

DEPRESIÓN INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

Aspectos conceptuales
y herramientas para enfermería

Facultad de Enfermería

Margarita Garay Albarracín
Beatriz Capezzuto Castro
Álvaro Díaz Ocampo
Luz Vázquez Trinidad
Mariela Balbuena Camacho
Cecilia Luquez Galeano
Rossana Freiria Sosa

COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE

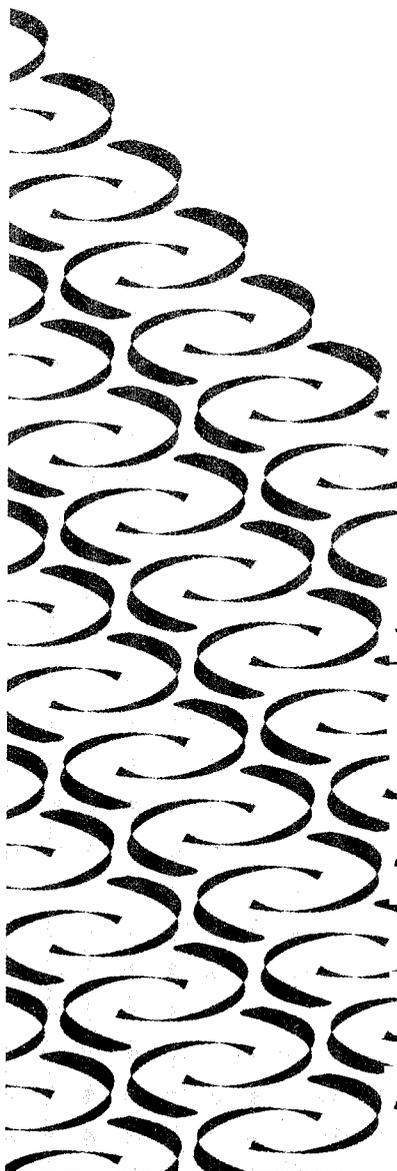


ÁREA CIENCIAS
DE LA SALUD

SD

DEPRESIÓN. INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

Aspectos conceptuales y herramientas
para enfermería



Rector de la Universidad de la República
Dr. Roberto Markarian

Comisión Sectorial de Educación Permanente (CSEP)
Prof. Marcos Supervielle (Presidente) / Ing. Agr. Mario Jaso (Director de la Unidad Central de Educación Permanente-UCEP) / Cr. Antonio Fraga (Área Ciencias Sociales y Artísticas) / Mg. Lic. Luisa Saravia (Área Salud) / Ing. (PhD) Rafael Terra (Área de las Tecnologías y Ciencias de la Naturaleza y el Hábitat) / Ing. Agr. José Luis Álvarez (Regional Norte) / Dra. Beatriz Goñi (Orden Docente) / MsC. Mario Piaggio (Orden Egresados) / Mg. Arq. Roberto Langwagen (Secretario)

Decano o Director del servicio al que pertenece la publicación
Prof. Esp. Lic. Mercedes Pérez

Encargado de Educación Permanente del servicio
Mag. Josefina Verde

Responsable académico de la publicación
Prof. Esp. Margarita Garay Albarracín

Diseño Gráfico
C. Espinosa, A. Folga y R. Rodríguez

Corrección de estilo
María Soledad Menéndez y Érika Geymonat

Puesta en página
Analía Gutiérrez

Fecha de publicación: febrero de 2015

Cantidad de ejemplares: 300

ISBN: 978-9974-0-1176-2

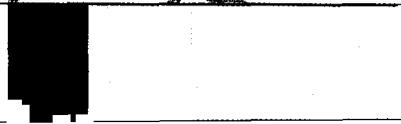
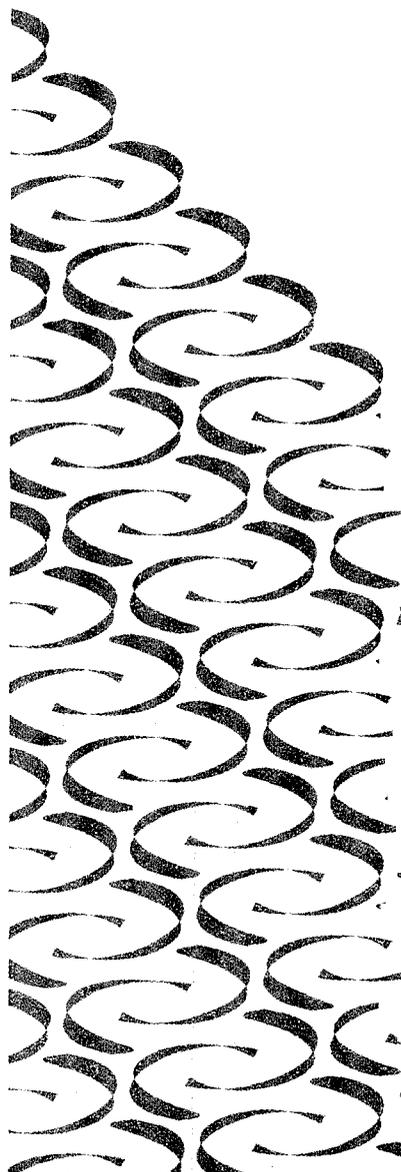
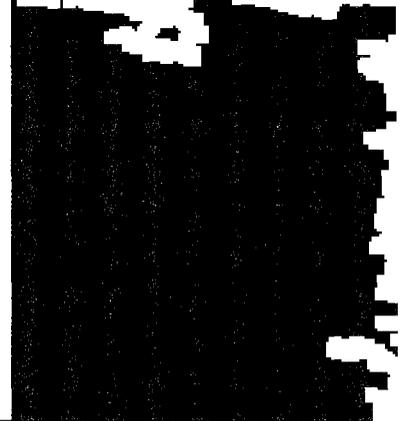
Esta publicación fue financiada por la Comisión Sectorial de Educación Permanente
Editada por Ediciones Universitarias
(Unidad de Comunicación de la Universidad de la República-Ucur)

DEPRESIÓN. INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

Aspectos conceptuales y herramientas
para enfermería

Facultad de Enfermería

Margarita Garay Albarracín
Beatriz Capezzuto Castro
Álvaro Díaz Ocampo
Luz Vázquez Trinidad
Mariela Balbuena Camacho
Cecilia Luquez Galeano
Rossana Freiria Sosa



PRÓLOGO	9
CAPÍTULO 1. EL SUJETO EN LA CULTURA ACTUAL	11
CAPÍTULO 2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	23
CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN	41
CAPÍTULO 4. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y EN LA MUJER	49
CAPÍTULO 5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, TRATAMIENTO	55
CAPÍTULO 6. ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA FAMILIA DEL USUARIO CON DEPRESIÓN. EQUIPO DE SALUD	65
CAPÍTULO 7. DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y POSPARTO	73
CAPÍTULO 8. DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA	81
CAPÍTULO 9. MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL ABORDAJE DEL RIESGO SUICIDA DESDE ENFERMERÍA	91
CAPÍTULO 10. EL PROCESO DEL CUIDADO A UN NIÑO O ADOLESCENTE QUE REALIZA UN INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN	99

PRÓLOGO

Esta publicación sobre depresión es el resultado del esfuerzo docente de la cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Recoge seguramente la experiencia docente acumulada a través de años de formación en el tema de depresión e intento de autoeliminación, aspectos conceptuales, proceso de atención, aportando elementos teóricos y epidemiológicos para una mejor comprensión de la problemática.

Problemática que se hace sentir mundialmente y en nuestro país con incidencia tal que preocupa y ocupa a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y del Programa Nacional de Salud Mental, así como a los efectores de salud tanto públicos como privados y a los centros de formación de recursos humanos para la salud, como en este caso la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

El libro consta de once capítulos: desde el concepto de depresión, sus indicadores, el abordaje de enfermería, hasta actividades de prevención.

El propósito de esta publicación apunta sin duda a ofrecer lineamientos para el abordaje integral del equipo de enfermería acerca del problema de la depresión en distintos ámbitos y a lo largo del ciclo vital.

Me resulta muy grato poder agradecer a los autores por la oportunidad de revisar los contenidos de este ejemplar cuya lectura seguramente ayudará a enriquecer la praxis de enfermería de estudiantes, docentes y de quienes trabajamos a diario con personas que sufren depresión o intentan quitarse la vida.

Poder promover interacciones más sanas de enfermería profesional y auxiliar con personas o familias que cursan este sufrimiento con consideración y respeto, sin censura y con afecto, que seguramente es lo que más necesitan y esperan del personal de salud.

En todas las sociedades, cada profesión delimita su campo de competencias a desarrollar, en el caso de enfermería, los cuidados se convierten en el objetivo de la profesión.

Compartimos con Benavent (2001)¹¹ el proceso de cuidados «como una forma de pensar y de hacer que requiere un soporte metodológico que configure un orden a las acciones»

Cuando se aborda el trabajo de cuidar en enfermería en salud mental, es necesario contar con un modelo conceptual y con metodología científica.

Para Hildegard Peplau²² el proceso de cuidar es interpersonal, terapéutico centrado en la comunicación y pasa por una serie de etapas,

Rescatar el pensar y el sentir en la praxis de enfermeros con usuarios, personas que cursan depresión y sus familias, creo que debe constituir un objetivo primordial de la atención en salud mental.

Mi reconocimiento a los autores de esta publicación, con quienes tuve el privilegio de trabajar: Luz, Álvaro, Beatriz y uno muy especial a mi colega y amiga Margarita Garay.

María del Rosario Gularte Alborno

Enfermera licenciada especialista en enfermería en salud mental y enfermería comunitaria.

-
- 1 Benabent, A. en Daniel Leno González: «Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural». *Gazeta de Antropología* 2006, 22, artículo 32 · disponible en: <<http://hdl.handle.net/10481/7118>>. Versión HTML y PDF Consulta 10/12/2014.
 - 2 Peplau H E. *Relaciones interpersonales de Enfermería: Un marco de referencia conceptual para la Enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat, 1990.

EL SUJETO EN LA CULTURA ACTUAL

BEATRIZ CAPEZZUTO CASTRO

Como introducción al tema depresión es importante desarrollar previamente algunas ideas y conceptos que permitan contextualizar al sujeto en la cultura actual. El ser humano, además de ser complejo, es singular; esta singularidad proviene de su recorrido a través de vínculos, crisis, conflictos y procesos, entre otros de los tantos avatares que se dan a lo largo de su desarrollo. Es necesario explicitarlos para de esta forma aprehender al sujeto desde la salud mental y desde una serie de afecciones de las que puede verse afectado a lo largo de su vida, entre ellas la que compete a este texto: la depresión.

El sujeto

Resulta interesante marcar la diferencia entre los conceptos de 'sujeto' e 'individuo', para de esta forma entender la complejidad del ser humano.

La etimología de la palabra *sujeto* da una comprensión mayor del carácter de unicidad. Proviene del latín y significa «es sujetado a». Cada persona, a lo largo de la vida, va generando distintas sujeciones, las que van a incidir ordenando y dirigiendo el pensar de cada uno de nosotros.

Es diferente de *individuo*, ya que se le llama de esta forma a un objeto de la naturaleza con características de la especie. Por lo tanto, de acuerdo con esta explicación todos los individuos serían iguales. Sin embargo, el sujeto es más que eso, es una construcción, es un hecho discursivo, una singularidad. Cada uno con su peripecia subjetiva (Viñar, 2002).

Al nacer, a diferencia de otros animales, se está indefenso, totalmente dependiente; es por eso que al hablar de *infans* se habla de prematuridad, y es a partir de ahí que cada uno se va haciendo, se va construyendo en el encuentro con los otros. El vínculo (*vinculum*, del latín, 'atar', 'unir') es fundante de las estructuras mentales, y a su vez es su sostén. En la familia se dan los primeros vínculos, que son fundamentales para la peripecia posterior del sujeto. La familia es matriz, y el primer socializador del sujeto.

La prevención de los trastornos mentales se inicia en el comienzo, en ese encuentro con los primeros vínculos; continuándose en el devenir de cada sujeto. Se atraviesa por conflictos y se transita en vínculos intra e interpersonales.

La vida no existe sin conflictos, la importancia está en la forma en que se enfrentan. La capacidad de transformar, de tolerar la tensión entre lo deseable y lo alcanzable habilita aspectos de madurez.

La capacidad de espera, la tolerancia a la frustración, como también la posibilidad de estar a solas sin sentirse solo son elementos fundamentales que hablan de la salud mental del sujeto y de su posicionamiento en los distintos acontecimientos a lo largo de la vida.

El contexto sociocultural y político en el que se da nuestra crianza, así como el desarrollo de nuestras vidas, tiene un papel significativo en el sufrimiento y la sensibilidad actual, por lo que es importante detenernos en ese punto.

Época de posmodernidad y su incidencia en el sufrimiento y la sensibilidad actual

La época en la que vivimos corresponde a lo que se ha dado en llamar cultura *de la posmodernidad o modernidad tardía*. Distintos autores hacen referencia a ella como cultura de lo instantáneo, cultura del zapping, entre otras acepciones. Castells (apud Capezzuto, 2002) afirma, con respecto a ella, que casi todo es instantáneo y efímero y Grompone (apud Capezzuto, 2002) habla de «aceleración de la historia». Todo esto hace referencia a la rapidez con la que los cambios se suceden, el bombardeo de estímulos e información que dificulta su «metabolización».

Viñar (2002) habla de cómo este bombardeo de la información «adelgaza al narrador», incidiendo sobre el espesor psíquico, siendo este un elemento fundamental para la salud mental del sujeto.

En las últimas décadas son múltiples los cambios culturales, sociales y económicos determinados por los avances técnicos y científicos. Los medios de comunicación, la televisión, permiten que vivamos en el mismo instante lo que está ocurriendo al otro lado del mundo.

La economía ha incrementado las desigualdades y generado el fenómeno del multiempleo, lo que habla de una inestabilidad económica y laboral en la cultura occidental.

En las familias se han dado transformaciones, y en las últimas décadas se ha dado una caída de la institución matrimonial pasando los divorcios a ser 1 cada 2,8 matrimonios (Filgueira apud Gil y Núñez, 2003).

Esta situación ha llevado a que pueda presentarse una nueva realidad en la que los hijos se encuentran implicados: más de un hogar y nuevos integrantes en la familia por parte de ambos miembros de la pareja parental.

Porzecanski (apud Capezzuto, 2002) con respecto a estos tiempos habla de cómo la cultura del consumo determina estilos de vida pautados por incorporación de estereotipos, dándose «prácticas de consumo cada vez más divorciadas de las necesidades básicas» y «sostenidas por la fuerza simbólica de los productos en tanto representan valores

absolutos tales como la “belleza”, “el bienestar”, “la salud”, “la vida” que imaginariamente se adquieren con ellos» Porzecanski (apud Capezzuto, 2002).

Todos estos cambios tienen incidencia en un incremento de la incertidumbre. Es tal la importancia que ha pasado a tener en los tiempos que vivimos que J. Puget la concibe «como un estado psíquico inherente a la naturaleza humana, a lo vincular, que da cuenta de lo imprevisible, también estructuralmente humano» (2002). Dice del hombre actual: «se ve además marcado por un sufrimiento ligado a lo impredecible y a sus vicisitudes». Habla de la perplejidad: «da cuenta de un estado de la mente que se instala a partir de una conmoción producida por algún evento sorpresivo que enfrenta al sujeto y a los conjuntos con infinitas alternativas junto con un imperativo: hay que tomar decisiones» (Puget, 2002), como un estado de perturbación del pensamiento que puede derivar en parálisis o inhibición para la acción.

Cabanne (apud Capezzuto, 2002) al hablar de la incidencia de esta cultura en la realidad psíquica del sujeto dice que esta «dinámica del instante tiene un correlato en las patologías de identificaciones inmediatas (adicciones, perversiones) y de «identificaciones megalomaniacas»: uso adictivo de la moda en la que la identidad es extrínseca al sujeto».

Galende (1997) habla de nuevos caracteres subjetivos:

- Pasivización de las personas respecto de la cultura y la vida social y su incidencia en las actividades reflexivas y de «subjetividad» más volcada hacia sí mismo, lo que lleva a un aislamiento.
- Sometimiento a estímulos desde la pasivización. La vida pasa a ser la vida de los otros (actores, *Gran Hermano*, etcétera).
- Maquinización de los vínculos con el otro.
- Superficialidad de los afectos, sensibilidad impostada, compulsión a hacer, entre otros.

Galende sostiene además que estas son características que se están dando y que lo que alarma es su crecimiento.

En lo dicho por varios de estos autores podemos ver la incidencia de los cambios en la subjetividad. Lo que nos alerta sobre su manejo, sobre cómo se instrumentalizan, lo que comienza desde la crianza.

Además, como dice M. Viñar (2002), estamos en una época de transición, y esta aún no se ha logrado asir del todo. Implica cambios y reformulaciones, también en las distintas disciplinas.

Algunos conceptos necesarios para comprender cómo se desarrolla la dramática del sujeto

Vicente Galli (apud Ferrari, 1996) conceptualiza la salud mental de la siguiente forma:

Salud mental es el estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del hombre como sujeto de la cultura. En dicho estado las personas o grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social.

Este equilibrio e integración es permanente, con crisis pre-visibles e imprevisibles registrables subjetiva u objetivamente.

Es un concepto dinámico, que habla de lo relativo de la salud mental, ya que no existe el completo bienestar; toma en cuenta a la cultura, al sujeto desde su integralidad y su carácter participativo.

Esta definición integra a las crisis, por lo que se pasará a explicar algunos aspectos de ellas.

Crisis

Caplan (1985) con respecto a ellas dice: «un disturbio interno que resulta de un suceso estresante o de la percepción de una amenaza sobre sí mismo».

Habla de una ruptura significativa en las respuestas del sujeto desde todas sus áreas: afectiva, cognitiva, comportamental y fisiológica, lo que provoca desestabilización.

Al hablar de las crisis se dice que pueden significar peligro y oportunidad; por *peligro* se hace referencia al estancamiento o la descompensación mayor del estado del sujeto si no logra manejarla. Por oportunidad se entiende al crecimiento del sujeto al lograr asirla, ya que el sujeto acrecienta sus estrategias de afrontamiento y logra una mayor madurez.

Caplan las clasifica en crisis vitales o evolutivas, y tienen la característica de ser predecibles. Se refiere así a aquellas por las que todos vamos a pasar, siendo un período de transición entre cada ciclo vital: adolescencia, climaterio, entre otras. Hay autores que incluyen en estas a aquellas situaciones en las que por lo general todos o un número importante de personas pasa, entre ellas tenemos la entrada a la escuela, el nacimiento de un hijo.

Por *crisis accidentales* se refiere a aquellas que se dan a lo largo de la vida y que son impredecibles, están vinculadas a la peripecia subjetiva del sujeto: accidentes, enfermedades, divorcios. Las crisis accidentales no se limitan a aquellas situaciones de carácter negativo; todo cambio puede generar una crisis en forma independiente de su connotación negativa o positiva, ya que nos referimos al cambio que el acontecimiento provoca, por lo que el graduarse, casarse, entre otras situaciones, puede ser generadora de crisis.

La persona puede encontrarse viviendo más de una crisis y esto es un factor que incrementa su grado de vulnerabilidad.

