciones (casi exclusivamente visuales y auditivas) y manifestaciones psicomotoras.

Causas:

1. Biogenéticas: aparición del cuadro en la misma familia no puede probarse al negarse. Se ha afirmado que este cuadro aparece veinticinco veces más en hijos de maníacos depresivos.
2. Sociales: la frecuencia es tres veces más alta en la clase social alta.
3. Profesionales: Existe una frecuencia cuatro veces más

en este grupo.

4. Edad: A la mitad de la vida o más, se encuentra que las dificultades para adaptarse a cambios en el ambiente o las amenazas a la seguridad social, económica o física, pueden actuar como factores precipitantes de un cuadro depresivo.
5. Bioquímica: algunos sugieren que la enfermedad se debe a trastornos en los procesos reguladores químicos, vegetativos del cuerpo.

Psicopatología:

Fase o Estado Maníaco

El exagerado buen humor constituye aquí la alteración del estado de ánimo.

Características:

Se encuentra exaltado el amor propio, colmados de felicidad, alegría y exuberante energía. Ante los acontecimientos tristes se muestran poco sensibles. Hay enfado y cólera cuando tropiezan con algo que les desagrada o cuando es preciso frenar su impulso a la actividad.

Pensamiento maníaco e ideo fugaz. La atención es distraíble, las ideas se transforman en decisiones y actos fáciles. Las representaciones fluyen fácilmente con tal abundancia en forma involuntaria, que pueden provocar en el paciente sensaciones desagradables.

Rara vez faltan ideas sobrevaloradas, y con frecuencia surgen ideas delirantes de grandeza propiamente dichas, cuyo contenido no resulta especialmente absurdo; sino que se mantiene aún dentro de los límites de lo posible.

El aspecto de la personalidad del individuo siempre ha

sido de satisfacción a sí mismo confiado, agresivo, extrovertido, efervescente y se siente a gusto con otras personas.

Fase o estado Depresivo

Grados

Depresión moderada, aguda y estupor.

Durante la fase depresiva, todas las vivencias resultan dolorosas, con frecuencia se agregan a estas el estado de angustia.

A los pacientes les parece todo incoloro, vacío. La sensación de que todo es gris o sin color, parece referirse a la percepción; pero la capacidad de distinguir los colores permanece normal. La expresión mímica es doliente, angustiada y casi siempre poco móvil.

En los casos graves falta por lo general la secreción mímica de las lágrimas, los pacientes contraen el rostro, sollozan, hacen gestos idénticos a los del llanto pero no vierten lágrimas. Un signo mímico de depresión, es la aparición de un pliegue en el párpado superior, en el tercio interno del mismo; dirigido hacia arriba y un poco hacia atrás de modo que el arco se transforma en ángulo. Se observan hombros caídos y cabizbajos (postura deprimida)

El curso del pensamiento se halla inhibido, es decir se lentifica y se hace penoso, gira monótonamente en torno a la propia desdicha. La percepción es así misma errónea. Se conserva la orientación, la atención permanece fijada sobre las vivencias penosas. Los movimientos se realizan con dificultad, las funciones centrífugas se hallan muy apagadas. Con mayor frecuencia que en las manías, se agregan como síntomas accesorios ideas delirantes y alucinaciones.

Si la inhibición está muy acentuada, los enfermos hablan cada vez menos, no atienden sus necesidades más inmediatas y apenas se mueven, el cuadro se clasifica como estupor profundo(5). En este cuadro el paciente está mudo, la percepción

de los órganos de los sentidos se obnubilan y el individuo muestra preocupación intensa, a menudo con ideas de muerte y con alucinaciones oníricas.

Muestran expresión rígida de angustia. Los enfermos ancianos deprimidos pueden manifestar síntomas mentales como confusión, desorientación y defectos de la memoria, que mejoran o pueden incluso desaparecer cuando el enfermo se recupera de la depresión.

Psicodinamia

El estado manicodepresivo tiene cierta psicopatología en común con otras reacciones depresivas; por ejemplo: el complejo depresivo mismo que consta de diversas combinaciones e intensidades de tristeza, angustia, rabia, vergüenza y culpa; afectos a los que se agrega una profunda sensación de desamparo, una disminución en la autoestimación y la inhibición general del funcionamiento de la personalidad.

La capacidad para establecer relaciones sociales cálidas que existen en el maníaco depresivo surge talvez de un contacto satisfactorio con la madre durante los primeros años de la infancia, gracias al cual, el niño comienza a estructurar el núcleo de identidad personal y una sensación de seguridad. No obstante, por razones mal explicadas, el individuo no llega a controlar por completo la capacidad de aceptar separaciones y las consecuentes respuestas afectivas.

Según Bibring, los que responden con depresión patológica mantienen una fijación aparente y patológica respecto a la importante relación con un objeto que desea, o respecto a la representación simbólica de un objeto que les asegurará amor, respeto o poder y les permitirá escapar del aislamiento, de la humillación y de la sensación de la debilidad.

Así, los depresivos niegan con persistencia las perdi-

das ya sean reales o imaginarias. Esta negación está presente de manera visible en los estados maníaco e hipochondríacos.

Durante la depresión el paciente identifica con la figura materna y adopta un papel de sumisión. Al iniciarse el período de exaltación, niega la sumisa identificación materna y exterioriza un intenso impulso coercitivo adquisitivo y sádico, con fantasías de fuerzas, gracias a las cuales se siente emancipado, triunfante y agresivo en exceso, lo cual constituye una imitación de la figura paterna, con la cual, el enfermo se identifica en ese momento.

