

Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Policlínico Docente "Reina"

## ANCIANOS CON INTENTO SUICIDA EN EL MUNICIPIO 10 DE OCTUBRE

*Lic. Wilfredo Guibert Reyes<sup>1</sup> y Lic. Liana Rosa Sánchez Cruz<sup>2</sup>*

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de identificar características psicosociales, demográficas y sociales importantes de los ancianos residentes en el municipio "10 de Octubre" quienes realizaron intento de suicidio en los últimos 3 a. La muestra estuvo constituida por 26 sin deterioro cognoscitivo. Se les aplicó la entrevista semi-estructurada de intento suicida, posteriormente se analizaron los resultados y se plantearon las siguientes conclusiones: Predominaron los ancianos con edades entre 60 y 69 a, raza blanca, escolaridad primaria, jubilados y con ingresos económicos medios, los principales factores de riesgo que antecedieron al intento suicida fueron: sentimiento de desesperanza, síndrome depresivo y antecedente patológico personal suicida, el factor protector para el suicidio presente en la mayoría de los ancianos fue el bienestar físico y la mayoría de ellos tenían red de apoyo social de tipo formal-informal, recibiendo fundamentalmente apoyo instrumental y percibiendo generalmente el apoyo social como de calidad deficiente.

*DeCS:* INTENTO DE SUICIDIO/etiología; ANCIANO; FACTORES DE RIESGO; PSICOLOGIA SOCIAL; APOYO SOCIAL; ENVEJECIMIENTO; CARACTERISTICAS DE LA POBLACION.

El desarrollo de la salud pública cubana y su orientación hacia la Atención Primaria de la Salud (APS), trazan nuevos derroteros en el tratamiento de problemáticas de salud complejas y multidimensionales, como el suicidio, pues en la actualidad es necesario que las intervenciones de salud sean más efectivas y estén dirigidas a la promoción

de salud y prevención de las enfermedades a partir del diagnóstico epidemiológico de las variables principales que intervienen en los principales problemas de salud objeto de nuestra atención.

Estudios demográficos en los últimos años pronostican que la población mayores de 60 a, aumentará para el año 2000, en 100 millones

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Clínica. Policlínico Docente "Reina".

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología. Máster en Psiquiatría Social. Policlínico Docente "Raúl Gómez García".

de personas en países en desarrollo y 38 millones en países desarrollados.<sup>1</sup> La OPS en 1997 refiere que el envejecimiento poblacional representará en América Latina en el año 2000, aproximadamente 42,5 millones de mayores de 60 a, y en la población mundial alcanzará 41,0 millones en esas edades.<sup>2</sup>

Cuba no ha estado exenta del aumento poblacional de los mayores de 60 a, el cual se ha comportado con un crecimiento progresivo. Así podemos observar que la expectativa de vida ha venido elevándose en las últimas décadas, alcanzando en el quinquenio 1985-1990 cifras, de 75,8 a en mujeres y 72,2 a en hombres y hacia el año 2000 podrá elevarse hasta 76,6 a en mujeres y 72,7 a en hombres.<sup>3</sup>

Para enfrentar el problema del envejecimiento, es necesario tener un enfoque integral de la salud, y orientar las intervenciones hacia medidas de promoción de salud y prevención en esta edad y en etapas precedentes, no solo para establecer diagnóstico y tratamiento, sino para lograr niveles más altos de calidad de la vida. La Psicología de la Salud, la Psiquiatría Social y la Epidemiología vinculadas entre sí permiten un abordaje nuevo de la dimensión psicosocial del envejecimiento, y sus implicaciones individuales y colectivas, que aporte conocimiento teórico práctico sobre preparación para esta etapa de vida y afrontamiento eficiente de la misma.

Por esto, vinculado al reconocimiento de los factores psicosociales se inserta como línea investigativa el estudio de la conducta suicida en ancianos siendo las propias comunidades donde viven los senescentes, el marco propicio para realizar estos trabajos.

Los estimados mundiales de causas de muerte pronostican que el suicidio de la 12va. posición que ocupaba como causa de muerte en el mundo en el 1997, pasará

hacia la 10ma. causa de muerte mundial para el año 2020.<sup>4</sup>

La evolución de las tendencias suicidas han resultado en un saldo desfavorable para las personas de la tercera edad, a mediados del siglo el volumen mayor de suicidios, se desplazó para los 40-50 a, mientras que actualmente la mayor prevalencia se encuentra a los 60 a.<sup>5</sup>

El suicidio lo entendemos como "...el acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema, para el que el acto es percibido como la mejor solución".<sup>6</sup> El suicidio es la manifestación más extrema de violencia, ya que es contra sí mismo y es resultado de un proceso psicológico que ocurre en el individuo y que tiene diferentes etapas desde el sentimiento de desesperanza hasta el suicidio consumado (Guibert W. El suicidio. Análisis crítico de aspectos importantes para su conocimiento y enfrentamiento. Trabajo para optar por el título de especialista en Psicología de la Salud. Ciudad de La Habana. 1997).