Son varios los factores que inciden en el desenlace de una crisis. Se enumerarán algunos de ellos:

- La estructura de personalidad, con su grado de fortaleza y fragilidad.
- La historia vital, con sus logros y sus frustraciones.
- La evolución que tenga el suceso o el acontecimiento vital estresante.
- El estilo de enfrentamiento.
- El grado de soporte social.
- La resiliencia.
- La calidad de vida.

Es importante detenerse en alguno de estos conceptos:

Suceso vital estresante: Para que un suceso tenga esta connotación se toma en cuenta el monto de reajuste, o sea la intensidad y la duración del cambio que un suceso dado introduce en la persona.

Por lo general toda crisis implica un suceso vital estresante, pero este último no implica siempre una crisis. Depende del manejo que se haga del acontecimiento, de allí la importancia de la personalidad del sujeto y del soporte social con el que cuente. Este tiene la facultad de amortiguar o agudizar el impacto del suceso vital estresante.

Soporte social: «Percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las redes sociales de que es cuidado y amado, valorado y estimado y que pertenece a una red social de derechos y obligaciones» (Thoist, apud Capezzuto, 2005).

Relaciones con significado de apoyo emocional: tener vínculos de intimidad y confianza; apoyo material: desde lo tangible, ayuda directa; y apoyo informacional: que avisa de algo y permite ir viendo el resultado de sus actos. Este último es un apoyo que está muy vinculado a la tarea de un equipo de salud.

La persona puede estar rodeada y sentirse sola. Se hace hincapié en la percepción que tiene el sujeto de sentirse acompañado.

El estilo de enfrentamiento o coping incluye formas de aceptar, tolerar o minimizar la tensión. «Las conductas de coping siempre dirigidas a la recomposición o reestructuración de la capacidad de reacción y de la integridad física o psíquica. Se define siempre en relación al concepto de estrés» (Kächele apud Varela, 1999).

Finalmente el concepto de *resiliencia*, que fue acuñado por Silva, quien entiende que es la «capacidad universal de todo ser humano de resistir ante condiciones adversas y recuperarse desarrollando paulatinamente respuestas orientadas hacia la construcción de un ajuste psicosocial positivo al entorno a pesar de la existencia simultánea de dolor y conflicto intrapsíquico» (2005). Es la capacidad de sobreponerse las adversidades y construir nuevas formas de enfrentamiento.

Todos estos factores incidirán en la *calidad de vida* del sujeto, la que es un objetivo en salud que cada día es más importante tomar en cuenta.

La Organización Mundial de la Salud con respecto a ella dice:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (1994).

Un concepto que se hace necesario explicitar es el de los procesos de duelo, ya que tienen una importancia fundamental para la estructuración de la personalidad y para la salud mental del sujeto.

El proceso de duelo

La vida implica pérdidas afectivas, lo que lleva a atravesar duelos. Del duelo se dice que es un complejo estado afectivo que incluye múltiples sentimientos, un proceso dinámico que involucra a toda la personalidad, abarcando de modo consciente e inconsciente sus actitudes, sus defensas y las relaciones con los otros. El dolor anímico es el afecto displacentero que más se vincula con el duelo.

El cómo se procese depende no solo de la estructura psíquica particular del sujeto que lo padece, sino también del imaginario social y los valores de la época en que se está inserto.

Duelo proviene de *duellum*: "combate", refiriéndose al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y la batalla librada para desligarse de los aspectos persecutorios del objeto perdido y asimilar los aspectos positivos y bondadosos (Grimberg, 1983).

Para Freud (apud Grinberg, 1983), el duelo era esencialmente frente a la muerte o frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la liber-

tad, un ideal, etcétera. Frente a una separación por distintos motivos o ante la pérdida de algo muy valorado.

Las causas desencadenantes pueden ser múltiples y dependerán de diversas circunstancias, pero todas ellas tienen como base común: la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida (Grimberg, 1983).

Todas las pérdidas o frustraciones:

despiertan toda una serie de emociones y sentimientos que van desde la tristeza y el dolor a la rabia y la agresión, desde la protesta a la desesperanza, desde la rivalidad y los celos, contra el objeto perdido y/o nuestros competidores, hasta la envidia hacia él o ellos, desde el recuerdo de lo bueno que nos proporcionó hasta el sumergirse en el reconocimiento por el daño que nos causó o por lo que dejó de darnos o hacernos. Esta situación mental, más o menos duradera, pero siempre penosa para la persona que la sufre, es a lo que llamamos situación de duelo o proceso (emocional) de duelo (Tizón García, 2013).

Por elaboración del duelo se entiende un trabajo psicológico que va desde la pérdida hasta llegar a la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto, superando tristeza, ambivalencia y la reorientación de la actividad mental.

Se atraviesan etapas, las que pueden en algunos casos superponerse, obtener más predominio algunas de ellas o cambiar el orden.

1. Negación, incredulidad, impacto inicial, parece estar en una pesadilla, desconfianza de que lo que está ocurriendo sea cierto.
2. Enojo, ira, protestas contra el destino, sentimiento de amargura, búsqueda de culpables, acusaciones.
3. Regateo: «si yo hiciera tal cosa, puedo recuperarlo», cada vez más conciencia de la pérdida, más sumergido en sus pensamientos.
4. Tristeza en toda su magnitud, aflicción, se piensa en el objeto como perdido. Recuerdos. Pasa a ser el centro del pensamiento. Sentir que fue abandonado.

5. Aceptación. Los recuerdos aparecen como más realistas y más lejanos. Recupera el interés por otros aspectos.

Se describe como duelo patológico el hecho de quedarse en una de las etapas; también no permitirse sentir lo intenso del sufrimiento psíquico. Pueden aparecer auto reproches culposos impidiendo acceder a las dos últimas etapas, abuso de psicofármacos, reacciones maníacas negando el dolor en forma paranoide (echar culpas a otros por lo sucedido), descargas corporales masivas (enfermedades psicosomáticas).

De esta forma no se dirige a la recuperación del mundo interno, ni el relacionamiento con el mundo exterior, se dañan las capacidades de contención internas. Esto predispone a dificultades con otros duelos y conlleva a cronificarse en cualquiera de las formas psicopatológicas.

En el caso del duelo consecuencia de una muerte es importante destacar la función de los ritos. La respuesta social para con el muerto y los deudos ayuda a asumir la situación, dan un reconocimiento. Compartir, expresar solidaridad, facilita el duelo. Son actos grupales con fuerza simbólica.

Sin duda el peor momento de esos días fue cuando salí al jardín con una lluvia torrencial a cargar un montón de corbatas de mi padre en una camioneta de una institución benéfica. Debía de haber más de cien corbatas y yo recordaba varias de mi infancia: los dibujos, los colores y las formas habían quedado grabadas en mi conciencia temprana con la misma claridad que la cara de mi padre. Verme a mi mismo deshaciéndome de ellas como del resto de la basura se me hizo intolerable y fue entonces, en el preciso momento en que las deposité en la camioneta, cuando estuve más cerca de las lágrimas. El acto de desprenderme de las corbatas parecía simbolizar para mí el verdadero funeral, más que la visión del ataúd al ser colocado en el foso. Por fin comprendí que mi padre estaba muerto (Auster, 1994).

Bibliografía

- Auster, P., *La invención de la soledad*. Barcelona: Anagrama, 1994.
- Capezzuto, B., «Incidencia de los factores sociales y económicos en las diferentes prácticas psicológicas hoy». *Publicación Oficial Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, 3: 3-5, 2002.
- _____ «Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica». Me-
liá, S. (comp.), *Enfermería en salud mental*. Montevideo:
Oficina del Libro-FEFM, 2005: 95-101.
- Caplan, G., *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós,
1985.
- Castells, M., «El fin del patriarcado». *La era de la información*. Madrid:
Alianza, 1999, t. 2.
- Galende, E., *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la
sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Ferrari, H., *Salud mental en medicina*. Buenos Aires: López Libreros,
1996.
- Gil, D. y Núñez, S., *¿Por qué me has abandonado?* Montevideo: Edicio-
nes Trilce, 2003.
- Grinberg, L., *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. Madrid: Alianza
Universidad Textos, 1983.
- Nieto J.; Abad, E. A. y Tejerina, A., *Psicología para las ciencias de la
salud*. Madrid: Nc Graw Hill-Interamericana, 2005.
- Puget, J., «Diálogo sobre arenas movedizas». *Revista Intercambio*.
Montevideo, Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psi-
coanalítica, n.º 21: 7-13, 9/2002.
- Schwartzman, L., «Calidad de vida relacionada con la salud: as-
pectos conceptuales». *Cienc. enferm.* [revista en lí-
nea], 9 (2), 21/09/2014. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es> y <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>>, última consulta: 29/07/2014.
- Silva C., J., «Emotion Regulation and Psychopathology: the Vul-
nerability/Resilience Approach». *Rev. chil. neuro-
psiquiatr.* [revista en línea], setiembre de 2005,
43 (3): 201-209. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300004&lng=es> y <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000300004>>, última consulta: 29/9/2014.
- Sluzki, C., «De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud
del individuo afecta a la red social». Dabas, E. y D. Naj-
manovich (comps.), *Redes. El lenguaje de los vínculos*.
Buenos Aires: Paidós, 1995, cap. 4.
- Tizón García, J. L., *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Herder; 2013.

- Varela, B. y Bernardi, R., *Psicología de la salud. Psicología hospitalaria, psicología médica*. 1.º Congreso Uruguayo de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. Montevideo: Sociedad de Psicología Médica y Medicina Psicosocial, 1999: 107-113.
- Viñar, M., *Psicoanalizar hoy*. Montevideo: Ediciones Trilce, 2002.
- Zukerfeld, R., «Esperanza y determinismo en la actitud psicoanalítica: un estudio empírico sobre ciertos prejuicios teóricos (*Psychoanalytic Research Exceptional Contribution Reward*, IPA, 2004)». *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar; 2005, cap. 11.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

APROXIMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL RELACIONADA CON LA DEPRESIÓN Y EL INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN EN LAS DISTINTAS ETAPAS VITALES

MARGARITA GARAY ALBARRACÍN

MARIELA BALBUENA CAMACHO

Depresión, concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, la pérdida de interés o placer, los sentimientos de culpa o falta de autoestima, los trastornos del sueño o del apetito, la sensación de cansancio y la falta de concentración.

Este trastorno afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo. Según señala la OMS:

aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90 % en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta (2012).

Según datos oficiales aportados por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014) en 2013 la mortalidad por suicidio consumado en Uruguay fue de 16 autoeliminaciones cada 100.000 habitantes, aproximadamente 500 suicidios se cometen por año en el país.

Según Lista (2008), una de cada dos mujeres y uno de cada tres hombres harán algún tipo de episodio depresivo a lo largo de su vida, considerando la depresión como una enfermedad cerebral que afecta la totalidad del individuo, el autor enuncia «como me enseñó mi hijo Bruno, a sus 9 años: La depresión es la ausencia de la felicidad».

Muchas veces la depresión se manifiesta a través de «síntomas psicológicos poco precisos como sentimientos de inseguridad, inutilidad, falta de ganas de vivir, disminución del interés dificultades para disfrutar» (2008). Según Lista, estos sentimientos pueden perdurar meses desde que la persona inicia el padecimiento hasta la consulta con el profesional, lo cual en oportunidades enlentece el diagnóstico y por ende el tratamiento precoz.

Desde lo afectivo, se presenta un estado emocional triste, con pérdida de la plasticidad afectiva, incapacidad o disminución en la capacidad de alegrarse. Desde la motivación existe una pérdida del interés general; en el pensamiento pueden aparecer ideas pesimista, auto desvalorización, pérdida de la autoestima, en ocasiones acompañada de ideas de muerte, siendo en ocasiones el intento de autoeliminación (IAE) el que motiva la consulta.

Morbilidad a nivel mundial

- Grave problema de salud a nivel mundial. (OMS, 2012)
- Gran demanda de servicios sanitarios y sociales.
- En 2020 ocupará el segundo lugar entre las enfermedades más frecuentes.
- En el tiempo de un año, uno de cada diez adultos puede presentar síntomas de depresión.
- El número de mujeres es el doble que el de hombres.
- Este problema puede terminar en suicidio.

Etiología

- Generalmente multifactorial.
- El componente neurobiológico es muy importante. Se han detectado trastornos en los sistemas de neurotransmisión vinculados a la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, conformando la vulnerabilidad al trastorno.
- Factores psicosociales: pérdidas, duelos patológicos, factores estresantes agudos y crónicos, violencia doméstica, social, abuso sexual, entre otros. De acuerdo con situaciones vinculadas al tránsito por las diferentes etapas vitales (adolescencia, menopausia, envejecimiento).
- Debido a enfermedades médicas, invalidantes y terminales.

Aspectos epidemiológicos

Análisis de la situación socioeconómica demográfica regional

En los últimos diez años, la región de las Américas ha experimentado una serie de cambios socio económicos y demográficos, los que han impactado de manera importante en el proceso salud enfermedad y en la salud mental de estas poblaciones.

En el año 2002 las crisis económicas impactaron sobre Argentina, Uruguay y Venezuela, situación que se comenzó a revertir lentamente en el año 2005.

A pesar del crecimiento económico, aumentó la desigualdad, siendo una de las más significativas del mundo.

Estas desigualdades aumentaron la pobreza, la cual se acentúa en los hogares cuyos jefes de familia son mujeres, poblaciones indígenas, hogares rurales o mono parentales.

El 41 % de los habitantes de América Latina y el Caribe son pobres y el 17 % vive en la indigencia.

El crecimiento económico mejoró las oportunidades de empleo, a pesar de lo cual el desempleo se mantuvo en un

10 % entre 2001 y 2004, variando desde un mínimo de 2 % hasta un 18 % como máximo.

Las mujeres, aunque aumentaron las oportunidades de empleo, trabajan en peores condiciones. Los niños continúan trabajando en condiciones inseguras y peligrosas, a pesar de las legislaciones nacionales e internacionales vigentes sobre los derechos que ellos tienen.

Los desastres climáticos y los provocados por el hombre han tenido efectos devastadores en la economía de los países. En 2005, los huracanes ocasionaron pérdidas por un valor de más de \$205.000 millones y hubo 7 millones de damnificados.

Se calcula que los daños para las economías de los países pequeños de Centro América y el Caribe ascendieron a más de \$2.220 millones, lo que indica su vulnerabilidad y la necesidad de contar con planes y medidas de prevención y de mitigación (CEPAL, 2006, 1996).

El desarrollo socio económico desigual hace que la población migre a las zonas urbanas en busca de trabajo y una vida mejor, con todos los problemas que eso conlleva: desestructuración de las familias, desarraigo; estos factores considerados como los más relevantes.

La proporción urbana de la población en América Latina y el Caribe pasó de 65 % a 78 % entre 1980 y 2005, con una tasa menor en Centro América (53,2 %), así como en el Caribe de habla hispana y en Haití (59,7 %) (OMS, 2014).

La urbanización plantea retos para la salud en cuanto a disponibilidad de recursos y servicios básicos de agua limpia, manejo de desechos y residuos, transporte y prevención de la violencia.

En las zonas rurales existen problemas constantes de pobreza, recursos limitados y dificultades para acceder a los servicios de salud.

A esto se añaden otros factores, como el crecimiento no planificado de las ciudades, el desarrollo industrial no controlado, el rápido aumento del parque vehicular y la emigración del campo a las zonas urbanas, incidiendo en forma negativa en el medio ambiente, la salud y la calidad de vida de la población, lo cual contribuye a la marginación

social y surgen la pobreza, la contaminación ambiental, las enfermedades estudiadas desde la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), las situaciones de violencia provocadas por la falta de trabajo, el consumo de alcohol y drogas; todos estos factores impactan particularmente en la prevalencia de la depresión en estas poblaciones y a lo largo de su ciclo evolutivo.

Para actuar sobre los factores determinantes de la salud y abordarlos se han emprendido iniciativas mediante la formulación de políticas públicas sostenibles y favorables para la salud, la creación de espacios saludables, la formación de alianzas entre los sectores público y privado, la consolidación de las redes de apoyo, la movilización de los medios de comunicación y la motivación de los gobiernos locales a fin de que tomen medidas para la promoción y el desarrollo de la salud. Pero todas estas medidas son todavía insuficientes para eliminar los graves problemas que afectan a las personas.

Tendencias en los problemas de salud y los factores de riesgo

Debido a las mejoras en las condiciones de vida, en la educación, así como en el acceso al agua potable, el saneamiento y a los servicios de atención primaria de salud materno-infantil, ha aumentado la esperanza de vida al nacer.

La OMS en 2005 estableció en países desarrollados la esperanza de vida al nacer en 74,6 años; en su reporte de 2012 proyecta que una niña y un niño tendrán 72,7 y 68,1 años de esperanza de vida al nacer respectivamente, oscilando en 84 años o más en mujeres en 10 países (entre ellos Japón, España, Suiza y Singapur) y en 80 años o más para hombres en 9 países (como Australia, Islandia y Suiza). En el otro extremo posiciona a África, donde en 9 países de dicho continente la esperanza de vida media sigue siendo inferior a los 55 años (OMS, 2014).

A fin de mejorar la calidad de vida de la población y prevenir los problemas de salud, se han producido cambios importantes relacionados con el medio ambiente; nuevos estilos de vida y de comportamiento, mayor difusión de la información y apoyo a la población son estrategias imprescindibles.

Panorama de la salud mundial en 2012

El perfil epidemiológico en la región y en el mundo ha cambiado: las enfermedades crónicas remplazan a las enfermedades transmisibles como causas principales de morbilidad y mortalidad, fenómenos que pueden atribuirse a adelantos tecnológicos y al envejecimiento poblacional.

Dentro de las 20 causas principales de mortalidad la mitad son enfermedades infecciosas o de carácter materno, neonatal y nutricional, mientras que la otra mitad corresponde a enfermedades no transmisibles o a lesiones: homicidios, suicidios y accidentes de tránsito, entre otros.

Trastornos mentales

Los trastornos mentales constituyen una carga considerable para los países de las Américas, en el 2002 ocasionaron el 25 % del total de años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad debida a todas las enfermedades, siendo el principal trastorno mental la depresión unipolar. Solo una minoría de las personas enfermas recibe tratamiento, a pesar de la magnitud del problema.

Desde la infraestructura sanitaria en 80 % de los países la mayoría de las camas se encuentran en hospitales psiquiátricos —no en los generales— y 25 % de los países todavía no cuentan con servicios comunitarios.

La salud mental figura en los programas de salud de los países, existiendo experiencias locales y nacionales exitosas, donde surgen asociaciones de usuarios y familiares, aumentando la defensa de la causa. Hay intervenciones costo-eficaces que permiten responder de forma adecuada con recursos limitados.

Impacto sobre la depresión de las enfermedades crónicas no transmisibles

El trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad crónica no transmisible se caracteriza por una alteración importante y persistente del estado de ánimo que es consecuencia fisiológica directa de una enfermedad orgánica, neurodegenerativa, cerebro vascular, endocrina, virus de

la inmunodeficiencia humana (VIH) o cierto tipo de cánceres (Videbeck, 2011).

Las enfermedades crónicas son causas importantes de muerte y discapacidad en la región; a ellas se atribuyen más del 60 % de las defunciones y la mayoría de los costos sanitarios; se destacan la obesidad, la hipertensión arterial, el aumento de los traumatismos, la violencia, los problemas relacionados con las adicciones como el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas y la exposición a diversas sustancias químicas como causa de las patologías más relevantes que afectan a la población.