Cuando su agresividad no logra cumplir la fantasía de venganza que el enfermo había elaborado, tiene que renunciar de nuevo a la identificación paterna y negar su agresividad y se vuelve a sentir deprimido y desvalido.

Esta característica de seguridad y confianza en la personalidad del maníaco, no necesariamente se relaciona con el sexo del progenitor, ya que a veces es la madre a quien el paciente identifica como la persona con empuje, que le proporcionó cuando era niño, el ideal de fuerza a situaciones de desprecio en la familia.

La conducta del maníaco es esencialmente una defensa total e intensa contra la depresión subyacente; aunque el paciente parezca confiado y desempeñe un papel de líder, básicamente es un individuo en exceso dependiente. Aunque parezca emprendedor y amigable, es egoísta y activamente controla y manipula a la persona debido a su necesidad emocional de establecer una relación de dependencia, cuando se frustran sus exigencias degenera hostilidad la cual tiene que ser reprimida y ésta, mal reprimida a su vez produce depresión.

En algunos pacientes maníacos depresivos, se encuentra que una fuente importante de conflicto es la intensa hos-

tilidad provocada por la envidia, la cual se reprime y evita. A menudo el enfermo es el miembro mejor dotado de la familia y todos esperan que de él provenga el prestigio para el grupo. Esto le infiere gran responsabilidad y lo vuelve sensible a la envidia y a la competencia y para contraatacarla, en forma inconsciente, desarrolla la costumbre de menospreciarse.

Los sentimientos de culpa y la depresión reflejada que surge de ellos aparece también en otras formas. Un deseo reprimido puede satisfacerse a veces por accidente, por ejemplo.

La depresión representa una penitencia por el odio reprimido, por la agresividad y por otras tendencias e impulsos repudiados que han originado los sentimientos de culpa. Por otra parte, la culpa también puede expresarse en términos de autocastigo. Muchos sugieren que la hostilidad es el común denominador tanto a las fases maníacas como a la depresiva. El paciente deprimido, debido a super ego no se permite exteriorizar sus tendencias hostiles y agresivas contra los demás y las dirige entonces contra su propio yo, o las expresa en forma proyectada. La influencia de los sentimientos patológicos de culpa y de los impulsos impuestos por el propio yo, puede por lo tanto, expresarse en forma de SUICIDIO(4)

Curso y pronóstico:

El primer episodio de la enfermedad se manifiesta en la mayoría de los casos entre los veinte y cincuenta años, pero también puede surgir de cuando en cuando, incluso a los ochenta. En algunos casos raros se remonta a la infancia. Más no todo niño que durante la infancia aparecía como algo ciclotímido se convierte, más adelante en maniaco-depresivo; la anomalía puede desaparecer. La índole de las fases aparece en ocasiones algo más graves durante la vejez; la afectividad disminuye en energías y son más frecuentes los estados confusionales. Durante la fase aguda puede sobrevenir la muerte. En las depresiones la muerte es debida sobre todo a SUI-

CIDIO, pudiendo asimismo causarla las enfermedades intercurrentes. Algunos suicidas dan muerte también a familiares con el fin de preservarlos de la miseria. Los maníacos pueden fallecer a consecuencia del tratamiento o de lesiones que no se dejan tratar.

Tratamiento:

1. Psicoterapia:

Individual

Familiar

Ocupacional

2. Psicofármacos.

REACCION DEPRESIVA PSICOTICA:

En esta entidad clínica habitualmente no existe el antecedente de depresiones previas o de cambios ciclotímicos bruscos del estado de ánimo, en los cuales tanto los períodos de exaltación como los de depresión pueden haber tenido un grado psicótico.

Se encuentran stress precipitantes. Se ha sugerido emplear esta categoría diagnóstica cuando la "depresión reactiva" sea de intensidad tal, que pertenezca al grupo de las psicosis.(3).

En ocasiones el médico se encuentra con depresiones que carecen de los rasgos típicos de la reacción maniacodepresiva, depresiones que surgen cuando el paciente se enfrenta a una situación personal que provoca un gran stress.

Los factores ambientales y las experiencias personales han sido cruelmente frustrantes y han estimulado la aparición de intensos sentimientos de culpa o remordimiento o han herido el orgullo del enfermo en una forma dolorosa.

En tales trastornos, la reacción ante la situación presenta una depresión indudablemente patológica, que puede asociarse a grandes errores al interpretar la realidad, en forma de ideas delirantes que frecuentemente, aunque no siempre, son de tipo somático.

En el depresivo psicótico se ve un desamparo primario, semejante a la respuesta infantil inerte ante la separación que aparece poco antes o poco después de que ocurre la diferenciación personal. Por lo tanto reconoce que este desamparo angustioso es una profunda regresión afectiva.

Cuando fallan las defensas ordinarias de la personalidad en un individuo que tal vez esté genéticamente predispuesto, reaparece esta situación infantil de desamparo, y eso

mismo genera también una gran parte de la autoestimación.

Aparecen ideas de suicidio que el paciente rumia, intentos reales de suicidio, intensos sentimientos de preocupación y culpa y un notable retardo del pensamiento y de la actividad psicomotora.