Según datos de Estadísticas del MINSAP,<sup>7</sup> la tasa de suicidio de Ciudad de La Habana en el año 1998 fue 13,2 x 100 000 hab. y para el municipio 10 de octubre fue de 13,3 x 100 000 hab.

En el primer Taller Provincial de Prevención y Atención de la conducta suicida se planteó que a partir de los 50 a el suicidio mostraba una tendencia ascendente en la ciudad; y un aumento de la letalidad de los intentos en general, siendo la tasa nacional para los ancianos de 47,9 x 100 000 hab. (MINSAP. Indicadores de Salud en el adulto mayor. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas, 1998), por lo que todos los participantes estuvieron de acuerdo con multiplicar y profundizar en las investigaciones para trabajar en la promoción de la salud mental y en la prevención de la conducta suicida con mayor calidad.

El estudio de los intentos suicidas tiene importancia porque, estos devienen en eventos antecedentes de la mayoría de los suicidios consumados, además, posibilitan identificar factores precipitantes y protectores y conocer procesos importantes en su dinámica psicológica que permita conocer el comportamiento psicosocial de la población.

En nuestro municipio 10 de octubre no existen trabajos anteriores sobre el suicidio en los ancianos por lo que decidimos realizar este con el objetivo de identificar características psicosociales, demográficas y sociales relevantes presentes en ellos.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, con los ancianos residentes en el municipio 10 de octubre, provincia Ciudad de La Habana en los últimos 3 a (1996-1998).

El universo estuvo conformado por 28 ancianos residentes permanentes del municipio que realizaron intento suicida (IS) durante el período estudiado y que fueron dispensarizados por tal motivo por sus respectivos médicos de familia, mediante tarjeta de enfermedad de declaración obligatoria. La muestra fue conformada por 26 ancianos, que cumplieran con el requisito de no presentar déficit cognoscitivo (que se determinó aplicando a cada anciano el test Minimental State Examination). Se excluyeron dos ancianos, debido al fallecimiento de uno y la mudada de otro.

Para obtener la información se elaboró la guía de entrevista semi-estructurada sobre intento suicida en ancianos que fue diseñada por los autores y sometida a proceso de validación a través de criterio de expertos. El instrumento de investigación indagaba sobre: características demográficas

y sociales; factores de riesgo; razones del intento suicida; factores protectores, sistema de apoyo social, tipo y calidad percibida.

## DEFINICIONES OPERACIONALES

Factores de riesgo suicida: Comprende antecedentes personales suicidas, antecedentes familiares suicidas, aislamiento social, síndrome depresivo, sentimiento de desesperanza, enfermedad física invalidante, amenaza de suicidio e insomnio severo, vivencia de soledad y disfunción familiar.

Vivencia de soledad: Cuando el individuo en su medio social vivencia o siente que se encuentra solo o incomprendido por sus semejantes.

Sentimiento de desesperanza: Vivencia sostenida en el individuo de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de modificar la realidad existente, independientemente de su actuación.

Factores protectores: apoyo social emocional-valorativo, bienestar físico, fortaleza interna y esperanza.

Fortaleza interna: Presencia en el individuo de rasgos personales adaptativos que incluyen un sentido de compromiso, de reto, actividad y optimismo y un sentimiento de control sobre las propias circunstancias ante situaciones potencialmente amenazantes.

Sistemas de apoyo social: redes o sistemas disponibles al individuo dentro de su comunidad que pueden proveerle ayuda para desarrollar la capacidad de afrontar problemas y como amortiguador ante sucesos vitales negativos en un proceso dinámico y transaccional. Las redes de apoyo social pueden ser de 3 tipos: formales (personas o instituciones sociales cuya tarea es ayudar o contribuir a la salud de las personas), informales (personas o grupos que voluntariamente prestan ayuda o contribuyen a la salud de las personas) o formal-informal (combinación de ambas).

Función del apoyo social: emocional (brindar afecto, seguridad y empatía emocional), valorativa (suministrar consejos, intercambio de información, aliento, valoraciones y alternativas de solución), instrumental (suministro de bienes materiales y servicios, realización de acciones concretas que ayudan al cumplimiento de la tarea) o emocional-valorativa (combinación de ambos tipos).

Calidad percibida: percepción por parte de los individuos de que satisfacen sus necesidades los que le prestan apoyo social independientemente de la efectividad real que tenga para él.