Estas enfermedades coexisten, con lo cual multiplican sus efectos en la salud y las condiciones socio económicas de las personas y las poblaciones, afectando la salud mental de las personas y su grupo familiar.

La contextualización en el acceso a los servicios de salud mental en forma limitada o restringida dificulta prevenir o actuar precozmente sobre las personas que presentan síntomas de depresión.

La violencia sigue afectando gravemente a las poblaciones de algunos países de la región, a pesar del trabajo que realizan todos los gobiernos, a través de todas las organizaciones gubernamentales de la salud, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), así como las sociedades civiles.

En América Latina y el Caribe se necesitan medidas integrales e integradas para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud para el 2015, en particular con respecto a los grupos vulnerables.

En los lugares donde no llegan los gobiernos ni los sistemas sociales de protección, las familias y las comunidades suelen desempeñar funciones sanitarias estratégicas y son una fuente de apoyo y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos.

La depresión en niños y adolescentes

En el año 2007 se realizó el Primer Estudio Epidemiológico Nacional sobre Salud Mental Infantil, la investigadora fue la profesora doctora Laura Viola y su equipo de psiquiatría infantil del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

El reporte de investigación concluyó que 80.000 niños de entre 6 y 11 años (el 22 %) tienen algún trastorno y, entre ellos, son mayoría los internalizados, es decir, la depresión o la ansiedad, «lo que no se ve».

Refiere la profesora Viola en Bardesio, 2008, que «La gente está preocupada por los problemas de conducta, por lo externo, lo que se ve, pero este estudio demostró que la angustia interna de los niños es mucho más importante».

Solo los casos extremos son los que se atienden en el CHPR; la doctora explica que frente a un intento se «debe sospechar de un abuso sexual o físico», lo que no significa que siempre sea la causa, y añade: «Hay varias situaciones de vida muy miserables para los niños: abuso, maltrato o situación de calle».

Las políticas de prevención y tratamiento no solo se encuentran con la dificultad de la magnitud, «no puedo mandar a 80.000 niños al consultorio porque satura el sistema», sino también con esa capa de invisibilidad que minimiza el problema.

«La depresión en niños y adolescentes, por ejemplo, se manifiesta de modo diferente a los adultos y a veces pasa inadvertida».

Sobre el suicidio en esta etapa vital en Uruguay, Viola refiere que constituyen la segunda causa de muerte en jóvenes entre los 10 y 15 años de edad y la primera causa entre los 15 y 19 años.

La doctora Irene García (Bardesio, 2008), psiquiatra de niños y adolescente, en referencia a la depresión manifiesta: «Ellos no están el día en la cama, aislados; pueden mantener redes de amigos y sus salidas, pero se muestran irritable, malhumorados, tienen una sensación de embotamiento, de no poder pensar con claridad», son algunos de los síntomas que la doctora enumera. En su investigación sobre el suicidio en los menores de 20 años basada en 38 casos acontecidos en 2002, aplicó la autopsia psicológica, un método basado en entrevistas a familiares y allegados, cuyo fin es reconstruir la vida del niño o del joven.

Del análisis de su investigación concluyó:

- En casi la totalidad de los casos los cercanos no sospecharon nunca del suicidio del chico, pese a que en la mitad de los casos había elementos para diagnosticar depresión.
- El 50 % había anunciado que iba a matarse.
- Un tercio lo había intentado antes.

De los suicidios estudiados por la doctora Irene García, un solo caso estaba en tratamiento psiquiátrico: «De los 80.000 niños con algún trastorno, apenas el 20 % consultó en los últimos seis meses».

La autopsia psicológica también incluye la lectura de diarios íntimos y de ese procedimiento se observaron «vivencias muy depresivas» que los cercanos no advertían en su dimensión. Acontecido el suicidio, «es absolutamente devastador. Cuando un chico se mata, hay algo de la familia que muere con él».

Sobre el cuestionamiento de por qué pasa tan desapercibida la depresión en los más chicos, la doctora Natalia Trenchi, experta en psiquiatra infantil, especula con una respuesta: «A los adultos nos cuesta aceptar que los niños puedan sufrir. Nos ha resultado más confortable la falsa creencia de que la infancia es una etapa siempre feliz. No lo es, ni aún en los mejores casos», donde hay escalas y reconoce que de la tristeza a la depresión hay un salto grande y otro aún más pronunciado hasta el suicidio (Bardesio, 2008).

Todo el proceso está cruzado por centenares de factores, desde la predisposición genética, las condiciones de embarazo y el parto, hasta el entorno familiar y social.

Destaca en su reporte que la procesión va tan por dentro, que nadie la ve con claridad.

El fenómeno anda oculto, entonces lo que irrumpe a veces son los números del escándalo: desde 2000 hasta 2007 según cifras del MSP se suicidaron:

- 247 menores de 19 años; 213 con edades entre 15 y 19;
- 32 entre los 10 y 14 y se registraron 2 casos en 2004 y 2007 de pequeños de 9 años.

Los menores representan el 5 % del total de las autoeliminaciones.

Según la OMS, 2012, la relación entre IAE y suicidio consumado es de 20 a 1, siendo el IAE más frecuente en el sexo femenino y el suicidio en el sexo masculino. Durante la niñez estas diferencias desaparecen y las frecuencias se equiparan. Este reporte es destacado debido a que en Uruguay es factible una subestimación en la incidencia de IAE, según el estudio realizado por A. Martínez-Schiavo, N. Goyeneche, V. Kehyaian, G. Lungo y L. Viola, en 2010.

La Prof. Dra. Laura Viola, realizó otra investigación en el año 2012, en conjunto con otros médicos del CHPR: M. Vázquez, L. García, G. Giachetto, A. L. Martínez donde reportan que el 30% de los pacientes con IAE, en dicho centro presentó en el momento de la internación un trastorno psiquiátrico diagnosticable, siendo los más frecuentes: trastornos del estado de ánimo, trastornos disruptivos y de los rasgos de personalidad. Más del 60 % de estos pacientes no estaban en tratamiento psiquiátrico al momento del IAE.

En Uruguay no se dispone de publicaciones sobre la tendencia suicida en la infancia en clases sociales económicamente favorecidas. La literatura internacional advierte sobre la importancia de este fenómeno en estos sectores de la población.

¿Qué hacer?

Desde hace unos diez años aproximadamente, los psiquiatras infantiles están notando que les llegan más casos y más graves. Ante esta situación, fue la Clínica de Psiquiatría Pediátrica la que se lanzó a hacer el estudio epidemiológico y ahora enfoca su estudio también en las causas y en qué estrategias tomar.

Una de las hipótesis principales refiere a que el deterioro socio económico, el desempleo, la falta de esperanza del entorno afectan al niño más de lo que se supone. «La pobreza no lo explica todo, pero colabora», resume la Dra. Laura Viola (Bardesio 2008).

Para la depresión, hay una primera causa que es la genética: la predisposición a este mal se puede heredar.

La Dra. Natalia Trenchi enumera en los niños varias situaciones estresantes referidas al entorno. El padre o la madre deprimidos, el maltrato físico, sexual y emocional o la adicción de alguno de los padres son las más claras, pero hay otras no tan directas e igual de influyentes. El hipercriticismo («padres que solo señalan los errores del hijo») y su contracara idealizadora («los que se pasan exagerando los logros del chico») también dañan la autoestima del niño, porque le transmiten la idea de que sus padres no lo quieren tal cual es.

La Dra. Trenchi continúa con las «familias sordas y mudas emocionalmente», que son aquellas en las que las señales del niño no son decodificadas correctamente. Hay indiferencia, incomunicación, lo que aumenta el riesgo de deprimirse.

Por último, la psiquiatra señala la falta de límites como un nuevo factor de peligro. «Cuando los niños son criados sin guía, sin seguridad ni firmeza, probablemente crezcan débiles e inseguros, vulnerables a la depresión», concluye la Dra. Natalia Trench (Bardesio, 2008).

Según palabras de la Dra. Laura Viola, la sumatoria de causas, entonces, da «un intenso sufrimiento en la infancia», y la demanda de atención no podría satisfacerse.

En el país hay apenas 70 psiquiatras infantiles, según Viola se necesitarían por lo menos 220, y aunque hubiese esa cantidad, los esfuerzos deberían estar dirigidos a evitar la patología y no a tratarla. «Tenemos que buscar las formas de revertir la situación.

Hay cosas que dependen de uno y otras que no. ¿Cómo hacer cuando el 48 % de los niños nacen por debajo de la línea de la pobreza?» (Bardesio, 2008).

Las madres del 42 % de los chicos no tienen más de seis años de instrucción. «Una mamá más educada no garantiza la felicidad, pero los riesgos se van sumando», asegura

Viola: «Necesitamos un sistema educativo fuerte, socializador, debemos trabajar en equipos todos los que tengamos que ver con la infancia» y lo más revelador del estudio es la distancia entre los padres y el adolescente (Bardesio 2008).

La depresión en el adulto

La adultez es una etapa de la vida en la que se identifican en forma más prevalente factores de riesgos vinculados a patologías cardiovasculares y metabólicas, las cuales pueden ser influyentes para la presentación de signos de depresión.

Es importante en la valoración de enfermería identificar factores de riesgo para la depresión; para esto se promueve el abordaje integral, la valoración psicosocial del usuario en esta etapa, la indagación sobre antecedentes personales vinculados a episodios depresivos e IAE, así como antecedentes de suicidio en familiares directos.

Durante la valoración para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, el Licenciado en Enfermería debe considerar las características del usuario con patología depresiva, dado que tiene características propias: suele ser prolongada, porque hay que hacer pausas específicas, sobre todo cuando el trastorno es grave. Puede tardar más tiempo en responder las preguntas del profesional y se cansan con más facilidad.

En ocasiones en la adultez se enmascara la depresión con otras patologías, como consumo excesivo de alcohol y conductas adictivas: al juego (ludopatía), al alimento y al trabajo.

En esta etapa del ciclo vital su impacto en lo familiar y lo social se jerarquiza debido a que la persona tiene roles y responsabilidades activas dentro de la familia, las cuales al cursar un trastorno depresivo tendrá mayores dificultades para cumplir, le costará un enorme trabajo desempeñar las tareas diarias de la casa, cuidar de sus hijos y su autocuidado.

A nivel laboral el padecimiento de la depresión produce ausentismo y genera repercusiones personales, familiares y sociales por los costos directos de la atención: hospitalización, medicamentos, terapias, e indirectos: referidos a la pérdida de productividad (Agenda Salud, 1999).

La depresión después de los sesenta años

La población de la región está envejeciendo y los adultos mayores exigen nuevos servicios.

Al mismo tiempo, se observa una mayor dependencia económica de los adultos mayores con respecto a la población activa. En 2006 más de 50 millones de personas de América Latina y el Caribe tenían 60 años o más de edad. Eso significa que este grupo aumentó su tamaño 2,5 veces más rápido que la población en general. Los estudios revelan que más de 50 % de las personas de este grupo refiere tener mala salud, el 20 % señala tener limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana y 60 % sufre una enfermedad crónica.

Todos estos factores pueden llegar a ser determinantes de factores de riesgo para la salud mental de estas poblaciones.

Cerca de 580 millones de personas tienen actualmente más de 60 años de edad, es decir, una de cada diez personas en América Latina; y el Caribe, en tanto, cuenta con alrededor de 42 millones de mujeres y hombres que han sobrepasado esa barrera, lo que equivale a menos de un 8 % de su población.

Para el año 2025, no obstante, se estima que la región latinoamericana y caribeña tendrá 97 millones de personas mayores de 60 años, es decir, cerca de un 15 % de su población proyectada.

El envejecimiento de la población es un fenómeno creciente en los países desarrollados, al que no escapa la región latinoamericana y caribeña por la reducción de la fecundidad; el control de las enfermedades y el consecuente aumento de la esperanza de vida son algunos de los principales factores que la provocan.

Los 60 años como edad cronológica para marcar el umbral de la vejez son por supuesto arbitrarios. Una persona de 65 o 70 años puede sentirse adulta o adulta mayor, pero no necesariamente vieja.

Todo dependerá de la cultura en la que vive, de su autoestima, de los proyectos que tenga a mediano o largo plazo,

de la valoración que la sociedad le otorgue y le transmita, entre otras razones.

Un 8% de las latinoamericanas tienen 60 años y más, mientras que solo un 6,7 % de los hombres supera esa edad. Las proyecciones indican que tal diferencia aumentará y a mediados del próximo siglo la proporción será de 25 % y 20 %, respectivamente, en Agenda Salud, 1999.

Depresión y género. Perspectivas desde la mujer

Según refiere Lee Sennot-Millerx de la Universidad de Arizona en Agenda Salud, 1999,

las dificultades que afrontan las mujeres de edad avanzada en las Américas son una extensión de las que sufre la mujer más joven, y representan una carga más impuesta por la etapa del ciclo de vida al que han llegado. Es una síntesis de todo cuanto puede decirse sobre las discriminaciones que viven las mujeres mayores de 60 años en nuestro continente.

Desde el punto de vista económico, al cruzar el umbral de los 60 años, las mujeres sufren inequidades que resultan en una mayor pobreza con respecto a los varones. Esto se debe a que la mayoría de ellas están fuera de la fuerza laboral remunerada y cuando lo están, siguen ganando menos que los hombres. Ellas trabajan predominantemente en empleos a tiempo parcial o en el sector informal; la mayoría ha interrumpido su carrera u oficio para tener hijos y ocuparse de ellos y de otros integrantes de la familia. En oportunidades no perciben pensión ni seguridad social y cuando tienen derecho, las prestaciones suelen ser más bajas que las de los hombres.

No es raro entonces que en la mayoría de los países en vías de desarrollo las mujeres mayores de 60 años dependen casi exclusivamente de sus familias.

Por otra parte, una nutrición inadecuada, muchos hijos y embarazos a intervalos cortos, el cuidado de la familia, una doble o triple jornada de trabajo (la participación de la mujer en el mercado laboral no la libera de las tareas

domésticas): todos estos condicionantes inciden negativamente en su estado de salud física y mental.

Además, los centros de salud no están preparados para atender adecuadamente a la gente mayor. La privatización de los servicios de salud en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe agrava tal situación. Todas estas variables inciden en la prevalencia de la depresión en la mujer.

Los cambios demográficos implican nuevos desafíos para la sociedad. El envejecimiento paulatino de la población, si bien todavía no es un fenómeno crítico en la región latinoamericana y caribeña, preocupa a los grupos organizados de mujeres, porque, tal como hemos visto, las cifras demuestran que ellas viven más que los hombres, pero en condiciones no siempre halagüeñas.

A pesar de los grandes avances de las mujeres en el siglo XX referidos al acceso a la educación y al mercado laboral, para muchas todavía su vida está marcada por los menores ingresos, por la discriminación salarial por igual trabajo, por empleos precarios y por escasa seguridad social. Todo ello redundando obviamente en una pobre calidad de vida en la vejez.

De acuerdo con la investigadora Jöelle Barbot-Coldevin (*Agenda Salud*, 1999), a medida que las sociedades envejecen, se estimula el interés por la vejez, pero el peligro es que la edad, al igual que el género, sean tratados en el análisis como variables separadas o sumadas.

Privilegiar un enfoque que tiende a ser insensible a procesos interactivos y que ignora los sesgos en la producción de conocimiento implicaría una extrema simplificación del problema.

La desigualdad estructural de la tercera edad no se desarrolla independientemente de las desventajas que las mujeres han sufrido anteriormente en el mercado laboral y de su acceso y su control desigual de los recursos.

La misma investigadora señala que para adoptar un enfoque que permita que las personas mayores continúen participando efectivamente en la sociedad se debe reforzar la colaboración entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG) y sector privado.

Las ONG pueden cumplir un rol importante capacitando a cuidadores y deben actuar como catalizadores en los contactos con los gobiernos y otras agencias para que la voz de las personas mayores llegue a los oídos de los planificadores de políticas.

Los medios de comunicación tienen un papel importante que realizar, promoviendo imágenes positivas de ese grupo de la población para cambiar su percepción y romper los estereotipos negativos.

Barbot-Coldevin (*Agenda Salud*, 1999) propone algunas recomendaciones destinadas a permitir que las mujeres ejerzan sus plenos derechos humanos y vivan una vida digna, especialmente en su vejez.

- Aumentar el conocimiento de cómo los roles de género y las relaciones cambian en el tiempo, y cómo estos cambios pueden apoyar y promover el empoderamiento de las mujeres mayores.
- Educar y trabajar con los hombres a través de todo el ciclo de vida para que tomen conciencia de los cambios en los roles de género y apoyen el empoderamiento de las mujeres.
- Asegurar que la investigación y la recolección de datos sobre el desarrollo de políticas y toma de decisiones (censos, encuestas, estudios socioculturales) sean discriminadas por sexo, con perspectiva de género y que consideren las variables de edad, clase y etnia.
- Controlar que la investigación y la práctica en salud tomen en cuenta las necesidades de hombres y mujeres mayores.
- Considerar la seguridad social y el ingreso sustentable de las mujeres mayores a través de políticas sociales, programas e investigación.
- Aumentar la colaboración entre gobiernos, ONG y sector privado para permitir que las personas mayores continúen participando en la sociedad y lograr que sean considerados integrantes plenos de ella.
- Asegurar que la población en general sea educada acerca de los derechos de los mayores.

Conclusiones

La depresión tiene un fuerte impacto de prevalencia a nivel mundial, pudiendo afectar a las personas en las diferentes etapas del ciclo vital.

Según Lista (2008) una de cada dos mujeres y uno de cada tres hombres harán un episodio depresivo a lo largo de su vida.

En la actualidad, la depresión constituye uno de los problemas de salud más incapacitantes y costosos en términos sociales y económicos.

La OMS (2014) informa que la depresión en el 2020 ocupará el segundo lugar dentro de en las enfermedades más frecuentes.

Basado en la exposición epidemiológica y en la revisión bibliográfica realizada por las autoras, se evidencia que el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son posibles. Para ello el equipo de salud tiene un rol fundamental en la prevención y el abordaje de las personas que padecen este trastorno, siendo esencial la capacitación continua.

Bibliografía

- Agenda Salud, «La vida después de los 60». *Agenda Salud*, 1999, n.º 15-16. Disponible en: <<http://www.documentacion.edex.es/docs/15041Slage2.pdf>>, última consulta: 12/4/2010.
- Bardesio, M., «Depresión y suicidio infantil no avisan: "Déjenme vivir"». *El País*, Montevideo, 20/5/2008. Disponible en: <http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=8932>, última consulta: 10/10/2013.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social América Larian. Anexo estadístico*. Santiago: CEPAL, 2006. Disponible en: <<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/24351/G2289e.pdf>>, última consulta: 13/8/2011.
- _____ *La transición demográfica en América Latina*. Santiago: BID-CEPAL-CELADE, 1996.
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. *Plan Nacional de Prevención de Suicidio para Uruguay (2011-2015): un compromiso con la vida* [en línea], 2014. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1%2017%20de%20Julio%202014%20Plan%20Nacional%20Prev%20Suicidio.pdf>, última consulta: 27/7/2014.
- Lista, A., *Ciencia de la depresión*. Montevideo: Psicolibro-Waslala, 2008.
- Martínez-Schiavo, A.; Goyeneche, N.; Kehyaian, V.; Lungo, G. y Viola L. «Aportes para la comprensión de las características del intento de autoeliminación en niños y adolescentes en Latinoamérica: La experiencia en población del Hospital Pediátrico de Referencia Nacional en el Uruguay». XXVI Congreso latinoamericano de APAL; Puerto Vallarta, México. 2010. Disponible en: <<http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-de-autoeliminaci%C3%B3n-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>>, última consulta: 27/7/2014.
- Organización Mundial de la Salud. *La depresión* [en línea], 2012. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>>, última consulta: 27/7/2014.
- _____ *Estadísticas sanitarias mundiales* [en línea], 2014. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>>, última consulta: 23/7/2014.
- Vázquez, M.; García, L.; Giachetto, G.; Martínez, A. y Viola, L., «Intento de autoeliminación en niños y adolescentes». *Rev. Opción Médica Uruguay* [en línea], noviembre de 2012. Disponible en: <<http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-de-autoeliminaci%C3%B3n-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>>, última consulta: 07/9/2014.
- Videbeck, S. «Trastornos del estado de ánimo». *Enfermería psiquiátrica*. Barcelona: Wolters Klumber-Lippincott Williams & Wilkins, 2011: 280-317, 5.ª ed.