CRITERIOS DE LA DIVISION ENTRE
CRISIS DE MELANCOLIA Y ESTADO DEPRESIVO NEU-
ROTICO. ESCUELA EUROPEA; (2)

Crisis de Melanco-
lfa. Psicosis Depre-
sivas (tipo Endógeno)

Estado De-
presivo Neu-
rótico.

Etiopa-
togenia

Herencia
Factores Constitucio-
nales
Organogénesis

Anomalías del
desarrollo afec-
tivo. Factores, si-
tuaciones Psicogé-
nesis.

Semiología

Comportamiento auto-
agresivo.
Delirio de Autoacusa-
ción.
Sentimientos de depre-
sión vital
Insomnio.

Comportamiento Sey-
dosuicida.
Complejos de infe-
rioridad o de frus-
tración.
Sentimientos comple-
jos de angustia.
Conservación del sue-
ño.

Análisis
Estructu-
ral

Ruptura con la reali-
dad.
Falta de contacto afec-
tivo.
Crisis separada del con-
tinuum de la existencia.

Proyección en la rea-
lidad.
Búsqueda de contacto
Continuación de la
crisis con la orga-
nización neurótica
de la personalidad.

Psico-
análisis

Regresión masiva del
estado oral

Regresión parcial
del estado genital

Terapéutica

Buenas respuestas a los
antidepresivos

Indicación de la psi-
coterapia y de los an-
siolíticos.

SUICIDIO

Hay varios enigmas gigantes en la vida humana, el suici-
dio está entre ellos. Ninguno conoce realmente porqué el
ser humano termina con su vida; y algunas veces la perso-
na conoce menos de sus complicados motivos para su auto-
destrucción.

El suicidio es definido como:

El acto humano de autocastigo o un acto intencional de au-
todestrucción que abraza una multitud de estados motiva-
cionales conscientes e inconscientes, que al llevarlos a
la práctica terminan con la vida.

Historia:

La era moderna del estudio del suicidio, comenzó alrede-
dor de los primeros años del siglo veinte, con dos moti-
vos de investigación; el sociológico y el psicológico, a-
sociado con los nombres de Emile Durkheim y Sigmund Freud
respectivamente.

Durante los tiempos clásicos de Grecia, el suicidio fué
visto en varias formas filosóficas, en la clásica Roma,
en los siglos antes de la era Cristiana, la vida era pre-
servada más bien que valorada; es decir trataban de so-
brevivir que ponerse a pensar qué era la vida, a qué ve-
nían al mundo o el valor real de la existencia y entonces
el suicidio fué visto neutralmente o incluso positivamen-
te.(1)

Epidemiología

Estadísticas:

Estas muestran una variación bastante considerable en
cuanto a los motivos y la frecuencia de los suicidas;
en razón a numerosas variables; sexo, edad y coordenadas
socioeconómicas.

Sexo: En todos los estudios aparece una proporción de dos a cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de mujeres, por el contrario el intento de suicidio es dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

Edad: La frecuencia aumenta con la edad, excepcional antes de los doce años en la mayoría de los países occidentales, halla su máximo de frecuencia a partir de los sesenta y cinco.

Factores Socioeconómicos: Más raro en sujetos casados que en los solteros, en Estados Unidos más frecuente en la clase desfavorecida, aunque un estudio reciente de Senbuehler J. et al en Canadá realizado en 220 pacientes con intento de suicidio concluyó que "la proporción de serios intentos de suicidio disminuye de las clases altas a la más baja"(9)

En Japón la población adolescente ya llena estadísticas en relación a suicidio, probablemente debido a factores de competencia en la vida profesional - posterior.

La profesión del médico es más expuesta y así mismo es más frecuente en el medio urbano. Dentro de la profesión médica el psiquiatra tiene la más alta incidencia de suicidio. Freeman N. estudió las causas de muerte de los psiquiatras de los años 1895 a 1967 y encontró reportados 203 casos de suicidio según la American Medical Association. cincuenta y cuatro de ellos murieron durante cinco años antes de 1967. La mitad del número total se envenenaron, cincuenta y ocho murieron por arma de fuego y 3 de ellos mataron a su esposa previo el suicidio(10)

Factores Sociales: se ha tomado en cuenta el factor religioso y desde Durheim es clásico decir que los suicidios son más raros entre los católicos y los Judíos que entre los protestantes y los ateos, podrá ser cierto pero hay que tener en cuenta que puede suceder que los católicos declaren menor -

número de suicidios, precisamente por razón religiosa(2).

Psicología de los actos suicidas:

En casi todos los casos de suicidio hay prueba de una crisis, un conflicto, ambivalencias, motivaciones mixtas y de terminantes múltiples. Las situaciones que amenazan la continuidad de nuestro equilibrio mental, físico y social, constituyen fuentes de tensión. La persona sometida a ésta se siente desasosegada, molesta, penosamente tensa e incapaz de adaptarse.

Al comienzo, el suicidio aparece sólo como una entre muchas reacciones posibles, el individuo intenta las soluciones A-B-C-D y no experimenta mejoría alguna. Piensa en las soluciones E-F-G-H e I y no hay cambio favorable. Por último llega la solución "S": el S U I C I D I O;

Algunas de las fantasías inconscientes más importantes que contribuyen al suicidio, asumen la forma de deseos de la siguiente manera:

1. Un deseo fatigado de sensación, escape, dormir, muerte
2. Un deseo culposo de castigarse, sacrificarse, de reparar
3. Deseo Hostil de venganza, poder, control, asesinato.
4. Un deseo erótico de entrega apasionada, de tremendo éxtasis, de reunión con los muertos amados.
5. Un deseo esperanzado de vivir, de ser rescatado, de renacer, de comenzar de nuevo.