Los datos obtenidos se resumieron en 5 tablas y se utilizó el análisis porcentual, en los casos que resultó conveniente se aplicó la prueba de diferencias de media con vistas a determinar si la diferencia observada tenía significación estadística o era atribuible al azar.

## RESULTADOS

Del total de ancianos que realizaron intento de suicidio el 53,8 % pertenecen al sexo femenino y el 46,1 % al sexo masculino. En la tabla 1 se observa que la mayoría de los sujetos estudiados se encontraban entre las edades de 60 a 69 años para ambos sexos, siendo la media total para hombres y mujeres de 69,2 años, en cuanto a la raza el 76,8 % de los ancianos que intentaron suicidarse correspondieron a la raza blanca con resultados similares para ambos sexos, en relación con la escolaridad, predominó el nivel escolar primario entre los ancianos (69,2 %). Atendiendo al estado civil el 69,2 % se encontraba sin pareja estable, con predominio de las mujeres (78,4 %).

Cuando analizamos la ocupación de los ancianos estudiados, predominaban los jubilados (61,5 %) y atendiendo a los ingresos

TABLA 1 Características demográficas y sociales de los ancianos con intento de suicidio

Intento suicida por sexo	Edad			Raza		Escolaridad			Estado civil		Ocupación			Ingresos económicos		
	60-69 %	70-79 %	80 y más %	Blanca %	Mestiza %	Analfabeto %	Primaria %	Secundaria %	Con pareja estable %	Sin pareja estable %	Ama de casa %	Jubilado %	Alto %	Medio %	Bajo %	
Masculino N = 12	50	25	25	83,3	16,7	8,3	66,6	25	41,7	58,3	-	100	50	33,3	16,7	
Femenino N = 14	57,1	21,5	21,5	71,4	28,6	7,1	71,4	14,2	21,4	78,6	71,4	28,6	14,2	78,6	8,3	
Total N = 26	53,8	23,1	23,1	76,8	23	7,6	69,2	19,2	30,7	69,2	38,5	61,5	30,8	57,7	11,5	

Fuente: Guía de Entrevista Semi-estructurada sobre intento suicida.

TABLA 2. Factores de riesgo identificados en los ancianos con intento de suicidio

Intento suicida por sexo	Sentimiento de desesperanza %	Síndrome depresivo %	APP suicida %	Disfunción familiar %	Vivencia de soledad %	Enfermedades invalidantes %	Amenaza de suicidio %	APF suicida %	Deficiente apoyo social emocional-valorativo %
Masculino N = 12	100	91,7	66,8	50	41,6	16,6	8,3	8,3	83,3
Femenino N = 14	57,1	64,2	78,5	35,7	35,7	28,5	21,4	21,4	50
Total N = 26	76,9	76,9	73	42,3	38,5	23	15,3	15,3	65,4

Fuente: Guía de entrevista semi-estructurada sobre intento suicida.

TABLA 3. Razones del intento de suicidio en los ancianos

Intento suicida por sexo	Conflictos familiares %	Vivencia de soledad %	Enfermedades invalidantes %	Conflictos amorosos %
Masculino N = 12	41,6	41,6	16,6	8,3
Femenino N = 14	42,8	35,7	28,5	-
Total N = 26	42,3	38,5	23	3,8

Fuente: Guía de entrevista semi-estructurada sobre intento suicida.

tos económicos, el 57,7 % tenían un nivel medio de ingresos económicos, con tendencia al crecimiento.

En la tabla 2 podemos observar que los factores de riesgo más frecuentes fueron: sentimiento de desesperanza y síndrome depresivo (76,9 %), antecedente patológico personal suicida (73 %) y deficiente apoyo social emocional-valorativo (65,4 %).

En la tabla 3 las razones más frecuentes que llevaron a estos ancianos a cometer actos contra su vida fueron: los conflictos familiares (42,3 %), la vivencia de soledad (38,5 %) y las enfermedades físicas invalidantes (23 %).

La tabla 4 muestra que los factores protectores más frecuentes fueron: bienes-

tar físico (76,9 %), presencia de apoyo social emocional-valorativo, presencia de fortaleza interna en las personas y presencia de esperanza (15,3 %, respectivamente).

En la tabla 5 podemos apreciar como el 60 % de los ancianos plantearon la existencia previa al intento suicida de red de apoyo social formal-informal en torno a ellos, la mayoría de ellos (53,8 %) recibieron apoyo de tipo instrumental. Solamente 42,3 % percibían el apoyo social recibido como de buena calidad, mientras que el 57,7 % lo percibían como deficiente dando valoraciones de regular y mal. En relación con el sexo, observamos que las mujeres tenían con mayor frecuencia red de apoyo combinada formal-informal (66,6 %) y percepción del apoyo como de buena calidad (42,8 %).