DEPRESIÓN

BEATRIZ CAPEZZUTO CASTRO

La depresión en la sociedad actual

La depresión es un trastorno conocido a lo largo de la historia y su antigüedad remite a unos 2500 años aproximadamente. Hoy es un problema en salud de importante magnitud y repercusión en la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), (apud Lista, 2008) estima que será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial para el año 2020, cifras que alertan sobre la necesidad de un diagnóstico temprano y tratamiento eficaz.

Hay datos de la Organización Panamericana de la Salud que dicen que hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo. Estos se presentan con una alta prevalencia en el adulto, con un 15 % en hombres y un 24 % en mujeres. El porcentaje mayor se encuentra comprendido entre las edades de 18 y 45 años, que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo.

La depresión está asociada a conductas de adicción, suicidio y violencia, como también se encuentra presente en usuarios que padecen enfermedades físicas, lo que causa mayor sufrimiento, incapacidad, número de complicaciones y por ende eleva la tasa de mortalidad.

Es un trastorno que no solo comprende el daño hacia el sujeto que lo padece, ya que sufre un profundo dolor psíquico y su calidad de vida se ve afectada; sino que también en el adulto la depresión se asocia con retrasos en el desarrollo psicomotor de sus niños, conflictos matrimoniales, ausentismo e inestabilidad laboral.

Todo esto habla de las importantes consecuencias que este padecimiento trae para el sujeto, su familia y la sociedad.

Los distintos miembros del personal de salud en sus distintos niveles de atención deben conocer no solo su importancia, sino los signos y los síntomas que habiliten su detección temprana, tanto para la prevención como para la atención del trastorno. Me adhiero a Ezquiaga *et al.*, que señalan la imprecisión del término de trastornos depresivos argumentando que se traen como un grupo heterogéneo de cuadros clínicos que abarca desde cuadros que recuerdan más reacciones emocionales no patológicas hasta cuadros con gran afectación funcional y riesgo vital.

Por lo que se hace necesario que los profesionales de la salud sepan diferenciar lo que es un sentimiento normal de tristeza, el estado afectivo que se da en un proceso de duelo y cuando hablamos de la depresión como enfermedad. Es por esto que se pasarán a describir algunos aspectos de estos conceptos.

Algunas diferencias entre sentimientos y procesos normales del trastorno de la depresión

Tristeza. La tristeza es un sentimiento que experimenta el sujeto frente a acontecimientos externos o internos que lo aquejan. Se encuentra relacionado fundamentalmente con la pérdida, el dolor y la insatisfacción, pero no son exclusivos de ella. Es un sentimiento normal y su aparición frente a situaciones que lo ameritan habla de salud en el sujeto. Tanto el carácter transitorio como la intensidad son elementos de riesgo para que de sentimiento normal pase a integrar un síntoma de la depresión.

Angustia. Vidal y Alarcón (1990) la define como extraña

desazón interior, mezcla de incertidumbre y desvalimiento frente a situaciones amenazantes para sí mismo. Algunos lo asemejan con ansiedad, pero esta última es una predisposición duradera. La angustia es transitoria y explosiva. Nos acompaña en la vida normal frente a determinadas situaciones y a su vez puede estar presente como síntoma en la depresión.

Diferencia entre duelo y depresión (basado en Tizón García, 1998)

Para esto enumeraremos una serie de elementos que se dan en ambos con las diferencias en uno y otro caso.

Pérdida: En la depresión se la vive en forma más lejana, inconsciente, no proporcionada al estado afectivo del sujeto. En el duelo, generalmente es más próxima, consciente y proporcionada a los afectos del sujeto.

Motivaciones: En la depresión encontramos apatía, pérdida de energía e intereses y en el duelo pueden darse hiperactividad o inhibición psicomotriz.

Emociones: En la depresión se dan afectos depresivos, sentimiento de vacío, ira, resentimiento, ansiedades depresivas y persecutorias, vergüenza, culpa, ideas de muerte; en el duelo encontramos los mismos afectos que en la depresión pero menos estables, menos profundos y sin aparecer las ideas de muerte.

Cogniciones: En la depresión se afecta la capacidad de concentración, hay ideación negativa acerca del pasado, del presente, del futuro, del sí mismo y del mundo; en cambio en el duelo, la capacidad de concentración es más variable, cambian las ideas acerca del futuro, del sí mismo y del mundo.

Biológico: En la depresión se presentan síntomas como trastornos del sueño, apetito, cambios hormonales, neurotransmisores, inmunológicos y en el duelo los cambios son menos notables, pero pueden tener repercusiones neuroendócrinas e inmunológicas.

Es importante tener en cuenta que la depresión puede presentarse bajo distintas formas clínicas, por lo que vamos a nombrar y describir algunas de ellas de acuerdo con la cla-

sificación y el diagnóstico de la enfermedad depresiva que figura en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, versión 4 (DSMIV, por su sigla en inglés) (López-Ibor y Valdés, 2002) de la Asociación Psiquiátrica Americana y la *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, versión 10 (CIE-10, 1993, apud Lista, 2008) de la OMS.

1. Trastorno depresivo mayor
2. Trastorno distímico

Criterios para el diagnóstico de episodio de depresión mayor (EDM)

Cinco o más síntomas con duración conjunta de dos semanas, que muestren un cambio con respecto al funcionamiento previo y habitual de esa persona. Hay que destacar que para hacer este diagnóstico siempre tiene que presentarse: humor depresivo casi todo el día y pérdida de interés o placer (anhedonia). Pasamos a detallar los síntomas:

- Humor depresivo casi todo el día.
- Disminución o pérdida del interés o placer en las actividades.
- Pérdida de peso o aumento del apetito.
- Insomnio, hipersomnia.
- Agitación o inhibición psicomotriz.
- Fatiga, falta de energía.
- Sentimientos de que nada vale la pena o culpa excesiva o inapropiada.
- Menor autoestima, menor concentración, menor capacidad de pensamiento, indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intento de autoeliminación o plan específico para cometer suicidio.

El episodio puede ser leve, moderado o severo, de acuerdo con la alteración en el funcionamiento.

Cuando en el paciente se dan las características de un EDM melancólico (subtipo) se habla de la severidad del cuadro y se encuentran los siguientes síntomas:

- Falta de reactividad a estados placenteros.
- Con respecto al insomnio, fundamentalmente aparece un despertar precoz.
- Inhibición o agitación psicomotriz.
- Culpa excesiva o inapropiada.
- Presencia de delirios o alucinaciones: estos tendrían un tema congruente con culpa y ruina. Cuando son incongruentes tanto los temas de los delirios como las características de las alucinaciones, tienen el carácter de ser persecutorias.

Henry Ey (1998), como Friedman y Kaplan (1982) hablan fundamentalmente de cómo los aspectos melancólicos, el dolor moral profundo, la gran tristeza acompañada habitualmente de inhibición motriz, además de las ideas de culpa y de las de ruina; tienen importancia en el riesgo de suicidio.

Trastorno distímico o distimias

De acuerdo con DSMIV (López-Ibor y Valdés, 2002) y CIE-10 (apud Lista, 2008) es un trastorno perteneciente al cuadro depresivo crónico con una severidad de leve a moderada, que debe recibir tratamiento dadas sus complicaciones, como alto riesgo de suicidio. Entre el 3 % y el 6 % de la población general están afectados por este trastorno, siendo más frecuente en las mujeres.

Criterios de diagnóstico:

- Humor depresivo, casi todo el día, en la mayoría de los días, por lo menos desde hace 2 años y con la presencia de por lo menos dos de los siguientes síntomas:
- Disminución o pérdida de la autoestima.
- Sentimientos de desesperanza.
- Disminución de la capacidad de concentrarse o dificultad para tomar decisiones.
- Fatiga o disminución de la energía.
- Anorexia o hiperorexia.
- Insomnio o hipersomnia.

Finalmente es necesario especificar algunos puntos:

- Todos sujeto puede atravesar un episodio depresivo. Es importante la diferencia con la tristeza, que como dijimos anteriormente es solo un síntoma, pero también es un sentimiento normal y esperable frente a determinadas situaciones externas como internas.
- Cuando se habla de *depresión mayor* y de *distimia* se está refiriendo a un trastorno crónico, requiere de consulta y tratamiento psiquiátrico, lo que puede ser acompañado por tratamiento psicoterapéutico.
- Los intentos de autoeliminación y suicidio se pueden dar en toda patología: neurótica o psicótica y no necesariamente depresivas, aunque es en ellas donde se encuentran descritos con mayor frecuencia.

Eso

Mi cansancio

Mi angustia

Mi alegría

Mi pavor

Mi humildad

Mis noches todas

Mi nostalgia del año

Mil novecientos treinta

Mi sentido común

Mi rebeldía

Mi desdén

Mi crueldad y mi congoja

Mi abandono

Mi llanto

Mi agonía

Mi herencia irrenunciable y dolorosa

Mi sufrimiento

En fin

Mi pobre vida

Idea Vilariño

Bibliografía

- Bernardi, R.; Bouza, G. y Morató, R., «La depresión vista desde diversas perspectivas». *Depresión. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*. Montevideo: Impresora Gráfica, 2000.
- Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch., *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson S.A., 1998, caps. III y IV.
- Ezquiaga Terrazas, E. et al. «Depresión: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Madrid, setiembre de 2011, v. 31, n.º 3. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300005>>, última consulta: 05/07/2014.
- Freedman, A.; Kaplan, H. y Sadock, B., *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1982, t. II, cap. 17.
- Josué Díaz, L.; Torres Lio-Coo, V.; Urrutia Zerquera, E.; Moreno Puebla, R.; Font Darías, I. y Cardona Monteagudo, M., «Factores psicosociales de la depresión». *Rev Cub Med Mil* [revista en línea], setiembre de 2006, vol. 35, n.º 3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es>, última consulta: 01/10/2014.
- Lista Varela, A., *Ciencia de la depresión*. Montevideo: Psicolibros, 2008.
- López-Ibor, J. J. y Valdés, M., *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Elsevier Masson, 2002: 387-400.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), «Innovaciones en la atención de las afecciones crónicas». *Rev Panam Salud Publ.*, 2002, vol. 12, n.º 1: 71-74.
- Tizón García, J., *Los procesos de duelo y pérdida*. Montevideo: Anexo. 1.º Congreso Uruguayo de Psicología Médica y Medicina Psicosocial, 1998.
- Vidal, G. y Alarcón, R., *Psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana S.A., 1990.
- Vilariño, I., *Poesía completa*. Montevideo: Lumen, 2008.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y EN LA MUJER

BEATRIZ CAPEZZUTO CASTRO

La depresión en el adulto mayor

En nuestro país el adulto mayor de 60 años es el 17 % de la población y el 13 % es mayor de 65 años. De estas cifras el 60 % corresponde al sexo femenino, por lo que actualmente se habla de la feminización del envejecimiento. Un 20 % de ellos tiene dificultades en las actividades básicas de la vida diaria, lo que hace que esta sea una población asidua a consultas con los profesionales del área de la salud (Berriel, Paredes y Pérez, 2006).

Con respecto a la depresión los mismos autores hablan de que en Montevideo se encuentra una prevalencia entre 16 % y 28 % de mayores de 60 años afectados por ella. La depresión es más frecuente en mujeres con una relación de dos a uno, excepto en las depresiones graves, donde la frecuencia es igual en ambos sexos. Con respecto a la tasa de suicidios de nuestro país, el adulto mayor es la población que más se ve afectada (MSP-DGS, 2010).

Berriel, Paredes y Pérez (2006) traen como factores de riesgo para la psicopatología a la soledad al aislamiento,

la visión negativa de la vejez, el hecho de ser víctima de maltrato, la pérdida del lugar social, la institucionalización, la baja autoestima y la pobreza, entre otros.

El envejecimiento es un proceso dinámico, da comienzo mucho antes, pero es en este ciclo que se tiene una percepción de él con mayor nitidez, dado fundamentalmente por la vivencia de las pérdidas, producto del fallecimiento de pareja o de pares, y también de aspectos que atañen a la funcionalidad, a la pérdida de capacidades tanto internas como externas al sujeto.

Hay autores que hablan de este ciclo vital como crisis y es así como Rozitchner dice con respecto a ella:

se acompaña de una gran movilización afectiva e intelectual a través de múltiples imágenes que deben ser elaboradas en ese período, para adecuar la dinámica mental a las nuevas situaciones vitales. Es una oportunidad para modificar estructuras defensivas para ampliar los recursos de la personalidad, para evitar la muerte psíquica, la compulsión a la repetición y para recuperar aspectos eróticos (2012).

Mainieri (apud Salvarezza, 1998) expresa que las preocupaciones por las que el sujeto debe interrogarse son las del tiempo, con su devenir, su cambio y su transformación, la muerte, que lleva a la discontinuidad, y el destino. La capacidad de interrogarse sobre estos temas, con la incertidumbre y el sentimiento de soledad que esa tarea requiere, son los elementos que actúan como prevención de la depresión, ya que colaboran en la elaboración del duelo de las pérdidas que se dan en esta etapa.

La historia de cada una de las personas ha dejado sus marcas. Hay fantasmas que se reactualizan y renuevan con los vínculos afectivos familiares. En toda depresión se movilizan afectos primarios. Tienen que ver con la posibilidad de la muerte real. La depresión aparece en aquellas historias donde esos primeros vínculos han sido afectados de modo traumático. Surgen antiguos duelos no elaborados que se agregan a los duelos presentes. La crisis vital permite el movimiento. Hay historias enquistadas y movimiento, que implica una crisis da la posibilidad de reconectarse y recuperar vínculos perdidos. El riesgo, de acuerdo

con estos dos autores, es inmolarse en una integridad yoica destructiva, mantenerse fiel a sí mismo y evitar toda posibilidad de cambio. Las pérdidas son un campo fértil para instalarse la depresión, la que a su vez puede cursar con otras patologías, dándose la comorbilidad. La depresión, además, es un factor que tiene incidencia en el cuidado de las enfermedades concomitantes, como en la calidad de vida de ese sujeto.

Lucero y Casali (2006) hablan de que la depresión atípica es una de las formas más frecuentes de presentación de los episodios depresivos en el adulto mayor. En ella se daría hipersomnias, aumento del apetito, fatigabilidad e hipersensibilidad interpersonal como rasgos. También se presenta la anhedonia; la tristeza no se encuentra presente o no tiene la jerarquía que acompaña otro tipo de estados depresivos. Se presenta disforia, irritabilidad, intolerancia ante mínimos motivos, insatisfacción con la vida y desconfianza. La sensación de cansancio extremo es un síntoma importante, ya que incide en incrementar la declinación funcional.

El autoconcepto y la autoestima disminuyen progresivamente con la edad, en forma significativa entre los 75 y los 84 años. Esto genera un mayor riesgo de depresión narcisista en aquellos sujetos con trastornos de personalidad. Los mecanismos de defensa paranoides los llevan a una desconfianza mayor ante lo nuevo.

La familia siempre es un factor importante en la vida del sujeto. En el adulto mayor las relaciones familiares se encuentran recargadas en cuanto a que el mundo externo empieza cada vez a tener menor preponderancia y también por la necesidad inherente a todo ser humano de poder sentirse trascendido a través de su descendencia. El adecuado interjuego entre las generaciones es importante para la salud individual y familiar. La dificultad de la validación por los hijos y los nietos para que el adulto mayor se pueda sentir trascendido por las nuevas generaciones es un problema y tiene alta incidencia en su autoestima, lo que es un factor de riesgo para la depresión del sujeto.

Este es un ciclo vital en el que, de acuerdo con Fernández Ballesteros (2000), se hace un balance entre crecimiento y declive, y esto requiere de un trabajo psíquico que impli-

ca tanto crecer con los logros como asumir el pasaje del tiempo con sus límites. La personalidad y el soporte social con que cuenta el sujeto son fundamentales para ello. Los cambios en la cotidianeidad y el mantener, así como crear proyectos de vida que incluyan a otros (Dabas y Najmanovick, 1995) son necesarios para la calidad de vida, y hace a lo que se ha dado en llamar un *envejecimiento activo*. Estos aspectos actúan como factores de protección y previenen la posibilidad de la depresión.

Algunos aspectos de la depresión en la mujer

Las investigaciones muestran una predominancia femenina para los trastornos psíquicos, principalmente el de la depresión y las distimias. Las tasas que trae la bibliografía es de dos a tres veces mayor que en el hombre (Klerman y Weissman, 1993; Burin *et al.*, 1990; entre otros). También estos estudios, principalmente este último autor, muestran que es la mujer la que concurre con mayor frecuencia a las consultas de salud mental y que tiene más prescripciones de psicofármacos.

Hay autores que remiten la sintomatología depresiva en la mujer a aspectos vinculados a una mayor vulnerabilidad por los cambios hormonales; es en el año 2002 que en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* se lo pasa a denominar «trastorno disfórico premenstrual». También se habla de la depresión posparto, pero en ella hay estudios que muestran que las mujeres que padecen este cuadro han cursado episodios depresivos anteriormente. Se trae a los desajustes hormonales como uno de los principales desencadenantes, pero siempre acompañados de factores psicológicos sociales y culturales.

Otros autores dan una mayor jerarquización a los modelos sociales y a la valoración social ante ciertos comportamientos o estilos de vida. Por lo que es importante tener en cuenta el contexto social e histórico y la relación que establecen con su medio, como también la significación subjetiva que dan a sus vivencias cotidianas.

Aspectos específicos de roles del género femenino son considerados factores de riesgo en la salud mental de las

mujeres. La literatura trae el rol maternal, y además (Burin *et al.*, 1990) habla de la tendencia a maternalizar otros roles más allá del específico.

Muchas veces el rol de ama de casa es aquella tarea que no se ve y que es desvalorizada socialmente, como que no hay nada productivo. (Burin *et al.*, 1990). trae este rol como un factor depresógeno para las mujeres (sectores urbanos y suburbanos medios), fundamentalmente por las vivencias ambivalentes o negativas que este rol provoca, la restricción para poder expresarlo, así como la exigencia de cumplir bien ese rol, dejando de lado oportunidades para sí.