El suicidio suele estar asociado al fracaso, además tiende a haber un estrechamiento y una limitación del lapso y la capacidad yoica. A menudo el sentimiento de desesperanza es tan profundo que llega a transformarse en una falla cognoscitiva.

Hay incapacidad de aceptar ayuda por un exceso de amor propio o una actitud del tipo "todo o nada" frente a la vida que sugiere la idea de suicidio a una persona que debe enfrentar algún fracaso.

En todo suicidio, hay un factor social. El medio cultural, religioso y sociológico que constituye el contexto del suicidio, proporciona cierto significado en términos más específicos; el suicidio tiene lugar dentro de un nexo de relaciones interpersonales y comunica un mensaje las más de las veces, un desesperado pedido de A Y U D A.

Suicidio Depresivo:

Los depresivos expresan sus sentimientos diciendo "me siento vacío, enfermo, muerto, aterrado; "no puedo soportar el sufrimiento", "no tengo esperanza de que haya una mejoría".

En los depresivos hay cuatro signos de suicidio potencial:

1. Una actitud impaciente, agitada, que es necesario hacer algo.
2. Un plan suicida detallado y factible.
3. Orgullo, desconfianza y exagerada independencia, como signos caracterológicos.
4. Aislamiento, retraimiento, vivir solo o con alguien emocionalmente alejado, que de hecho, el paciente vive solo.

El acto suicida expresa a menudo en la acción "un conflicto entre el deseo de fracasar, denunciar y descansar por un lado y una exigente ambición por el otro" El acto expresa:

"Dejenme tranquilo. Lo siento pero no puedo hacer lo que ustedes quieren". "tengo que hacer lo que Yo quiero".(6)

Intento de Suicidio:

Aquellos que intentan el suicidio, en contraste con los que lo completan, tienden a ser jóvenes, solteras o mujeres divorciadas con relaciones interpersonales problemáticas y hostiles. Vinoda K.S en 50 casos de intentos

de suicidio encontró que 22 mujeres no estaban casadas, es decir 7 eran solteras, 9 separadas, 3 viudas y 3 con relaciones de hecho, la gran mayoría de ellas con relaciones maritales insatisfactorias(11)

El que intenta el suicidio es usualmente "deprimido, hostil e inmerso en una red de relaciones interpersonales que son frustrantes y mal adaptadas".

Sus recursos de personalidad son inadecuados para poder contra la opresión, los sentimientos hostiles y depresivos. Y es cuando sus defensas fallan y la formación de síntomas se derraman o recaen sobre el "acting out"

El intento de suicidio puede ser visto como el resultado de una falla para ejecutar formas más modernas de defensa psicodinámica y como una forma de acting out.

El intento de suicidio sirve para múltiples funciones, incluyéndose como medio de comunicación del individuo sin esperanza que espera movilizar a su alrededor a personas, incluyendo a profesionales de la salud mental, para velar por su existencia(7).

Consideraciones acerca de los intentos de suicidio en la depresión:

El psicoterapeuta debe preguntar al paciente deprimido si tiene impulsos o pensamientos suicidas. Algunos recelan hacerlo por miedo a plantear este pensamiento de "novo" en la mente del paciente. Los pacientes aprecian esta pregunta como una expresión de interés, particularmente si el examinador explica, que el pronóstico en la depresión es bueno y que no quiere daños o hacer fallar al paciente antes de probar que esto es posible.

A menudo el paciente presiona para descargar y evidenciar ningún interés en el cuidado psiquiátrico. Uno puede dibujar una impresión superficial de mejoría climática

nica y una liberación probable a una intolerable e incambiable situación de la vida. El resultado es una tasa elevada no usual de suicidios en este grupo de pacientes. El contacto clínico debe ser mantenido por lo menos seis meses, período máximo de peligro suicida.

Uno a menudo escucha el cliché: "el período de mejoría de la depresión es el tiempo mayor de peligro suicida". Hay un pequeño grano de verdad en el sentido que algunos pacientes, están inmovilizados por ausencia de energía y manejo, que éstos síntomas de resivos ejercen alguna función de SALVAVIDAS.

Paykell E.S. et al, hizo un seguimiento de pacientes deprimidos, 189 en total, durante 10 meses, habiéndose presentado durante este período 13 casos con intentos de suicidio, habiendo a su vez fallecido uno de ellos. Aunque el número es pequeño, se hace constar en dicho estudio que hubieron más personas con intentos de suicidio, pero que no fueron comprobados fielmente por los investigadores.

Es erróneo considerar la depresión clínica como la sola e incluso la mayor causa de suicidio. Aunque sí hay estudios que demuestran mayor relación entre la depresión y los intentos de suicidio. En 50 casos de suicidio estudiados por Vinoda K.S. éste encontró como causa principal depresión, 18 casos de depresión psicótica y 3 de depresión neurótica o sea el 42% del total. (11).

En un hospital general, el paciente delirante por un estado postoperatorio o que sufre de algún desorden tóxico metabólico, presenta el más grande riesgo de suicidio, pudiéndolo llevar a cabo, particularmente de noche. Los esquizofrénicos pueden mutilarse por creencias delusionales y los histéricos propensos a gestos suicidas pueden morir accidentalmente.

Con delusiones de pecado, culpa, poca valoración de sí mismos y desesperanza, el suicidio fácilmente se lleva a cabo.

El paciente puede concluir que este provee la solución a todo lo que sucede. Una gran proporción de pacientes tienen ideas suicidas y se refieren a ellas por implicación.

El paciente habla de dejar todo en orden, suele hacer el bien, visita a sus amigos una vez más, llevándolos a donde le gustaría ser sepultado o deseando alegría a ciertas personas en el futuro. Otros hablan directamente de un deseo de morir o intentar cometer suicidio. Algunas veces planean bien el acto, dejan en orden sus asuntos y escriben una nota suicida, en ocasiones la nota viene a ser una novela llena de MADUREZ (1)

A continuación se presenta un acróstico con los síntomas previos al suicidio:

- S Sentimientos de culpa, soledad y omnipotencia.
- U Unión fantaseada con seres queridos después de la muerte.
- I Ideas, sentimientos y planes de autodestrucción.
- C Cansancio, irritabilidad y amenazas suicidas. Anorexia
- I Insomnio, ansiedad, llantos, incomunicación.
- D Devaluación, desesperanza y desinterés. Rechazo a la ayuda.
- I Imposibilidad para ver otras soluciones. Gradual o brusco deterioro del equilibrio emocional
- O Odio a otros y a sí mismo, autoacusaciones.

Prevención del suicidio.

Básicamente debe crearse un centro de Prevención del Suicidio.

cidio para evaluar, canalizar, tratar, observar y prevenir la conducta suicida.

Deben cumplirse cuatro metas específicas:

1. Metas clínicas: salvar vidas.
2. Metas de investigación para desarrollar nuevos conceptos, hipótesis e investigaciones relativas al fenómeno del suicidio.
3. Metas de adiestramiento y educación.
4. Metas de prevención primaria y salud pública(13).

PRESENTACIONE DE RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos en la Investigación realizada, presentando primeramente, las relaciones entre la Depresión con las variables tomadas en cuenta, a saber: edad, sexo, causas, ocupación, así mismo con las Ideas y los Intentos de Suicidio.

CUADRO No. I

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
14-19	21	14.00
20-25	22	14.66
26-31	25	16.66
32-37	19	12.66
38-43	13	8.66
44-49	20	13.33
50-55	13	8.66
56-61	6	4.00
62-67	4	2.66
68-73	6	4.00
74-79	1	0.66
TOTAL	150	100.00

DEPRESION Y SU RELACION CON LA EDAD

CUADRO No. II

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Femenino	117	78.00
Masculino	33	22.00
TOTAL	150	100.00

Depresión y su relación con el sexo.

CUADRO No. III

CAUSAS	NUMERO	PORCENTAJE
1. Pérdidas	17	8.41
2. Sociofamil	100	49.50
3. Económicas	14	6.83
4. Sociales	18	8.81
5. Biológicas	22	10.88
6. Psicobiológ.	31	14.85
TOTAL	202	100.00

DEPRESION Y SU RELACION CON CAUSAS

CUADRO No. IV

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
1. O. Domésticos	72	48.00
2. Estudiantes	28	18.66
3. Modistas	8	5.33
4. Otros	8	5.33
5. Agricultores	8	5.33
6. Secretarias	7	4.66
7. Comerciantes	5	3.33
8. Obreros	4	2.66
9. Maestras	4	2.66
10. Enfermeras	3	2.00
11. Sin ocupación	3	2.00
TOTAL	150	100.00

DEPRESION Y SU RELACION CON LA OCUPACION.

INTENTOS	CUADRO No. V		PORCENTAJE
	IDEAS	TOTAL	
32	35	67	44.66
TOTAL DE PACIENTES		150	100.00

No. DE PACIENTES DEPRIMIDOS CON IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO.

Seguidamente expondremos los resultados de la Investigación que conciernen a la relación de las ideas e intentos de suicidio con la variables tomadas en cuenta, a saber: edad, sexo, ocupación.

CUADRO No. VI.

EDAD	INTENTOS DE SUICIDIO
14-19	17
20-25	4
26-31	6
32-37	18
38-43	2
44-49	1
50-55	3
56-61	1
62-67	-
68-73	-
74-79	-
TOTAL	52

INTENTOS DE SUICIDIO EN RELACION CON EDAD.

CUADRO No. VII

SEXO	INTENTOS DE SUICIDIO
Femenino	40
Masculino	12
No. Total de intentos	52

INTENTOS DE SUICIDIO EN RELACION CON SEXO

CUADRO No. VIII

OCUPACION	INTENTOS DE SUICIDIO
1. O. Domésticos	15
2. Estudiantes	10
3. Modistas	2
4. Otros	2
5. Agricultores	1
6. Secretarias	5
7. Comerciantes	3
8. Obreros	-
9. Maestras	5
10. Enfermeras	2
11. Sin ocupación	7
Total	52

INTENTOS DE SUICIDIO EN RELACION A OCUPACION

CUADRO No. IX

SEXO	IDEAS DE SUICIDIO
14-19	8
20-25	8
26-31	3
32-37	12*
38-43	6
44-49	5
50-55	6
56-61	2
62-67	-
68-73	1
74-79	-
TOTAL	51