La presión social en ejercer determinados roles de forma satisfactoria y con estado de felicidad, como la maternidad, también son elementos que pueden llevar a sentimientos de culpa: «adjudica a las mujeres determinados sentimientos, vivencias y valores, que no siempre coinciden con sus propias experiencias subjetivas y con sus prácticas concretas» (Burin *et al.*, 1990).

Las investigaciones indican que las mujeres responden al estrés de forma más prolongada que los hombres. Estos factores de estrés incluyen desde situaciones de carácter traumático hasta responsabilidades en el hogar y el trabajo. Hoy la mujer se ve exigida desde la sociedad, y muchas veces desde sí misma, al cumplimiento de múltiples roles que no siempre se acompañan de una justa compensación y este es un factor que eleva el riesgo de depresión.

La concepción de género y los cambios que ha tenido la mujer en la historia son considerados positivos y un elemento protector de la salud mental, pero además hay que tener en cuenta cómo se construye la propia historia, la femineidad, la valoración del ser mujer y de la sexualidad; esto tiene incidencia en los distintos factores que actúan como de riesgo o protección para la salud mental de la mujer.

Bibliografía

- American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002: 858-862.
- Berriel, F.; Paredes, M. y Pérez, R., «Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez». López, A. (coord.), *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*, t. I. Estudio cualitativo. Montevideo: Ediciones Trilce-UNFPA, 2006. Disponible en: <<http://www.investigacionenvejecimiento.psico.edu.uy/wordpress/wp-varios/gengen.pdf>>, última consulta: octubre de 2010.
- Burin, M.; Moncarz, E. y Velázquez, S., *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- Dabas, E. y Najnamovich, D. (comps.), *Redes, el lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- Eizirick, C., «Aspectos psicodinámicos de la tercera edad». *Psicología médica. Temáticas II*. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica, 1996.
- Fernández Ballesteros, R., *Gerontología social*. Madrid: Edición Pirámide, 2000, cap. 1.
- Fernández, A. M., *Instituciones estalladas*. Buenos Aires: Eudeba, 1999.
- Freeman, M. P.; Wright, R.; Watchman, M.; Wahl, R. A.; Sisk, D. J.; Fraleigh, L. y Weibrecht, J. M., «Postpartum depression assessments at well-baby visits: screening feasibility, prevalence and risk factors». *Journal of Women's Health*. 10/11/2005, vol. 14, n.º 10: 929-935.
- Klerman, G. L. y Weissman, M. M., *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
- Lucero, R. y Casali, G., «Trastornos afectivos en el adulto mayor». *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 2006, vol. 70, n.º 2: 151-166.
- Ministerio de Salud Pública-Dirección General de Salud (MSP-DGS), *Mortalidad por causa y sexo. Años 2003 a 2008*, 2010. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3791,18262>>, última consulta: octubre de 2010.
- Nolen-Hoeksema, S.; Larson, J. y Grayson, C., «Explaining the gender difference in depressive symptoms». *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, vol. 77, n.º 5: 1061-1072.
- Rozitchner, E., *La vejez no pensada*. Buenos Aires: Psicolibro, 2012.
- Salvareza, L., *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- _____ (comp.), *El fantasma de la vejez*. Buenos Aires: Tekné, 1998.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, TRATAMIENTO

MARGARITA GARAY ALBARRACÍN

ÁLVARO DÍAZ OCAMPO

LUZ VÁZQUEZ TRINIDAD

Introducción

La gran afluencia de problemas mentales que vive y experimenta la sociedad actual, unas veces relacionadas con factores personales y otras con causas sociales y culturales, el estrés social y laboral, la violencia, las migraciones, entre otros, implican nuevos retos en el arte del cuidado para los profesionales de enfermería y su formación.

Se requiere de contenidos que permitan la capacitación y la actualización permanente de estos profesionales para que en conjunto con el equipo de enfermería (auxiliares de enfermería) y otros integrantes del equipo de salud puedan desarrollar un grado de madurez y de independencia profesional digno de consideración.

En el proceso de valoración de enfermería (PAE) se intenta comprender a las personas integralmente; este debe contemplar aspectos culturales, étnicos, religiosos que ayuden a identificar en las personas indicadores de depresión.

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, la pérdida de interés o placer, los sentimientos de culpa o la falta de autoestima, los trastornos del sueño o del apetito, la sensación de cansancio y la falta de concentración (OMS, 2014).

La depresión se puede presentar en: niños, adolescentes, adultos y ancianos, pero afecta con mayor frecuencia a mujeres debido a los cambios hormonales propios de su organismo.

Factores predisponentes

Disminución en las sustancias cerebrales: serotonina (regula el estado de ánimo) y dopamina (satisfacción y placer).

- Antecedentes familiares.
- Estructura psicológica: importante en la resistencia o la fragilidad frente a la depresión. Ejemplo: usuarios con baja autoestima tienden a abatirse fácilmente ante los problemas.
- Estrés excesivo.
- Problemas en el hogar, trabajo o escuela.
- Maltrato, abuso sexual.
- Conflictos en la relación de pareja o divorcio.
- Pérdida de un ser querido.
- Consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, ejemplo: cocaína, pasta base, .
- Cambios en el trabajo o el lugar de residencia.
- Cirugía: mastectomía, amputación.
- Enfermedades graves: cáncer, diabetes, sida.
- Administración de algunos medicamentos.
- Trastornos hormonales.
- Posparto.
- Otoño e invierno, debido a reducción de la luz solar;

falta de iluminación afecta estado de ánimo de ciertas personas.

Síntomas. indicadores

- Intensa tristeza.
- Pérdida de interés hacia actividades que la persona solía disfrutar.
- Dificultad para dormir o exceso de sueño.
- Autoestima baja. Se ve al futuro como algo sin sentido y lleno de amenazas.
- Aislamiento.
- Alteraciones en el apetito. Libido.
- Sentimiento de culpa.
- Falta de concentración.
- Fatiga excesiva.
- Desesperanza.
- Ataques de llanto en cualquier momento del día.
- Consideración de que la vida le pone obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos.
- Ideas obsesivas respecto a muerte y suicidio.
- Trastornos de conducta, disminución del rendimiento escolar.
- Irritabilidad e inquietud.
- Trastornos de la sexualidad.
- Jaquecas.
- Estreñimiento.

Tratamiento

- Actualmente se incluyen:
- Psicoterapia.
- Terapia farmacológica.
- En algunos casos, terapia electroconvulsiva.

Proceso de atención de enfermería. Necesidades fundamentales en salud mental a valorar

Estado emocional

El estado de ánimo y el afecto del usuario. El estado de ánimo se refiere al estado subjetivo de la persona, que solo puede ser explicado por la persona que lo siente.

El afecto es la muestra emocional que realiza la persona de su propio estado de ánimo.

Valorar:

- El humor.
- La forma de reaccionar ante la presencia de familiares cercanos.
- La actitud corporal y gestual durante la valoración.

Seguridad

En estado depresivo resulta imposible una perspectiva sobre el porvenir, el futuro no existe; tan solo se vive el presente y este conlleva gran cantidad de sufrimiento, por lo cual la persona es incapaz de pensar que la situación podrá resolverse y dan comienzo las ideas de suicidio.

Valorar:

- Ideas de ruina, culpa o muerte.
- Sentimientos de indignidad.
- Incapacidad de proyección futura.
- Ideas de suicidio.
- Agresividad autodirigida.
- Rechazo o abandono de la medicación.
- Seguridad del entorno.

Comunicación

En la depresión es característico el tono bajo de la voz, dado que el sujeto carece de la suficiente energía. Es frecuente que hable de forma lacónica, respondiendo únicamente con monosílabos a las preguntas.

El contenido suele ser escaso y centrado insistentemente en la temática depresiva: ruina, fracaso, pesimismo y en suma, desesperación.

Valorar:

- Primera impresión: actitud, esa primera foto que percibimos del usuario.
- Tono bajo al hablar.
- Respuestas monosílabas.
- Mutismo.
- Contenido depresivo.
- Interés escaso por las cosas o las relaciones.

Alimentación

Patrón de comidas que realiza en el día.

Aumento o disminución de peso.

Imagen corporal que tenga de sí mismo.

Valorar:

- Comidas que realiza, en el lugar donde se encuentre, domicilio o en la internación. La familia es quien debe realizar un seguimiento de este patrón. En la internación es responsabilidad del equipo de enfermería controlar cómo se alimenta el usuario.

Descanso-sueño

El usuario puede presentar hipersomnia o insomnio. También un despertar precoz o presencia de pesadillas.

Valorar:

- Patrón de descanso y sueño.

Higiene

La deficiencia para el autocuidado del baño, así como de la vestimenta y su apariencia personal pueden estar presentes en estos usuarios. Pueden vestirse con prendas no adecuadas al clima del momento ni a la estética que corresponde a la persona.

Valorar:

- Estado de higiene y vestimenta, en cantidad y calidad.

Realización

La pérdida de energía y la astenia o fatiga física, habituales en la depresión, pueden preservarse, en cierta manera, gracias a la inhibición y la tendencia a la inmovilidad.

Por el contrario, son muy frecuentes las manifestaciones de fatiga psíquica y estas difícilmente pueden aliviarse.

Debido a ello, las dificultades de concentración, los errores de orientación y los fallos de memoria afectarán el rendimiento laboral y general del sujeto.

Valorar:

- Astenia: pérdida de interés para realizar cualquier actividad.
- Rendimiento laboral escaso.
- Cambios laborales, pérdidas laborales.
- Pérdidas significativas de familiares o amigos.
- Libido disminuida.
- La sexualidad adquiere matices particulares, en la depresión, la libido (impulso sexual) está francamente disminuida.

Actividades lúdicas

Las personas que presentan depresión, por lo general, padecen anhedonia, incapacidad de sentir placer. Por tanto, la capacidad de realizar actividades lúdicas y disfrutar de ellas está alterada.

Valorar:

- Anhedonia: pérdida de la capacidad de experimentar placer anticipatorio o consumatorio.
- Imposibilidad de distracción.
- Falta de interés.

Adquirir conocimientos

Esta necesidad se hallará alterada en gran manera. Alguien para quien el futuro no existe realmente no puede encontrar motivación para adquirir nuevos conocimientos.

Las alteraciones del pensamiento, enlentecido o con contenidos depresivos, de igual manera que el tono afectivo y la influencia de los recuerdos más negativos influyen en su capacidad intelectual.

Valorar:

- Falta de motivación.
- Afectación de las capacidades intelectuales.
- Incapacidad de fijar los conocimientos.

Diagnósticos de enfermería

- Aislamiento social.
- Alteración del patrón del sueño.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Alteración en los procesos de pensamiento.
- Déficit de actividades recreativas.
- Déficit de autocuidado (alimentación, higiene, vestido).
- Desesperanza.
- Impotencia.
- Intolerancia a la actividad.
- Potencial de violencia (autoagresividad, heteroagresividad).
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la comunicación verbal.

- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

Acciones

Las acciones se priorizarán de acuerdo con la situación y el momento que vive el usuario con depresión, comenzando por los aspectos biológicos que pueden estar amenazando su potencial de vida.

- Controlar los signos de deshidratación y proporcionar líquidos abundantes.
- Proporcionar la dieta adecuada a las características individuales.
- Ayudar a la higiene personal.
- Cuidar el aspecto físico, peinado, afeitado y maquillaje para mejorar su autoimagen y estimular el arreglo personal.
- Ayudar a vestirse correctamente cuando tenga dificultades de movilidad.
- Administrar medicación prescrita, indagando sus efectos adversos; al comienzo de la terapéutica con anti-depresivos existe riesgo de intento de autoeliminación.
- Favorecer y controlar el cumplimiento del tratamiento (abandonos).
- Hablar pausadamente y en tono bajo.
- Mantener una actitud de escucha.
- Actuar sin prisa, disponer de tiempo para escucharlo, estar disponible, acompañando.
- No forzar la situación, a fin de que no resulte incómoda.
- Evitar la soledad y el aislamiento.
- Ayudar a mantener las relaciones sociales.
- Proponer actividades relacionales, excursiones, clubes sociales, deportes u otros.
- Proponer, entre las distracciones conocidas, las actividades más sencillas, que, al realizarlas, permiten la satisfacción y el refuerzo.

- Favorecer los cambios ante la falta de interés.
- Procurar la variedad en las distracciones.
- Mostrar una actitud comprensiva y paciente ante la conducta inhibida.
- Registrar los temas de su interés para orientar la relación hacia personas afines.
- Reforzar la confianza del usuario en el equipo terapéutico.
- Permitir el llanto que alivia.
- Evitar expresiones de agresividad auto dirigida.
- Controlar el riesgo de intento de autoeliminación.
- Prevenir auto agresiones y retirar del alcance los objetos susceptibles de producir lesiones.
- Evitar que se quede solo.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Proporcionar intimidad para la conversación.
- Ayudar a interpretar correctamente la propia imagen.
- Fomentar sentimientos positivos y reales sobre sí mismo.

Conclusiones

Al usuario que sufre depresión es importante brindarle apoyo para que se sienta aceptado y respaldado.

Al comienzo del tratamiento con antidepresivos es conveniente ejercer vigilancia discreta, sin presionarlo.

También, ayudar al usuario a identificar aspectos positivos de su persona y entorno, reforzando su autoestima y conductas positivas; alentar al usuario a realizar actividades recreativas que en el pasado fueron placenteras para él.

Los profesionales de enfermería deben ser capaces de identificar signos y síntomas-indicadores de la depresión. No importa en qué servicio trabajen, pueden alertar al equipo de salud y elaborar estrategias conjuntas para el tratamiento precoz.

Bibliografía

- Garay, M.; Tuzzo, R. y Díaz, A., *Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención*. Montevideo: FEFMUR, 2006.
- Lista, Álvaro, *Ciencia de la depresión*. Montevideo: Psicolibros-Waslala, 2008.
- Fornes, Joana Vives, *Enfermería en salud mental y psiquiátrica*. Madrid: Panamericana, 2011.
- OMS. *Depresión. Temas de Salud*. Disponible en: <www.who.int/topics/depression/es/>, última consulta: 22/09/2014.
- Schultz, Judith y Videbeck, Sheila, *Enfermería psiquiátrica. Planes de cuidados*. Bogotá: Manual Moderno, 2011.

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA FAMILIA DEL USUARIO CON DEPRESIÓN. EQUIPO DE SALUD

BEATRIZ CAPEZZUTO CASTRO

Funciones y características de la familia

Es importante para el tema de la depresión conceptualizar y traer algunos contenidos con respecto al tema de la familia. Es el primer socializador del sujeto y quien permite el ingreso a los demás socializadores. Es la matriz. Desde antes del nacimiento, cada persona es significada por los padres y es su accionar el que habilita a separar las propias expectativas de las de ellos. Devenimos sujetos en ese tránsito. Hay encuentros y desencuentros. No hay causalidades lineales, sino multifactorialidad. El sujeto es producción y a lo largo de la vida se va construyendo en el encuentro con los otros.

Berenstein (1998) dice sobre esta institución:

La familia es una producción humana, por lo tanto básicamente simbólica, y es a su vez un factor de humanización que tiene a su cargo transmitirla. También el lenguaje es un producto humano y a través de él el ser biológico adquiere esa peculiar cualidad por la cual se puede decir que el humano

es algo más que el funcionamiento armónico de sus órganos y la familia algo más que la reunión de personas que conviven durante un tiempo prolongado en un lugar determinado [] Si no se encuentra lo simbólico, lo cual es de naturaleza compleja, se reduce la cualidad humana y seríamos tan solo una serie, una manada.

La familia se nutre de vínculos. Se nace y vive en un mundo de vínculos. La palabra deriva del latín *Vinculum*, de *vincire*, 'atar'. Es la unión o la atadura de una persona o cosa con otra. También se utiliza para expresar unir, juntar o sujetar con ligaduras o nudos. Atar duraderamente. Las relaciones son la multiplicidad de manifestaciones de los vínculos, y ellos tienen características de ligadura inconsciente.

Es un grupo de pertenencia con una red de interacciones intra y extra grupo que significa al sujeto. La familia es formadora en la modalidad del ser y estar en el mundo de la persona, en sus relaciones consigo y con los demás, es transmisora desde el primer momento y en lo cotidiano de normas, hábitos y creencias que el sujeto introyecta y pasan a ser parte de sí mismo. Su vinculación va más allá de la relación con los demás, abarca desde cómo uno se sitúa frente a la salud-enfermedad hasta los hábitos alimenticios que se tienen.

Su estructura ha tenido cambios a lo largo de la historia. A fines del siglo XIX y principios del XX la característica que presentaba era la de ser extensa, bajo el mismo techo se daba la presencia de abuelos, tíos, primos, dándose la convivencia de más de dos generaciones. Luego se dio lugar a las familias nucleares: madre, padre e hijos. En el momento actual se habla de un crisol de estructuras familiares, a las dos antedichas se le suman las monoparentales, y toda una diversidad de los llamados arreglos familiares, los que incluyen parejas de homosexuales y transexuales, entre otros. En la configuración de la familia incide el momento histórico social y cultural; es moldeada por su entorno y es transmisora y creadora de cultura.

Los vínculos se tejen en ella. Su consistencia genera una red que sostiene o la fragilidad en dicha red. Esto es un factor determinante para las disfunciones familiares.

Impacto de la depresión en la familia

La psicopatología presente en las figuras parentales incide en las relaciones intrafamiliares, afectando el desarrollo de los niños. Varios autores hablan del riesgo de la depresión en la figura materna. Green, en *Narcisismo de vida y narcisismo de muerte*, habla de la madre muerta:

no trata de las consecuencias psíquicas de la muerte real de la madre, sino de una imago constituida en el hijo a consecuencia de la depresión materna, que transformó brutalmente el objeto vivo, fuente de la vitalidad del hijo, en una figura lejana, átona, cual inanimada, que impregna de manera muy honda las investiduras de ciertos sujetos que tenemos en análisis y gravita en el destino de su futuro libidinal, objetal y narcisista (2005).

Marty (1992) habla de la importancia del trastorno depresivo en la madre para el desencadenamiento de patología psicosomática en el hijo.

El Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP) dice:

La depresión dificulta la posibilidad de la madre de recuperarse para sí misma y para sus otros vínculos personales. Por este mecanismo actúa afectando la disponibilidad en la relación con el niño perturbando fundamentalmente el ajuste madre-hijo. La madre por sus dificultades emocionales podría provocar frustraciones a destiempo, tolerar mal la dependencia, o no lograr comprender bien a su niño, no permitiendo que se organicen adecuadamente en su hijo las funciones corporales y mentales (Bernardi *et al.*, 1996).

La familia a lo largo de su desarrollo atraviesa crisis vitales y crisis accidentales. Las primeras son su desarrollo evolutivo, el que consta de los siguientes ciclos:

- Constitución de pareja.
- Nacimiento de los hijos.
- Hijos adolescentes.
- Desprendimiento de los hijos.
- Nido vacío.

La frecuencia y la intensidad de los desencuentros en ese núcleo familiar son factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología. Los dos últimos ciclos tienen la característica de que las situaciones de pérdida y duelo se dan con mayor frecuencia; por lo que cobra importancia la historia vincular, ya que tiene incidencia para la aceptación, por un lado, de la partida de los hijos del hogar, y por otro, para aceptar el pasaje de los años y los roles que se inauguran con ellos. Es de esta historia, entre otros elementos, que depende que estos cambios pasen por un proceso de duelo o se pueda instaurar una enfermedad como la depresión.