IDEAS DE SUICIDIO EN RELACION CON EDAD

CUADRO No. X

SEXO	IDEAS DE SUICIDIO
FEMENINO	36
MASCULINO	15
No. TOTAL DE IDEAS	51

IDEAS DE SUICIDIO EN RELACION CON SEXO

CUADRO No. XI

OCUPACION	IDEAS DE SUICIDIO
1. O. Domésticos	18
2. Estudiantes	7
3. Modistas	1
4. Otros	6
5. Agricultores	3
6. Secretarias	7
7. Comerciantes	6
8. Obreros	-
9. Maestras	3
10. Enfermeras	-
11. Sin ocupación	6
TOTAL	51

IDEAS DE SUICIDIO EN RELACION CON OCUPACION

ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se analizarán los resultados obtenidos en la investigación y que han sido mostrados en los Cuadros de Presentación de Resultados.

CUADRO No. 1

DEPRESION Y SU RELACION CON LA EDAD:

En este cuadro podemos observar que el grupo etario comprendido entre los 26-31 años, es el de mayor incidencia de casos de Depresión, siendo el número de casos 25, correspondiendo al 16.66% del total, que son 150 casos. Le sigue el grupo comprendido entre las edades de 20-25 años, la cual acusa una población de 22 casos representantes del 14.66% del total. A continuación tenemos el grupo de los 14-19 años, que muestra una incidencia de 21 casos que equivalen al 14.00%.

Asimismo el grupo etario de 44-49 años tiene una incidencia de 20 casos representando el 13.33% del total de los casos.

Globalizando números podemos decir que el grupo de los 14 a los 31 años, es decir nuestra población joven tiene la mayor incidencia de casos de depresión, siendo este número de 68 que representa el 45.32% del total investigado.

De la misma forma el grupo comprendido entre los 32 y 55 años, acusa una incidencia de 65 casos, equivalentes al 43.33% del total.

Luego el grupo entre los 56 y 79 años que tiene 17 casos que equivalen al 11.33% del total.

CUADRO No. II

DEPRESION Y SU RELACION CON EL SEXO

Este cuadro nos muestra la incidencia de los casos de De-

presión tanto en el sexo femenino como en el masculino, habiendo obtenido los datos siguientes:

Podemos observar que del total de pacientes investigados; 150; un número de 117 corresponde al sexo femenino equivalente al 78.00%

Asimismo el sexo masculino acusa una población de 33 casos correspondiendo al 22.00% del total de los casos.

CUADRO No. III

DEPRESION Y SU RELACION CON LAS CAUSAS QUE LAS MOTIVA

Antes de entrar al análisis de los resultados obtenidos en esta variable queremos exponer los criterios tomados en cuenta, para globalizar las diferentes causas encontradas, en las seis que se encuentran numeradas en el cuadro.

1. Pérdidas: aquí tomamos como pérdida toda muerte acaecida que hubiese influido al paciente, v.g; de un familiar, esposo, hijo, madre, padre, etc.
2. Causas Sociofamiliares: causas tales como: separación conyugal, o familiar, divorcio, problemas en el noviazgo y desadaptación al hogar o al estudio.
3. Causas Económicas: Se tomó en cuenta la pobreza, los problemas de tipo laboral, problemas derivados de la pérdida de dinero o bienes materiales, etc.
4. Causas Sociales: Relacionadas con vivienda, religión, drogadicción y aquí se incluyó el terremoto.
5. Causas biológicas: Enfermedad, edad, deformidades físicas, etc.
6. Causas Psicobiológicas: insatisfacción sexual, impotencia, homosexualidad, inseguridad, complejo de in-

ferioridad y la baja estima de sí mismo.

Podemos observar en nuestro cuadro que las causas Sociofamiliares acusaron el mayor número de causas incidentes en la Depresión.

Queremos aclarar que el número total de causas no coincide con el número de pacientes ya que en el 85% de los casos existía más de una causa.

Dicho total es de 202 causas, encontrando entre las Sociofamiliares 100 que equivalen al 49.50% del total.

A continuación las causas psicobiológicas acusaron un número de 31, correspondientes al 14.85%. Siguen las causas biológicas en número de 22, siendo este número equivalente al 10.88%.

Las causas sociales arrojan un número de 18 igual al 8.81%, las pérdidas 17 igual al 8.41% y por último tenemos las causas económicas con un número de 14 equivalente al 6.83% del total.

CUADRO No. IV.

DEPRESION Y SU RELACION CON LA OCUPACION DEL PACIENTE

En dicho cuadro, vemos que la ocupación de Oficios Domésticos posee la mayor incidencia de casos de depresión, siendo el número de 72 que corresponde al 48.00% del total.

Luego la ocupación Estudiante arroja un número de 28 casos, que equivale a un 18.66%. Modistas, agricultores y otros* tienen 8 casos cada uno que representa el 5.33% Secretarías 7 casos equivalentes al 4.66% luego los comerciantes con un número de 5 igual al 3.33%.

Maestras y obreros arrojan 4 casos cada uno, equivalentes

do al 2.66% y del grupo con menos casos es el de Enfermeras y Sin Ocupación con una incidencia de 3 casos cada uno, correspondiendo al 2.00% del total.

*Otros: se refiere a pacientes cuya profesión no pudo ser enmarcada en las otras por ser casos únicos tales como: músico, perito Contador, etc.

CUADRO No. V

NUMERO DE PACIENTES DEPRIMIDOS CON IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO.

Del número total de pacientes (150), se encontró que 67 de los mismos tenía ideas o había hecho intentos de Suicidio. Esto equivale al 44.66% del total.

Dicho número se dividía así: 32 con intentos y 35 con ideas.

CUADRO No. VI.

INTENTOS DE SUICIDIO EN RELACION CON LA EDAD:

En este cuadro podemos observar que el grupo etario comprendido entre los 32-37, tienen una incidencia de 18 intentos. A continuación se encuentra el grupo de 14-19 años con un número de 17 intentos.

Le sigue los grupos de 26-31 y de 20-25 con 6 y 4 intentos respectivamente. Podemos observar que de los 38 a los 79 años son mínimos los intentos o nulos.

Queremos aclarar que el total de los intentos es de 52 ya que se tomó en cuenta el número total de intentos por paciente, por lo que lógicamente no concordará el número de intentos con el número de pacientes con Intentos de Suicidio.

Atreviéndonos a sacar un promedio de intentos por paciente, diremos que este promedio es de 1 intento.

CUADRO No. VII

INTENTOS DE SUICIDIO CON RELACION A SEXO

Este cuadro nos muestra que el sexo femenino acusa un número de 40 intentos. Asimismo que el sexo masculino solamente 12 intentos.

CUADRO No. VIII

INTENTOS DE SUICIDIO EN RELACION CON OCUPACION

En este cuadro vemos que la ocupación de Oficios Domésticos ocupa el primer lugar con un número de 15 intentos; seguidamente el grupo Estudiantes arroja un número de 10 intentos.

El grupo de los sin ocupación posee un número de 7; luego el grupo de maestras y secretarias con 5; comerciantes con 3; modistas, enfermeras y otros con 2; agricultores con 1 y por último los obreros no presentaron ningún intento de suicidio.

CUADRO No. IX

IDEAS DE SUICIDIO EN RELACION CON LA EDAD

Podemos observar que dicho cuadro muestra que el grupo etario comprendido entre los 32-37 años, ocupa el primer lugar en cuanto a ideas de suicidio con un número de 12. "Nota en este grupo había una paciente que refirió a quien hizo la investigación que tenía un año y 3 meses de pensar diariamente en suicidarse, esto ocurría al ver pasar carros por las calles o al pasar ella por un puente al ir al trabajo.

Aquí también se tomó en cuenta el número total de ideas de los pacientes, por lo que el total no es igual al número de pacientes con ideas suicidas. El promedio de ideas es de 1 por cada paciente.

A continuación siguen los grupos etarios de 14-19 y 20-25 con 8 para cada grupo. Luego a medida que disminuye la edad, van disminuyendo las ideas de suicidio.

CUADRO No. X

IDEAS DE SUICIDIO EN RELACION CON SEXO.

Aquí el cuadro nos muestra que el sexo femenino ocupa el primer lugar en cuanto a ideas de suicidio con un número de 36 y que el sexo masculino solamente presenta 15 ideas.

CUADRO XI

IDEAS DE SUICIDIO EN RELACION CON OCUPACION

Podemos observar que el grupo de ocupación Oficios Domésticos, muestra la mayor incidencia de ideas con un número de 18, le siguen el grupo de Estudiante y Secretarias con 7; luego los grupos, comerciantes y otros con un número de 6, maestras y agricultores con 3, luego modistas con 1 y finalmente obreros y enfermeras no tuvieron ideas de suicidio.

ANALISIS GLOBAL

1. Nuestra población joven comprendida entre los 14 y los 31 años de edad acusa un porcentaje de 45.32 de casos de Depresión.
2. Dentro de la población anterior al grupo más afectado es el de los 26 a los 31 años con un 16.66%
3. La depresión tiene su menor porcentaje a medida que la edad va aumentando.
4. El sexo femenino muestra mayor incidencia de cuadros depresivos en un 78.00%
5. Las causas sociofamiliares inciden en un 49.50% en los casos de depresión.
6. La depresión se presenta en un 48.00% en la ocupación Oficios Domésticos.
7. En el grupo de estudiantes la depresión se manifiesta en el 18.66% de los casos.
8. Las ideas e intentos de suicidio se encuentran en el 67% de los casos.
9. El grupo etario comprendido entre los 32-37 años es el que muestra mayor incidencia de casos de Ideas e Intentos de Suicidio.
10. Nuevamente la población juvenil acusa un elevado número de ideas e Intentos de Suicidio.
11. En las personas de mayor edad(50-79) las ideas y los intentos de suicidio van disminuyendo hasta hacerse nulos.
12. El sexo femenino acusa el mayor número de casos con ideas e intentos de suicidio.

13. El grupo de población Oficios Domésticos presenta la mayor incidencia de ideas e intentos de suicidio.
14. Los estudiantes ocupan el segundo lugar en cuanto a ideas e intentos de suicidio se refiere.
15. El grupo sin ocupación ocupa el tercer lugar en cuanto a la incidencia de ideas e intentos de suicidio.
16. Las Secretarias ocupan el cuarto lugar en la incidencia.