Cuando se aborda a un usuario con un cuadro depresivo es necesario observar y asistir a la familia, ya que esta no es ajena a la problemática del usuario. Hay que valorar, por un lado, la repercusión que esta patología tiene sobre ellos, y también conocer el grado de apoyo con el que el usuario cuenta para el tratamiento de su padecimiento.

Equipo

El área de la salud implica el trabajo con una realidad que tiene la característica de ser dinámica y compleja, por lo que requiere de un abordaje multifacético e integrador. El funcionamiento en equipo del personal de salud es la modalidad que mejor responde a esta realidad.

El *Diccionario* de la Real Academia dice sobre este término: «Grupo de personas profesionales o científicas organizadas para una investigación o servicio determinado».

En el área de la salud el trabajo del equipo se realiza desde dos de sus modalidades: multidisciplinaria o interdisciplinariamente, y la definición de ellos en el *Diccionario* muestra una importante diferencia. De *multidisciplinario* dice «que abarca o afecta a varias disciplinas», mientras que *interdisciplinario* es definido como «dicho de un estudio o de otra actividad: que se realiza con la cooperación de varias disciplinas». La palabra *con* señala la diferencia entre un trabajo desde la individualidad y un trabajo en el que en el vínculo con los otros se produce una construcción.

Equipo multidisciplinario

El trabajo en equipo multidisciplinario tiene el mérito de haber sido un avance que permitió en su momento la salida de un modelo biomédico reduccionista y mecanicista para dar lugar a un modelo que contempla la intervención de otras disciplinas de la salud para el logro de una mayor comprensión del sujeto.

El tiempo confirma la importancia de los distintos saberes, pero denuncia la escasa interacción entre ellos como un problema, ya que no se habilita un conocimiento integral, y esto es un factor generador de confusión en el usuario y su familia dada la parcialización a la que muchas veces se ve sometido en la atención.

Equipo interdisciplinario

El equipo interdisciplinario es considerado la forma más beneficiosa de trabajo en el área de salud. Lafon (apud Baraibar, 1996) lo describe como:

una totalidad, un grupo psicosocial viviendo y evolucionando, una interdependencia consentida donde cada uno aporta su técnica pero también su persona, es un compromiso, una comunidad de acción, lo que no quiere decir una identidad de acción, más bien lo contrario, una complementariedad de acciones.

Hay un interjuego entre las distintas especialidades, dándose una sinergia que consigue que los resultados del equipo superen la simple suma de los resultados individuales.

Todo equipo es un grupo y como tal debe de tener características, entre ellas nombraremos:

- Cooperación,
- comunicación,
- pertenencia,
- interacción,
- valores y normas,
- decisión y consenso.

El trabajo de un equipo interdisciplinario es complejo, su buen funcionamiento requiere además de un interés y metas comunes, tolerar la pérdida del predominio de un saber sobre el otro. Los narcisismos profesionales son un obstáculo a enfrentar. Las relaciones han de ser de apoyo, cooperación y confianza mutua, favoreciendo una comunicación abierta

Su quehacer debe de ser facilitador de creación o modificación de estrategias que las distintas realidades convoquen. Cada situación es única, y la verdad se va construyendo en cada momento y en cada una de las situaciones; se utiliza el aparato experiencial de cada uno de sus miembros, pero dándose un aprendizaje de lo nuevo desde su singularidad. El equipo favorece este proceso, para ello debe darse una dinámica que implique flexibilidad y habilite a entender que el conocimiento del otro aporta y genera una dialéctica. Se colabora con un ambiente reasegurador.

La evaluación continua del grupo es un requisito necesario para el buen funcionamiento y la obtención de los beneficios del trabajo interdisciplinario. Estos estarían dados por:

- Lograr un crecimiento desde lo intelectual y lo experiencial.
- Posibilitar el pensar y pensarse con otros en la tarea.
- Ampliar la escucha.
- Tener un claro conocimiento del papel y de las funciones de los demás, respetándolas.
- Fomentar una mayor capacidad resolutive.
- Posibilitar un ambiente reasegurador con una función de sostén.
- Emprender la prevención del enfermedades profesionales, entre otros.

Trabajar en red implica aprendizaje, no solo de lo técnico, sino de las relaciones y de los vínculos. Implica cooperar, que como indica Rovere (2006) , es 'co-operar, operar juntos'.

Se actúa en un proceso de cambio, favoreciendo un ambiente reasegurador, de cohesión, que da motivación en la tarea. Cada uno de los miembros desde sus distintas fun-

ciones pasa a ser un agente de cambio y no un mero receptor pasivo de decisiones que atañen a su quehacer.

Equipo transdisciplinario

Otra de las formas en que se presenta el trabajo en equipo es el transdisciplinario. Este término es usado en los últimos años para referirse a aquella actividad que trasciende una determinada disciplina. Se trata de un nivel máximo de integración donde se borran los límites entre disciplinas.

Con respecto a esta modalidad, adhiero a lo señalado por Alicia Stolkner (1999), que refiere más a un momento, al producto puntual de lo interdisciplinario, a una situación en construcción continua, no a un estado.

Ella indica que en el quehacer del área de la salud lo interdisciplinario es lo más beneficioso y que lo transdisciplinario sería un momento en el que otras disciplinas, más allá de las que integran el equipo asistencial, toman parte para mostrar distintas perspectivas sobre lo actuado. Jar (2000) considera que desde el trabajo no siempre es clara la diferencia con el concepto de 'interdisciplinario'.

La complejidad del quehacer interdisciplinario

Por todo lo visto es menester reiterar que el trabajo en equipo interdisciplinario es complejo. De este término, E. Morin expresa «*Complexus*, lo que está ligado conjuntamente [...]

Detrás de la unidad hay una multiplicidad de componentes distintos y la asociación de dichos componentes le da coherencia a la unidad» (2000).

Hay complejidad y de ella dice: «Es una palabra problema y no una palabra solución, en la cual existe una tensión permanente entre la aspiración de un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento» (Morin, 2000).

También señala este autor que hay incertidumbres e indeterminaciones tanto en los límites de nuestro entendimiento como inserto en los fenómenos.

Por ello, no hay que olvidar que el trabajo es un arte.

Bibliografía

- Baraibar R, (Comp) Enfoques de Pediatría: aspectos psicosociales. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 1996.
- Berenstein. *Psicoanalizar a una familia*. Barcelona: Paidós Iberica, 1998.
- _____ y Bianchi, G., *Familia e inconsciente*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Bernardi, R.; Schwartzmann, L.; Canetti, A.; Cerutti, A.; Roba, O. y Zubillaga, B., *Cuidando el potencial del futuro. El desarrollo de los niños preescolares en familias pobres del Uruguay*. Montevideo: Talleres Graphis, 1996.
- Capezzuto, B., «Incidencia de los factores sociales y económicos en las diferentes prácticas psicológicas hoy». *Public. Of. C.P.U.*, 2002, 132: 3-5.
- Meliá S (comp.), *Enfermería en salud mental* «Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica». Montevideo: Oficina del Libro FEFM, 2005: 95-101.
- Capezzuto B y Díaz, A., «La familia y sus crisis». *RUE*, mayo de 2008, vol. 3, n.º 1: 42-48.
- Castells, M., *El fin del patriarcado en la era de la información*. Madrid: Alianza, 1999.
- Clerc, I., «Reflexión hoy sobre vínculo y subjetividad». *Tramas (Uruguay)*, 1995, vol. 1, n.º 1: 87-89.
- Figueiras, C., *Historia de la vida privada*. Montevideo: Taurus, 1994, v. 3.
- Gil, D. y Nuñez, S., *¿Por qué me has abandonado?* Montevideo: Ediciones Trilce; 2002.
- Green, A., *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- Jar, Ana M., «Trabajo interdisciplinario e interinstitucional: ser o no ser». *Rev. argentina microbiología*. Buenos Aires, vol. 42, n.º 1, abril de 2010.
- Marty, P., *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Morin, E., *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa, 2000.
- RAE, *Diccionario de la lengua española*. Disponible en línea en: <<http://www.rae.es/rae.html>>, última consulta: agosto 2014
- Rovere M. *Redes en Salud; Los Grupos, las instituciones la comunidad*. El Agora, Córdoba: Argentina, 2006.
- Stolkner, A., «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». *El Campo Psi*, abril 1999, junio 1999 y octubre 1999. Disponible en <<http://www.campopsi.com.ar>>, última consulta: agosto 2014
- Vidal, R., *Conflicto psíquico y estructura familiar*. Montevideo: Ed. Ciencias, 1991.
- Vñar, M., *Psicoanalizar hoy*. Montevideo: Ediciones Trilce, 2002.

DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y POSPARTO

BEATRIZ CAPEZZUTO CASTRO

Es necesario presentar aspectos psicosociales con respecto al embarazo, el parto y el puerperio, para de esa forma tener una mayor comprensión de la depresión en este momento de la vida.

Aspectos psicosociales en embarazo, parto y puerperio

En la época actual al hablar de embarazo nos referimos a la mujer, pero también a su pareja y al medio social inmediato, ya que estos se encuentran involucrados acompañando a la mujer en el proceso psicológico de regresión que el embarazo provoca.

El lugar protagónico que en la actualidad tiene la figura del hombre en este proceso, sumado a las características psicológicas y a la significación que tenga del embarazo son factores que llevan en algunos casos a que el hombre acompañe a la mujer en una serie de sintomatología que antes era privativa de la ella (antojos, vómitos, aumento significativo de peso).

Hoy, el cuidado de los bebés es una actividad en muchos casos compartida entre la madre y el padre; es por eso

que ya no se habla solo de la mujer y sus cuidados en la interacción temprana, sino que se habla de «adultos maternizantes» (Corbo, Defey y D' Olivera, 2011).

Embarazo

La bibliografía muestra que el embarazo cursa con sentimientos de ambivalencia en sus integrantes. Esto es normal, pero a nivel de la sociedad y a través de los medios se impone una imagen de total felicidad sobre este momento que contrasta muchas veces con lo que se vive, por lo que actúa como presión y puede ser generador de culpa.

Algunos de los factores que inciden para la vivencia que se tenga durante el embarazo son los siguientes:

- Contexto en el que se da el embarazo, incidiendo en su significación.
- Presencia o ausencia de pareja.
- Personalidad de los futuros padres.
- Comunicación en la pareja.
- Soporte social con su apoyo emocional, material e informativo.
- Relación con el equipo asistencial e Institución sanitaria.

Los nueve meses de embarazo conllevan emociones y sentimientos. Cada situación es singular. En él se da una historia, que es dinámica y cambiante en una relación directa con aspectos internos y externos movilizados durante el proceso.

Hay una serie de temores descritos por la bibliografía como universales y por ende normales. De acuerdo con el trimestre que se cursa va a predominar un temor sobre otro.

La intensidad que cada uno de ellos tenga se encuentra vinculada con los factores antedichos; puede hablar de conflicto, o presentarse como un signo o síntoma de psicopatología. La experiencia de embarazos anteriores es un factor que también puede incrementar algunos de ellos.

Hay otros temores, fuera de los universales, que se suman, y se encuentran vinculados con la realidad de cada una de las situaciones.

Los temores maternos:

- Miedo a los cambios corporales.
- Miedo a la incapacidad de tener un hijo sano.
- Miedo a no ser una buena madre.
- Miedo a morir en el parto.

Temores paternos:

- Temor por la integridad del hijo y por su estado.
- Ansiedades referidas al estado físico o a la salud de la pareja: presión sanguínea, parto prematuro, muerte de la mujer en el parto.
- Dudas frente a la capacidad del médico, del equipo, de la institución.
- Temor por el desempeño como padre y esposo luego del parto.
- Dudas sobre la situación económica futura.

En este período las representaciones mentales que los padres tienen del bebé suelen ser cambiantes. Los rasgos físicos que imaginan guardan diferencias entre sí, lo que habilita a no tener una imagen fija, la que contrastaría con la realidad del niño que va a nacer.

La bibliografía muestra otro tipo de diferencias en las representaciones mentales del hombre y la mujer. En ella las imágenes suelen corresponder a la de un lactante, momento en que entre ambos se da una estrecha relación, y en el hombre la representación corresponde a un tiempo o edad mayor, donde la interacción entre padre e hijo adquiere mayor relevancia.

Parto

Es un momento en el que lo situacional es significativo. Las características que presente el vínculo con la pareja tienen incidencia en la vivencia frente al parto. La presencia afectiva del compañero es un factor de protección; cuando esta no se da es necesario que haya otra persona que cumpla con la función de ser apoyo.

Es un momento de culminación de algo que se ha esperado. Las variaciones individuales dentro de un parto normal muestran el agregado del factor psicológico (Deutsch, 1977).

Puerperio

Los datos estadísticos muestran que en el 80 % de las mujeres se dan vivencias de alegría, pero también se describe lo que actualmente se ha denominado *baby blues* o *Maternity blues*, que se refiere a una sensación de pena o tristeza, a veces casi no percibida, que se da en los primeros días luego del parto (Corbo, Defey y D' Olivera, 2011).

Los *baby blues* remiten de forma espontánea aproximadamente hacia el día número 12. En esta remisión incide el soporte social con el apoyo emocional con el que cuente la mujer.

Los síntomas que se dan son:

- mezcla de tristeza y alegría,
- inseguridad,
- insomnio,
- llanto,
- cefalea,
- humor ansioso.

Los *baby blues* son considerados normales, dada la situación de cambio que genera el nacimiento y el rol materno. Actualmente se los trata como una crisis vital.

Las características que se presenten en la interacción temprana varían de acuerdo con la realidad de cada situación. La presencia de un adulto maternizante es fundamental para el desarrollo del niño. Por lo general es la madre quien ocupa ese rol, pero hay situaciones donde su realidad interna no la habilita a dicho rol.

Depresión en el embarazo

Son varios los autores que trabajan este tema. Covini, Márquez López Mato y Velasco, entre otros indican que los síntomas depresivos en el embarazo se dan entre un 25 % y 35 %, y la depresión específicamente en un 10 %.

Las autoras señalan que las mujeres con depresión durante el embarazo tienen mayor riesgo de preeclampsia, ansiedad, abuso de sustancias y falta en el cuidado propio y del embarazo. Entre las consecuencias en los hijos citan el bajo peso al nacer, la presencia de partos pretérminos, problemas de comportamiento indicando que son más irritables que otros bebés, y más difíciles de consolar.

Otros estudios también señalan la relación entre variables psicológicas como estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad con partos más prolongados, nacimientos pretérmino y bajo peso al nacer. Las hipótesis están vinculadas a un cuidado prenatal inadecuado por las condiciones psicológicas de estas madres o a modificaciones a nivel bioquímico u hormonal, no teniéndose clara las causas (Cooper y Murray, 1995).

Se valora la relación entre la sintomatología depresiva en mujeres embarazadas y las repercusiones en la calidad de vida en el embarazo, encontrándose que las embarazadas presentan una menor calidad de vida que aquellas mujeres no gestantes. (Nicholson *et al.*, 2006; Mckee *et al.*, 2001).

Denise Defey (1996) de todas formas habla de que hay que destacar el efecto protector del embarazo sobre la salud mental de la madre, dado su estado regresivo y de ensimismamiento, por lo que se observa una disminución de los suicidios.

Todos los autores destacan la importancia del soporte social y el aumento del riesgo cuando este no se encuentra presente.

Depresión posparto

La Organización Mundial de la Salud describe de un 10 % a un 15 % de depresiones en este momento de la vida.

Este cuadro da comienzo entre la sexta y la decimosegunda semana, prolongándose en el tiempo, muchas veces durando más de un año.

Es una patología que trae como consecuencia el sufrimiento materno, de la pareja y en el desarrollo del bebé. La estimulación temprana es un elemento fundamental para el crecimiento y el desarrollo; y un cuadro depresivo con la consecuente desvitalización afectiva es un factor que dificulta la estimulación temprana.

Factores de riesgo para esta psicopatología:

- Antecedentes personales o familiares de depresión mayor,
- patología afectiva vinculada a cambios hormonales,
- edades extremas de las puérperas,
- sintomatología depresiva durante el embarazo,
- pobre ajuste social, problemática económica y conflictos de pareja,
- intervalo corto entre embarazos (menor de 2 años),
- enfermedad o muerte de personas cercanas,
- recién nacido con cuidados especiales.

Los síntomas que se encuentran son:

- Pesar intenso,
- agobio,
- culpa,
- autorreproche,
- falta de tolerancia,
- irritabilidad,
- insomnio,
- presencia de fobias como actitudes obsesivas.

En la actualidad se utiliza la Escala de Edimburgo (EPDS) para realizar estudios en poblaciones y detectar estos cuadros.

En nuestro país un estudio realizado por Corbo, Defey y D'Olivera (2011) con datos de nacimientos brindados por el Ministerio de Salud Pública del año 2007 y utilizando la EPDS en 309 mujeres se encontró una prevalencia general de 16,5 % de madres de niños entre 6 semanas y un año de la ciudad de Montevideo con síntomas de depresión. Estos síntomas se encontraban más en mujeres con niveles socioeconómicos más bajos y fundamentalmente en mujeres de menor nivel educativo. También concluyeron que, a pesar de no ser significativa la variable de la edad, las que se encontraban deprimidas presentaban edades levemente superiores a las no deprimidas.

Se dio mayor porcentaje de depresión en aquellas mujeres que en su constitución familiar convivían con suegros. También se encontró un número levemente superior de depresión en las que se encontraban en unión libre a diferencia de aquellas que estaban casadas.

El personal de salud debe poder identificar sintomatología de este cuadro o factores de riesgo. El diagnóstico y el tratamiento oportuno resultan eficaces, ya que permiten la prevención de muchas de sus consecuencias.

Bibliografía

- Cooper, P. J. y Murray, L., «Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept». *Br J Psychiatry*, 1995, 166: 191-195.
- Corbo, G., Defey, D. y D' Olivera, N., *Depresiones maternas*. Proyecto PNUD, 2011. Disponible en: <http://www.proyectodesarrolla.org/wpcontent/files_mf/orglibrillodepresionesmaternas>.
- Covini, E., Márquez Lopez Mato, A. y Velasco, F., «Depresión posparto: enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico». *Rev Latinoamericana de Psiquiatría*, 2013, 12 (1): 12-19.
- Defey, D. (comp.), *Producción colectiva. Los bebés y sus padres en situaciones difíciles*. Serie: Mujer y Maternidad, t. IV. Montevideo: Roca Viva, 1996.
- Deutsch, H., *La psicología de la mujer*, 2 tomos. Buenos Aires: Losada, 1977.
- Langer, M., *Maternidad y sexo*. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- López, I. y Valdés, J., *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, 2002.
- Lundy, B. L., «Prenatal Depression Effects On Neonates». *Infant Behavior & Development*, 1999, 22 (1): 119-129.
- Márquez López Mato, Andrea. *Depresión en la mujer*. Diapositivas para el Simposio Raffo AAP, Instituto de Psiquiatría Biológica Integral, 2010.
- Mckee, M.; Cunningham, M.; Jankowski, K. y Zayas, L., «Health-related functional status in pregnancy relationship to Depression and social support in a multi-ethnic population». *Obstet-Gynecol.*, 2001, junio, 97 (6): 988-993.
- Nicholson, W.; Setse, R.; Hill-Briggs, F.; Cooper, L. et al., «Depressive symptoms and healthrelated quality of life in early pregnancy». *Obstet Gynecol.*, 2006, abril, 107 (4): 798-806.
- Rojas, G.; Fritsch, R.; Guajardo, V.; Rojas, F.; Barroilhet, S. y Jadresic, E., «Caracterización de madres deprimidas en el posparto». *Rev. méd. Chile* [revista en línea], 2010, mayo, 138 (5): 536-542. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500002&lng=es)&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500002>>, última consulta: 05/09/2014.
- Vieitez, A. y Lopez Mato, A., «Psicopatología de la mujer». En: *Psiconeuroinmunología II. Nuevos dilemas para viejos paradigmas. Viejos dilemas para neoparadigmas*. Buenos Aires: Polemos, 2004: 321-345.
- Videla, M., *Parir y nacer en el hospital*. Buenos Aires: Paidós, 1996.

DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA

MARGARITA GARAY ALBARRACÍN

ÁLVARO DÍAZ OCAMPO

CECILIA LUQUEZ GALEANO

ROSSANA FREIRIA SOSA

En los centros de salud del primer nivel de atención, actualmente puerta de entrada de los usuarios al sistema de salud, se debe prestar especial atención a la detección de los signos y los síntomas de la depresión en cualquier usuario al que se brinde atención. Se privilegia la detección precoz en este nivel, así como el abordaje y el manejo de estos trastornos en forma ambulatoria por parte del equipo de salud interdisciplinario, siendo derivados aquellos casos más graves a la consulta con médico psiquiatría, asegurando un abordaje integral y holístico de los usuarios, además de un tratamiento precoz y oportuno.

Esto exige una constante actualización y formación del personal de enfermería para que le permita realizar actividades de prevención, detección precoz y oportuna, así como una pronta derivación al especialista que corresponda en cada caso particular.

La depresión ocupa el cuarto lugar dentro de las patologías más prevalentes en la actualidad, ya que afecta, según la OMS, a alrededor de 121 millones de personas en

todo el mundo y se calcula que en el año 2020 se situará en el segundo lugar, detrás de las patologías coronarias (OMS, 2014).

Estudios epidemiológicos revelan la alta prevalencia de la depresión. Entre el 9 % y el 20 % de la población estará afectada por una depresión durante su vida. Estos estudios también consideran la depresión como la cuarta enfermedad más importante en términos de impacto clínico, social y mental (OPS y OMS, 2012).

Durante el curso del embarazo la mujer experimenta sentimientos y emociones que pueden o deben armonizarse con los mandatos sociales impuestos como lo es la asunción de que el embarazo es una etapa de plenitud y felicidad lleno de expectativas positivas. Estas emociones pueden ser generadoras de factores culpógenos en aquella mujer que transcurre su experiencia en una forma particular y diferente.

Es por ello que el embarazo es considerado una etapa de gran exigencia física, mental y social (Araya, 2014).

Durante la gestación la mujer tendrá que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida. Uno de los cambios más obvios es que la madre ya no podrá pensar solo en sí misma, sino en ella y en su hijo.

El apego de la madre hacia el hijo se inicia con la noticia de estar embarazada. Esta puede ser recibida con una mezcla de sentimientos: desde felicidad hasta sentimientos de inseguridad, miedo e incluso rechazo inicial. En casi toda mujer habrá algún grado de ambivalencia, aun cuando conscientemente desee al futuro bebé.

Cuando el embarazo no ha sido planificado y ocurre, lo más importante sería su aceptación por parte de la mujer, la pareja y la familia.

En condiciones óptimas, con la confirmación del nuevo estado, se desencadenan procesos emocionales que la ayudarán a prepararse para lo que viene.

Es necesario que los profesionales de la salud estén atentos a todos estos fenómenos y retos para la futura madre,

de modo que se puedan detectar situaciones de tensión, conflicto interno intenso y luego buscar la forma óptima de ayudarla en una situación difícil, previniendo y detectando trastornos de tipo ansioso-depresivo.

Es preciso saber que se desencadenan cambios emocionales y del humor, pudiendo presentarse pensamientos negativos o sobre la incapacidad de cuidar a un bebé, de hacerlo bien, miedos sobre las consecuencias de su conducta, expectativas negativas sobre la buena asimilación en la vida de la pareja.

En mujeres primerizas aparecen miedos ante el embarazo, el parto y ante posibles complicaciones o dificultades con el bebé (Belío, 2013).

La depresión así como la ansiedad durante el embarazo son algunos de los trastornos menos detectados, abordados y que pueden afectar de forma negativa la salud materno-infantil.

Los trastornos depresivos durante el embarazo se presentan con mayor prevalencia en aquellas mujeres con antecedentes personales o familiares de estrés, mala relación de pareja y vivencias negativas del embarazo, los cuales pueden ser factores relacionados con la depresión en la mujer embarazada (OMS, 2014).

La mayoría de los estudios en nuestro país se centran en la depresión posparto, observándose una ausencia de investigaciones sobre su repercusión en la salud mental de la mujer durante la gestación (Cia Puyuelo, 2012-2013).

Según estudios epidemiológicos realizados en países europeos en el año 2005, los cuales se mantienen actualmente, el 10 % de las mujeres embarazadas sufren de depresión. Esto ocurre especialmente entre las semanas 6 y 10 y durante el tercer trimestre. El 50 % de las madres que sufren depresión durante el embarazo desarrollarán depresión posparto.

Entre los factores que influyen en la aparición de trastornos depresivos en el embarazo se encuentran: cambios hormonales, complicaciones durante ese período, realización de tratamiento de la fertilidad, pérdidas de embarazos anteriores y vivencia particular de situaciones estresantes.

Modelo de intervención de enfermería

Los modelos y las teorías de enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de esta disciplina. Facilitar la expresión de sentimientos y emociones brindando el espacio de escucha, lograr un vínculo de confianza y empatía enmarcado en un modelo de atención, como propone Hildergard Peplau (1990). Ella lo describe en su teoría de las *Relaciones interpersonales en enfermería*, dando un marco de referencia conceptual a la enfermería psicodinámica. Este modelo teórico ofrece una definición de enfermería en la que se destaca la importancia del enfermero durante el «proceso interpersonal», al que define como terapéutico y en el que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje.

Para Peplau, (1990) «La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria».

Ella ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal.

Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

Su obra produjo gran impacto, probablemente fue la primera que desarrolló un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento.

H. Peplau desde su teoría permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.

Los cuidados en enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia.

La enfermería desde su disciplina, combinación de «arte y ciencia» (Fornes y Carballal, 2001), establece un importan-

te proceso interpersonal y terapéutico, donde el trabajo en cooperación con los integrantes del equipo de enfermería y de salud integra todos esos procesos humanos para un abordaje integral a las personas en sus comunidades.

Intervenciones y actividades de enfermería

La teoría referida sustenta la práctica enfermera, lo que favorece a:

- Facilitar la «normalización» de los temores maternos y ayudar a clarificar situaciones y problemas con disposición positiva para valorar el estado emocional y mental de la usuaria.
- Realizar una completa valoración biopsicosocial emocional y espiritual de la usuaria.
- Mostrar receptividad a todas las consultas de la usuaria, con intervenciones contenedoras de la ansiedad así como tranquilizar, educar, orientar, acompañar, compartir razonablemente sus preocupaciones.
- Planificar encuentros pautados dirigidos a valorar la adaptación de la mujer a su nueva situación.
- Conocer el «sentido», «significado» personal de la mujer hacia la maternidad y la crianza.
- Enfatizar los aspectos positivos con los que cuenta la usuaria.
- Reforzar positivamente las «conductas adaptativas».
- Evaluar la necesidad de utilizar otros dispositivos de apoyo o ayuda si fuese necesario.
- Orientar en cómo usar o acceder al uso de la red social, los servicios comunitarios, la incorporación a grupos de apoyo.
- Hacer un reconocimiento precoz de factores de riesgo: obstétricos, psicosociales.
- Orientar a la usuaria: evaluar la posibilidad de incorporar a la pareja, otros integrantes de la familia o grupo de apoyo para evitar el aislamiento social, promover la ayuda en tareas y rutinas del hogar cuando así lo requiera.

- Recomendar medidas ambientales orientadas a ajustar patrones de sueño, reposo, actividad, alimentación.
- Promover medidas de autocuidado.
- Promover actividades recreativas: caminatas, encuentros con amigas, con otras embarazadas, usuarias que se atiendan en el mismo centro y con las cuales comienzan un vínculo; esto les permite compartir sus problemas y socializar con alguien que transita por el mismo proceso.
- Promover la preparación para el nacimiento, a través de la psico profilaxis del parto; los ejercicios de relajación favorecen la distensión de la usuaria, así como el descanso y el sueño.
- Incentivar ya desde el embarazo el contacto físico con el bebé: que se toque el vientre materno; si ya sabe el sexo, que lo llame por el nombre si lo tiene definido, integrando a su pareja y a otros hijos. Esto favorece las actitudes maternas y promueve el apego desde la gestación.
- Ayudar a la embarazada a que piense en el lugar que le va asignar al bebé en la casa, así como empezar a preparar lo que constituye su ajuar, todo lo cual permitirá a la madre comenzar a otorgarle un lugar al bebé en su psiquis, también en el hogar y en la familia.
- Promover y preparar a la mujer para una lactancia satisfactoria, lo cual también contribuirá al apego exitoso.
- Detectar precozmente problemas para el cuidado del bebé; adiestrarla en diferentes técnicas: baño, cambio del pañal, etcétera.
- Promover el uso de métodos de planificación familiar en el posparto.
- Coordinar visitas domiciliarias si existen antecedentes previos de riesgo psicosocial, lo cual nos permitirá conocer el ambiente donde desarrolla su vida y también favorecerá la integración del núcleo familiar.
- Realizar la derivación correspondiente al equipo de salud mental del centro de primer nivel de atención.

- Proporcionar los cuidados, por parte de los profesionales de enfermería de salud mental, teniendo en cuenta los nuevos modelos de atención en salud mental y las acciones propuestas.

En la consulta de enfermería, la relación de apoyo que se establece debe contribuir al proceso de mejora. El usuario encuentra en el profesional de enfermería a alguien neutral, capaz de comprender sus problemas y brindarle ayuda.

Además de realizar el plan de cuidados: con sus objetivos, valoración de la situación y actividades de acuerdo con los diagnósticos establecidos, se deben llevar a cabo las actividades independientes, como son la consulta de enfermería, la educación grupal e individual y el seguimiento domiciliario. Esto genera un clima de respeto, confianza, escucha, permitiéndoles a las usuarias explicitar sus dudas, sus temores y sus inquietudes. Esto contribuye a generar el sentimiento de estar en un lugar donde se pueden trabajar sus dificultades y fortalecer sus capacidades.

En este proceso de atención de enfermería intentamos elaborar conjuntamente con la mujer estrategias para encontrar soluciones a los problemas detectados.

Si a la embarazada se le diagnosticó un cuadro depresivo:

- Valorar eficacia de fármacos antidepresivos en las usuarias que padecen una depresión.
- Vigilarlas, sobre todo en los primeros quince días del tratamiento.
- Brindar soporte emocional para lograr participación de usuaria en el proceso terapéutico.
- Coordinar con el resto de los integrantes del equipo interdisciplinario e intercambiar con ellos aquellos aspectos relevantes que aporten a su tratamiento y su recuperación.
- Actualizar los conocimientos sobre el tema.

Conclusiones

La tendencia actual es tratar a los pacientes depresivos de forma ambulatoria (exceptuando casos graves y complejos), siendo este un problema de salud mental de creciente interés por su prevalencia.

Resultaría interesante conocer los principales factores que interfieren en el reconocimiento de este tipo de trastornos para favorecer la identificación precoz de la enfermedad y con ello poner en marcha el tratamiento adecuado con el objetivo final y común del bienestar de la usuaria. Para abordar a las embarazadas que sufren depresión es necesaria la capacitación de los integrantes de los equipos de salud, lo cual favorecerá la calidad de atención a estas usuarias.

Para ello es muy importante la coordinación interinstitucional entre los especialistas de psiquiatría y otros profesionales de salud mental, con los equipos de primer nivel de atención (puerta de entrada al Sistema Nacional Integrado de Salud), responsables de la atención gineco-obstétrica de las usuarias, para brindarles una atención integral y un seguimiento acorde a las normas del Ministerio de Salud Pública.

Consecuentemente se obtendría una mejora en la cobertura asistencial de estos trastornos que cumpliría con un doble objetivo: dar una respuesta eficaz a la demanda asistencial de las usuarias y optimizar los recursos sanitarios disponibles incrementando la eficacia de los servicios.

Bibliografía

- Araya, Hildara, *Depresión en el embarazo: síntomas, riesgos y tratamiento* [en línea]. Disponible en: <[embarazoyparto.about.com/.../EmbarazosDeAltoRiesgoYComplica/](#)>, última consulta: 5/8/2014.
- Bello, Jesús Magdalena, *Alternativas de abordaje de la depresión en atención primaria: capacidad de resolución de los diferentes niveles de salud*, 2003. Disponible en: <[ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap.../rceap_a2006m6n9a7.pdf](#)>, última consulta: 16/8/2014.
- Chinchilla Moreno, Alfonso, *Abordaje práctico de la depresión en atención primaria*. Barcelona: Masson, 2004.
- Cia Puyuelo, Andrea Carla, *Ansiedad y depresión. Consulta de enfermería de atención primaria* (tesis). Lérida: Universidad de Lleida, Facultad de Enfermería, 2012-2013. Disponible en: <[repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/46960/aciap.pdf](#)>, última consulta: 6/8/2014.
- Fornes Vives, J. y Carballal Balsa, M., *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Panamericana, 2001.
- Kérouac, S., *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1996.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014* [en línea]. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es>>.
- Peplau H E. *Relaciones interpersonales de Enfermería: Un marco de referencia conceptual para la Enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat, 1990.
- Samaja, J., *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL ABORDAJE DEL RIESGO SUICIDA DESDE ENFERMERÍA

MARGARITA GARAY ALBARRACÍN

ÁLVARO DÍAZ OCAMPO

Intento de autoeliminación. Definición

«Es la voluntad o deseo consciente y deliberado de darse muerte, motivado por un proceso angustioso que alcanzó a sobrepasar el nivel de tolerancia, un estado conflictivo, una crisis sin resolver que se expresa a través de la conducta suicida». Sociedad de Psiquiatría del Uruguay 2010

El intento de autoeliminación hay que considerarlo:

1. como una emergencia médica,
2. como una emergencia psiquiátrica.

Los usuarios entran en crisis al no poder resolver un problema.

Para abordar a los usuarios que realizan intentos de autoeliminación o suicidio es muy importante tener presentes algunos de los mitos:

- El que realmente se quiere matar no lo dice.

- El que dice que se va a matar no lo hace.
- El que se recupera de una crisis suicida no lo volverá a intentar.
- El suicidio se hereda.
- Los que intentan el suicidio no desean morir, solo es un llamado de atención.
- Todo el que se suicida está deprimido.
- Hablar de suicidio incentiva a que se realice.
- Todos los que se suicidan padecen una enfermedad mental grave.
- El que intenta el suicidio es un cobarde.
- El que intenta el suicidio es un valiente.
- Solo los pobres se suicidan.
- Los niños no se suicidan

Es fundamental para el equipo de enfermería y salud el vínculo con los usuarios, su familia y el equipo, teniendo presentes los cinco componentes de la relación terapéutica en enfermería en salud mental: *confianza, empatía, cuidado, autonomía y esperanza*.

Se debe resaltar la importancia de considerar los siete principios de salud mental:

- No dañar: si no puedo hacer algo bien, tendré cuidado de no hacerlo mal.
- Aceptar al usuario tal cual es.
- Generar mutua confianza entre profesional y usuario.
- Explorar conductas y emociones.
- Aportar coherencia en el proceso de atención de enfermería.
- Fomentar responsabilidad del usuario para gestionar este proceso.
- Favorecer adaptación eficaz.

Intervenciones de enfermería

Se deberán priorizar aquellos cuidados imprescindibles para mantener la vida del usuario, realizando el cuidado con abordaje integral.

Las herramientas metodológicas que utiliza enfermería:

- Proceso de atención de enfermería (PAE).
- Valoración biopsicosocial del usuario y la familia.
- Diagnósticos de enfermería.
- Planificación de acciones, según recursos humanos y materiales.
- Evaluación del proceso.
- Abordaje en equipo interdisciplinario e integral, con enfoque familiar y social, haciendo énfasis en la promoción de salud.
- Jerarquización en la clínica del vínculo profesional con el usuario, su familia, el equipo y la comunidad, favoreciendo hábitos de vida saludable.

Es importante trabajar la relación asistencial grupalmente para la promoción o la protección de la salud mental de los integrantes del equipo de salud o los estudiantes, lo cual favorece:

- Analizar situaciones clínicas de usuarios, trabajando los aspectos vivenciales de la relación asistencial usuario-equipo de salud.
- Analizar sentimientos que generan: rabia, impotencia, identificación, sobre protección, búsqueda de culpables.
- Discutir el abordaje de la situación para establecer estrategias en el cuidado y en la prevención.

La primera impresión es fundamental: visión que percibimos sobre cómo se presenta el usuario.

Observar:

- Qué dice, cómo lo dice.
- Su tono de voz.

- Lo gestual, la mirada, la postura, la apariencia que presenta el usuario.

Es como una primera foto y reviste capital importancia para el diagnóstico posterior. Compartirla con los integrantes del equipo permite contrastar diferentes visiones de la situación, ayuda a discriminar y construir entre todos el proceso de cuidados.

Los objetivos del proceso de atención de enfermería son:

- Detectar precozmente síndromes, trastornos depresivos.
- Ofertar tratamientos oportunos y adecuados.
- Reducir el tiempo de evolución de los síndromes depresivos.
- Implementar acciones de promoción y prevención en enfermería en salud mental.

El licenciado enfermero es quien define dentro del equipo de enfermería, la persona más idónea para hacerse cargo del usuario, apoyado por el resto del equipo. Deberá ser capaz de:

- Solicitar ayuda si siente que la situación la desborda. A veces nuestra omnipotencia nos lleva más allá de nuestras capacidades y asumimos problemas que no nos corresponden.
- Actuar con calma, disminuir riesgos al usuario.
- Generar confianza, escucha atenta, continentación.
- Hablar tranquilo y pausado a los usuarios.
- Dejar que el usuario exprese sus sentimientos.
- No ser críticos frente a la situación.
- No juzgar, evitar juicios de valor.
- Propiciar comunicación con la persona en situación de riesgo, con grupos de autoayuda.
- Apoyar, orientar e integrar a la familia a las redes de apoyo existentes.
- Brindar información y coordinar con redes de atención de salud.

Promover factores de protección

Apoyar a la familia para que esta apoye al usuario, en su defecto a las redes de apoyo sustitutas: amigos, compañeros de trabajo, líderes de la comunidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención y la atención de usuarios que tienen este problema.

Estimular una vida social satisfactoria, promover la integración social a través del trabajo y el saludable uso del tiempo libre.

Tener en cuenta que estas situaciones desgastan y provocan impacto en el personal, por lo cual es importante cuidar del cuidador.

¿Cuáles son las acciones que debemos promover para prevenir el intento de autoeliminación o suicidio?

- Capacitar a todo el personal que trabaja en servicios de salud sobre depresión y sus indicadores, intento de autoeliminación, factores de riesgo y protección, trabajando los mitos existentes sobre el tema.
- Realizar con los equipos de salud talleres de promoción y protección en salud mental para que puedan abordar situaciones.
- Promover talleres de motivación y reflexión, trabajo grupal sobre situaciones clínicas.
- Reforzar factores de protección y reducir los de riesgo.
- Difundir señales de advertencia del comportamiento suicida.
- Informar sobre la asociación frecuente entre depresión e intento de autoeliminación.
- Difundir el hecho de que la depresión es tratable.
- Brindar apoyo a los sobrevivientes, así como dar información para que accedan a apoyo profesional.

Información sobre ayuda disponible

Red de Atención de la Administración de Servicios Públicos del Estado (RAP, ASSE):

- Centros de salud, servicios de salud mental, primer nivel de atención.
- Unidades de salud mental.
- Intendencia de Montevideo: Policlínicas municipales: psicólogos y equipos interdisciplinarios.

Líneas telefónicas de servicios de ayuda

Organización no gubernamental Último Recurso, Vive. Para usuarios de celulares de Antel y Movistar: gratis *8483. Las 24 horas: 095 738 483 y de 19 a 23 horas: 0800 8483.

Red nacional para trabajadores en la prevención del suicidio: Renata pres.

Se accede a través de la plataforma educativa virtual de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, creada por la Unidad de Enseñanza Virtual de la facultad, administrada por la Cátedra de Enfermería en Salud Mental (Ensame). Enlace: <<http://eva.universidad.edu.uy/course/view.php?id=1950>>.

En este espacio se encuentran: materiales, decretos, leyes, videos, audios de interés. Es un espacio informativo y de intercambio abierto a los profesionales y a público en general.

Bibliografía

- Garay, Margarita, «Una adolescente con intento de autoeliminación: Cómo enfermería cuida en una situación de emergencia». Meliá, S. (comp.), *Enfermería en salud mental*. Montevideo: FEFMUR, 2005.
- Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G y Durán, M., «Prevención de la conducta suicida en adolescentes». *Guía para los sectores educación y salud*. Montevideo: Udelar-CSIC, 2013.
- Larrobla, C. y Pouy, A., «Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas». *Revista Médica del Uruguay*, 2007, 23: 2-232.†
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Mental, *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas*. Montevideo: MSP, 2006.
- Viola, Laura; Garrido, Gabriela y Varela, Alicia, «Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevidEOS». *Rev Psiquiatr Urug*, 2008, 72 (1): 9-20. Disponible en: <www.spu.org.uy/revista/ago2008/02_trabajo%20orig.pdf>, última consulta: 4/6/2014.

EL PROCESO DEL CUIDADO A UN NIÑO O ADOLESCENTE QUE REALIZA UN INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

MARGARITA GARAY ALBARRACÍN

LUZ VÁZQUEZ TRINIDAD

El intento de autoeliminación (IAE) de un niño o de un adolescente es una de las situaciones más difíciles a las que se enfrentan los equipos de salud.

El IAE constituye una emergencia psiquiátrica y requiere de medidas terapéuticas de urgencia.

Detrás de la conducta del usuario que lo llevó a realizar este acto siempre hay un proceso angustioso que alcanzó a sobrepasar el nivel de tolerancia, un estado conflictivo, una crisis sin resolver que se expresa a través de la conducta suicida.

Las características diferentes, según las edades de los niños o adolescentes que se atienden en las emergencias hacen aún más difícil el trabajo con estas situaciones, ya que pueden generar en el personal determinados sentimientos tales como:

- Angustia.
- Irritabilidad.

- Rabia.
- Impotencia.
- Incredulidad.
- Sobreprotección.
- Rechazo hacia la familia y muchas veces hacia el usuario.

Esta situación demanda en el equipo de salud y en el personal de enfermería una actitud de auto control, tolerancia, comprensión, apoyo y mucha calma, lo que contribuye a tranquilizar al usuario y a la familia durante el período de la atención de la urgencia, actitud que debe basarse en el conocimiento de la situación del usuario y en las habilidades de su cuidado, con el objetivo de limitar el daño físico y emocional.

En los servicios de urgencias se atienden en general niños mayores de 7 años con intentos de autoeliminación, ya que en los de menor edad se pueden confundir con un accidente.

El caso más frecuente de intento de suicidio es el de una adolescente que consume uno o varios medicamentos con la intención de quitarse la vida, aunque también se reciben niños y adolescentes varones que realizan intentos fallidos, con armas de fuego o armas blancas.

La depresión en los niños en pocas ocasiones se manifiesta con síntomas directos y claros como lo es en los adultos. Son diferentes y variados los modos de expresarse y cuanto más pequeño es el niño sus manifestaciones estarán más frecuentemente ligadas a dolencias corporales. El niño pequeño no sabe expresar ni interpretar como un adulto lo que está sintiendo.

Es importante identificar las señales de alerta y los factores de riesgo que pueden ser los desencadenantes que lleven a la realización de un IAE, considerando a estos con toda la atención que estas situaciones requieren.

En la adolescencia, entre los 10 y 19 años, se suceden una serie de cambios emocionales, sociales y conductuales, los que pueden ser el origen de graves problemas.

La magnitud de estos estará relacionada con la situación de salud y enfermedad del adolescente y su grupo familiar.

En este período de crisis los adolescentes necesitan relacionarse con personas en las que puedan confiar, con las que puedan comentar y resolver sus problemas cotidianos o las situaciones nuevas a las que puedan verse enfrentados, ya que muchas veces la relación con los padres es conflictiva. Tienen necesidad de un oído discreto: una tía, una abuela o una amiga que no les reproche nada, que les haga comprender que los ama y que entienda su sufrimiento en esta edad de mutación, de muerte de la infancia.

Es necesario prevenir o actuar de manera inmediata ante las dificultades del adolescente, con independencia de los problemas, sean estos orgánicos o emocionales.

De cara a establecer una relación terapéutica es esencial que los miembros del equipo de salud valoren las necesidades de los niños y de los adolescentes cuando estos llegan al servicio de salud, sin importar cuáles sean.

El equipo de salud puede ayudarlo estableciendo una relación de confianza y seguridad.

Si el usuario demuestra predilección por algún integrante del equipo, se debe reconocer la importancia y el significado de este hecho, aceptando dejarle el lugar para que realice el proceso de cuidado. Lo más importante es el usuario y el momento que está viviendo.

Hay que permitirle expresar sus opiniones, aceptando lo que dice, mostrándose en acuerdo o en desacuerdo sin ponerse a la defensiva.

Es importante también reconocer los problemas que existen, evitando una actitud crítica, ya que estos involucran modelos de interacción familiar.

No se les debe amenazar con retirarle el apoyo para forzarlo a aceptar las expectativas de los padres u otros adultos.

Hay que ayudarlo a valorar su posición sin tomar partido.

Se le debe tratar con dignidad y respeto.

Es importante establecer limitaciones justas y hacerlas cumplir con coherencia, ayudándolos a canalizar sus energías de forma constructiva y fomentar el auto control.

Indicadores de depresión

- Retraimiento.
- Incapacidad de sentir placer.
- Baja tolerancia a las frustraciones: crisis de agresividad.
- Enfermedades psicosomáticas: asma.
- Alteraciones del apetito.
- Irritabilidad, llanto fácil.
- Insomnio, pesadillas.
- Incontinencia de esfínteres.
- Quejas frecuentes de dolencias físicas: cefaleas, dolor de vientre, fatiga.
- Problemas de conducta.
- Aburrimiento persistente.
- Problemas de aprendizaje, dificultad en la concentración, retraso escolar.
- Crisis de violencia, comportamientos rebeldes y fugas del hogar.
- Se dan actos autoagresivos, potencialmente suicidas (no totalmente consciente el deseo de daño).
- Manipulación de armas, accidentes reiterados.

Diferencias entre factores y señales de riesgo suicida

Factores: son aquellas condiciones que favorecerán la precipitación de un acto suicida en las personas vulnerables.

Señales: son las manifestaciones verbales o no verbales por parte del sujeto que nos alertan acerca de la posibilidad de autoeliminación.

Señales verbales

La persona manifiesta las ideas de muerte de manera directa o indirecta:

«Estarían mejor sin mí»,
«En esta casa estoy de más»,
«La vida no vale la pena»,
«Si esto sigue así, me mato»,
«Quisiera dormirme y no despertar»,
«Voy a matarme»,
«Cuando ya no esté, se van a arrepentir»,
«Fulano hizo bien en matarse, la tenía clara».

Factores familiares predisponentes

- Hogares desmembrados.
- Fallecimiento de un progenitor.
- Violencia y maltrato familiar.
- Alcoholismo en el hogar.
- Falta de disponibilidad afectiva hacia los hijos.
- Abandono.
- Desempleo.
- Presencia de enfermedades psiquiátricas o discapacidades.
- Antecedentes de suicidio.

Factores socioeconómicos

- No escolarización.
- Pobre integración social.
- Falta de grupos de sostén comunitario.

Factores precipitantes

- Ruptura con personas significativas.
- Problemas interpersonales.
- Dificultades financieras.

Factores de alto riesgo

- Estar solo en el momento del acto.
- Abundante ideación previa con planificación.
- Uso de métodos: ahorcamiento, armas de fuego.
- Precipitación, exposición al tránsito, etcétera.
- Ocultamiento del hecho.
- Psicopatología grave previa o familiar.
- Pobre control de impulsos.
- Desesperanza y desamparo importantes.
- Comunicación y juicios pobres.
- Consumo de sustancias psicoactivas: alcohol y otras drogas como cocaína, pasta base, etcétera.

Factores de protección

- Soporte familiar afectivo y emocional: que cuenten con alguien que los escuche y les brinde contención efectiva.
- Soporte económico que les brinde oportunidades de superación, que les facilite la solución del problema.
- Soporte social: integración a grupos de pares y otros grupos religiosos, deportivos, socioculturales.
- Escolarización.
- Presencia de proyectos de futuro; por más pequeño que sea, es muy importante valorizarlo.
- Accesibilidad a servicio de salud.

Proceso de atención de enfermería (PAE).

El Licenciado de Enfermería dispone del PAE como herramienta para llevar a cabo los cuidados junto con el equipo de enfermería.

Como método científico nos permitirá realizar la valoración de la situación y establecer los diagnósticos de enfermería, priorizando los problemas para planificar los cuidados, siempre en conjunto con el resto del equipo.

Se llevará a cabo el proceso de cuidados, comenzando por todos aquellos que sean imprescindibles para mantener su vida, con abordaje integral.

Identificar los problemas:

- Biológicos.
- Psicológicos.
- Socioculturales.

El Licenciado en Enfermería determinará, dentro del equipo de enfermería, quién es la persona más idónea para hacerse cargo del usuario, apoyado por el resto del equipo. Al que se le delegue el cuidado deberá ser capaz de solicitar ayuda si siente que la situación lo desborda.

Algunas veces nos identificamos con la situación por aspectos de nuestra propia historia y no debemos olvidar que estas situaciones desgastan y provocan impacto en el personal.

Los objetivos del PAE son:

- Asegurar un cuidado de enfermería integral que preserve la vida del usuario, con confort y privacidad, respetando su individualidad, promoviendo su pronta recuperación con el menor daño posible.
- Establecer un vínculo empático con el usuario y la familia, creando un ambiente terapéutico que facilite su recuperación.
- Implementar acciones de promoción y prevención en enfermería en salud mental en conjunto con el resto del equipo.
- Desarrollar, desde el punto de vista psicosociocultural, habilidades interpersonales que nos permitan:
- Conocer qué piensa y siente el usuario y su familia sobre la situación.
- Identificar los aspectos que demandarán la atención de enfermería y aquellos otros que requerirán la de otros profesionales o técnicos del equipo de salud.
- Crear un ambiente terapéutico para alcanzar los resultados esperados.

En relación con el usuario:

- La primera impresión es fundamental:
 - Cómo se nos presenta, esa primera visión del usuario representa la primera foto que percibimos de él.
 - Qué dice.
 - Cómo lo dice.
 - Con qué tono de voz.
 - Las fascias y la gestualidad
 - Su cuidado personal.

La enfermería y el equipo de salud deben tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro para comprender la situación y abordarla con objetividad, lo cual no es fácil.

El niño y el adolescente eligen con quién compartir sus problemas, la empatía se va a dar con uno u otro integrante, hay que aceptarlo y comprenderlo.

Para ello hay que tener en cuenta:

- Edad.
- Escolarización.
- Actividades recreativas o ausencia de estas.
- Episodios de violencia intra o extrafamiliar.
- Trastornos de la alimentación.
- Limitaciones socioeconómicas que promuevan insatisfacción de necesidades.
- Forma de reaccionar ante la presencia de la familia.
- Relación con sus padres (conflictos, percepción del adolescente del nivel de continencia de estos).
- Conductas adictivas y uso de sustancias psicoactivas.
- Oscilaciones del humor: depresión, euforia, irritabilidad, antecedentes de conductas suicidas.
- Antecedentes y motivos de otras hospitalizaciones.

Es importante conocer de la familia:

- Soporte social de la familia (apoyo emocional, material e informacional).

- Red social: familia, amigos, etcétera.
- Situación civil de la familia, integración del núcleo familiar, tipo de familia.
- Calidad de la interacción con sus padres, su equipo de salud.
- Antecedentes de episodios anteriores de intentos o consulta psiquiátrica.
- Cambios que ha habido en la familia.
- Comportamiento actual de la familia ante la situación.

Ante un usuario con IAE, ¿qué hacemos?

- Consulta con un psiquiatra de niños y adolescentes, lo más rápido posible, no más de 48 horas de ocurrido el intento.
- Seguimiento con médico psiquiatra los 6 meses posteriores a su intento.
- Refuerzo de recursos de la persona, su potencial de vida.
- Esfuerzo por garantizar la seguridad personal.
- Exploración del motivo del IAE.
- Continentación del usuario y de su familia.
- Ofrecimiento de un espacio de escucha, .
- Mantenimiento de una actitud calma y neutral, afectuosa.
- Respeto a la privacidad a la familia.
- Actitud atenta a situaciones de desborde que pueden producirse.
- Actuación como nexo con el equipo de salud.
- Información a la familia sobre sus derechos, sus deberes, las rutinas y las normas del servicio y del hospital.
- Contacto con los servicios de apoyo del hospital: servicio social, damas. Acción social
- Preservación del secreto profesional.
- Puesta a disposición de información según demandas.
- Coordinación con otros profesionales.

- Registro en la historia clínica de todos aquellos aspectos que nos parezcan relevantes: de manera objetiva y detallada, pues pueden tener un valor médico legal, con fecha, hora, firma y contrafirma.

Algunos elementos a tener en cuenta para prevenir el IAE

- Capacitar a todo el personal que trabaja en los servicios de salud sobre depresión y sus indicadores.
- Realizar talleres sobre intento de autoeliminación, factores de riesgo y protección, mitos que existen sobre el tema.
- Programar talleres de promoción y protección en salud mental.
- Coordinar talleres de motivación, reflexión, y trabajo grupal sobre situaciones clínicas.
- Trabajar con la familia y la educación de los niños y los adolescentes.
- Realizar control ambiental de los factores riesgo.
- Trabajar el tema con la comunidad.
- Promover tratamiento de los usuarios con patologías psiquiátricas y seguimiento, con énfasis en aquellos con antecedentes de IAE.

Conclusiones

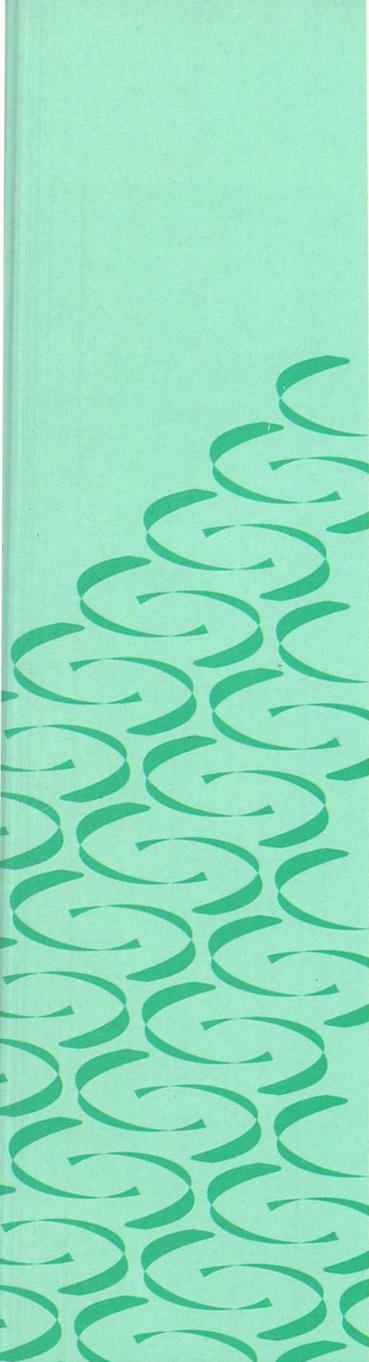
A lo largo de su formación, los licenciados en enfermería reciben conocimientos que les permiten implementar acciones de prevención y protección en salud mental. Estas pueden ser llevadas a cabo en cualquier nivel de atención donde ellos trabajen: centros de salud, policlínicas, servicios de emergencia, internación o en el medio rural.

El IAE constituye un problema de salud cuya magnitud amerita que los profesionales de enfermería lo aborden utilizando las herramientas metodológicas pertinentes.

Bibliografía

- Campos, Ramón Mauricio *et al.*, *Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes*. Disponible en: <http://www.binasss.ssa.cr/adolescencia/aserril.pdf>., última consulta: 7/7/2014.
- Garay, Margarita, «Una adolescente con intento de autoeliminación: Cómo enfermería cuida en una situación de emergencia». Melia, S. (comp.) *Enfermería en salud mental*. Montevideo: FEFMUR, 2005.
- Larobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G. y Durán, M., *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores educación y salud*. Montevideo: Universidad de la República, CSIC, 2013.
- Lista, Álvaro, *Ciencia de la depresión*. Montevideo: Psicolibros-Waslala, 2008.
- Portillo, J. *et al.*, «La adolescencia: salud y enfermedad». Celia Salvador, *Rescatando la adolescencia*. Montevideo: Banda Oriental-OPS-OMS, 1992: 213-227.
- Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería en Salud Mental, *Guía de valoración psicossocial: Módulo II del segundo ciclo. Proceso de atención de enfermería al niño y al adolescente*. Montevideo, 2014.
- Vázquez, Rafael, *Una urgencia singular: el intento de suicidio en niños y adolescentes*. Disponible en: <http://www.buenastareas.com>, última consulta: 7/7/2014.





SD

**ÁREA CIENCIAS
DE LA SALUD**

Este libro es una publicación que aborda la temática de la depresión y el intento de autoeliminación con un enfoque integral.

El trabajo está concebido como herramienta para los profesionales y auxiliares de enfermería, dada la tasa creciente de los usuarios que sufren esta patología.

Surge a partir de lo que constituye una línea de capacitación de la Cátedra de Enfermería en Salud Mental desarrollada desde hace varios años a través de dos cursos de educación permanente en la Facultad de Enfermería, contando con la financiación de la Comisión Sectorial de Educación Permanente.

COEDITORES Y AUSPICIANTES DE LA PUBLICACIÓN



CENTRO DE
POSGRADO

ISBN: 978-9974-0-1176-2



9 789974 011762