CONCLUSIONES

1. En nuestro medio al igual que en otras latitudes, los problemas de tipo socio económico político afectan en gran proporción al individuo y lo llevan al Cuadro Depresivo.
2. En especial las causas socio familiares son las que mayor incidencia presentan.
3. En la mujer guatemalteca prevalece el cuadro en un 78.00%
4. En el núcleo de población joven guatemalteca, el cuadro depresivo se hace más evidente.
5. Los pacientes que tienen la ocupación de oficios domésticos y los estudiantes son los que están más afectados con la sintomatología depresiva.
6. En nuestra población depresiva, las ideas e intentos de suicidio se hacen presentes en el 67.00% de los casos.
7. En el núcleo de población joven guatemalteca, se presentan con mayor incidencia, las ideas e intentos de suicidio.
8. Comparando a la población guatemalteca con la de los países desarrollados, encontramos que tanto aquí como en éstos, el sexo femenino tiene una incidencia mayor de ideas e intentos de suicidio.
9. Los grupos ocupacionales oficios domésticos y estudiantes son los más afectados en cuanto a las ideas de intento de suicidio.
10. La melancolía Involuntiva, en la que los pacientes son de edad adulta(55 o más años) tiene en el estudio un 11.31% del total; lo cual significativo de que en Guatemala la población no llega a senil por diferentes circunstancias.

11. En la población adulta vieja de Guatemala(55 o más años) estudiada, se encontró 1.92% de intentos de suicidio y 5.80% de ideas de suicidio.
12. En Guatemala la población adulta vieja, no es comparativa con la población adulta vieja de países desarrollados, ya que en estos países la Melancolía Involuntiva es la entidad clínica en la que hay un mayor porcentaje de ideas e intentos suicidas.
13. Las ideas e intentos de suicidio son consecuencia del cuadro depresivo y sirven como solución final a los problemas del paciente.

RECOMENDACIONES.

1. Darle importancia al campo psicológico de la multicausalidad de factores que llevan a enfermedad mental.
2. Poner énfasis en la búsqueda de aspectos emocionales que hacen que un paciente busque ayuda médica, pero que no les declara por sí mismo, debido al tabú que aún existe en nuestro medio en cuanto a la ayuda psiquiátrica.
3. Respetar al paciente que acude a una institución hospitalaria, luego de intentar un suicidio, buscando la mejor ayuda para que se llegue a la causa, de tal comportamiento, haciendo referencia al especialista de la salud mental.
4. Inculcar al estudiante de Medicina la importancia de conocer entidades clínicas psiquiátricas, tal como la depresión para un mejor manejo de estas en su práctica privada.
5. Promover a nivel multidisciplinario, la creación de un centro de prevención del Suicidio.
6. Estimular en el estudiante el interés por las Ciencias de la Conducta y especialmente por el estudio del comportamiento del ser humano dentro de una sociedad mentalmente enferma.

BIBLIOGRAFIA.

1. KAPLAN(HAROLD I.) FREEDMAN(ALFRED M), SADOCK(BENJAMIN L.)
Comprehensive Textbook of Psychiatry II. Second Edition
pp 813.1050 volume I,1258 and Chapter, Psychiatric Emergencies Volume II.
2. EY HENRY, BERNARD P. BRISSET CH. Tratado de Psiquiatría, Séptima edición 1975. pp 218-219,227-229,235,239,921.
3. GREGORY IAN. Psiquiatría clínica, Segunda Edición 1970, pp. 393,400.-
4. NOYES, KOLB, LAWRENCE C. Psiquiatría Clínica Moderna, Cuarta Edición, 1971, pp 378-387,389,397,398,401-403.
5. OCHAETA B de. Psicosis Manicod depresivas, Documento No. 8 Facultad de Ciencias Médicas. U.S.A.C.
6. ABT. L.T. and WISSMAN S.L. Teoría y Clínica de la actuación (Acting Cut. Primera edición 1967. pp 98-99,102-103.
7. WEISSMAN MYRNA. FOX KAREN AND KLEIMAN GERMAN. Hostility and Depression asociated with Suicide Attempts. Teh American Journal of Psichyatry pp 452-454. Volume 130 No.4 April 1973.
8. KIELHOLS P. Oppening Adress: Diagnostic Aspects in the treatmente of Depression. Depressive Illnes. Diagnosis, Assessment, Treatment. Hanshuber Publishers, Ben Stuttgart. Viena, 1972, pp.11-12
9. SENDBULHER J.M. Bernsten J. and NEMETH G. Attempted Suicide and Social Class. Parte I. Canad Psych Associa-tion Journal Vol. 17 SS-II 185-190,1972.
10. FREEMAN N. Psychiatrist who kill themselves: a study in suicide. Amer Journ Psychia. 124:846-7 Dec. 67.
11. VINODA K S. Personality of a attempted suicide. Brit Jour

biografía.....

Psychy.112:1143-50 Nov. 66

PAYKELL E.S. et al. Suicide Attempts following Acute Depression.

ZUÑIGA SANTIAGO. La prevención del Suicidio. Symposium 33. Psychiatry 2, Proceeding of the V World Congress of Psychiatry, México D.F. 1971.pp.

Hospital "Dr. Carlos Federico Mora", Archivo y Sección Estadística.

Luis M. Alvarez
Dr. LUIS MANUEL ANGEL ALVAREZ SEANURA

[Signature]
esor
OS LAYLLE

Rodolfo Kepfer
Revisor
DR. RODOLFO KEPFER

[Signature]
ase III
LEON M.

[Signature]
Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO R.

No. Bo.

[Signature]
Decano