TABLA 4. Factores protectores que estuvieron presente en los ancianos con intento de suicidio

Intento suicida por sexo	Apoyo social emocional - valorativo %	Bienestar físico %	Fortaleza interna %	Presencia de esperanzas %
Masculino N = 12	8,3	83,3	16,7	-
Femenino N = 14	21,4	71,4	21,4	15,3
Total N = 26	15,3	76,9	15,3	15,3

Fuente: Guía de entrevista semi-estructurada sobre intento suicida.

TABLA 5. Características del apoyo social y calidad percibida del mismo en los ancianos previo al intento de suicidio

Intento suicida con apoyo social	Tipo de red de apoyo social			Función del apoyo social				Calidad percibida		
	Formal %	Informal %	Formal informal %	Instrumental %	Emocional %	Valorativa %	Emocional-valorativa %	Buena %	Regular %	Mala %
Masculino N = 8	25	25	50	41,7	33,3	25	8,3	41,7	33,3	25
Femenino N = 12	8,3	25	66,6	64,3	35,7	28,6	21,4	42,8	35,7	21,4
Total N = 20	15	25	60	53,8	34,6	26,9	15,3	42,3	34,6	23,1

Fuente: Guía de entrevista semi-estructurada sobre intento suicida.

57,7

## DISCUSIÓN

El mayor número de intentos suicidas se encontró en la ancianidad menos avanzada quizás originado por combinaciones de factores sociopsicológicos que se producen en estas personas al comenzar el proceso de asimilación de la vejez, etapa de cambios significativos para las personas tanto física como emocionalmente, se conoce que a medida que se eleva la edad tienden a disminuir los intentos y a incrementarse la letalidad de los que acontecen.<sup>8</sup>

Según Devons y las estadísticas de salud<sup>2,7,9</sup> la tasa de suicidio en los ancianos es

mayor que en otro grupo de edad, llegando a duplicar los de la población en general.

En estudios realizados en otras latitudes, fundamentalmente en países desarrollados, se plantea que los blancos cometen los intentos y los suicidios con el doble de frecuencia que las personas de raza negra y sólo es superada por las minorías indígenas.<sup>10</sup>

La raza no es en sí factor predisponente para que un individuo lleve a cabo una idea autoquímica, sino que esta generalmente es portadora de una cultura que contiene creencias y actitudes en relación con la vida y a la muerte que influyen en el modo en que el

individuo refleja la realidad y afrontan las problemáticas que esta le plantea.

La escolaridad primaria en nuestros ancianos se debe a que antes de 1959, el acceso a la educación era difícil en Cuba. Esta baja escolaridad unida a la rigidez del proceso de pensamiento hacen que ellos reflejen la realidad con la que interactúan de acuerdo más a las predisposiciones cognitivas y afectivas que poseen que a la propia interacción, influyendo en la capacidad de reflexión de las personas.<sup>11</sup> Nuestros resultados son similares a los encontrados por otros autores.<sup>12</sup>

Las parejas constituyen generalmente un excelente apoyo social y en la ancianidad este apoyo es esencial por eso la separación a edades avanzadas, con las frustraciones afectivas que conllevan, tienden a estar presente en el cuadro que rodea al anciano que intenta privarse de la vida y muy en especial se destaca la viudez afrontada a través del duelo patológico, que entorpece la aceptación de la pérdida.<sup>13</sup>

Encontramos un predominio de jubilados entre los ancianos con IS como reportan otros autores,<sup>10</sup> cuando la persona no esta preparada para enfrentar este evento adecuadamente aparecen estados anímicos, donde predominan los sentimientos de pérdida y frustración y se crean dinámicas psicológicas propicias para la aparición de ideas de minusvalías, vivencias parecidas pueden originarse en las amas de casa al perder el estatus en la familia y experimentar la involución física y mental de la vejez.<sup>14</sup>

Los ingresos económicos de las personas estudiadas eran en su mayoría regulares con tendencia a buenos pues a pesar de que primaban los jubilados y las amas de casas una gran parte de estos ancianos recibían ingresos extras y la mayoría vivían acompañados, con hijos y nietos que contribuían económicamente en el hogar.

En relación con los factores de riesgo identificados en los ancianos es importante señalar que en la muestra los que aparecen con más frecuencia son los factores de riesgo esenciales<sup>15</sup> pues su presencia e interacciones dinámicas crean condiciones muy favorables para la aparición de la conducta autodestructiva al afectar la percepción activa y positiva de la realidad por el sujeto y aumentar la vulnerabilidad de sus sistemas autorreguladores.

El sentimiento de desesperanza y el síndrome depresivo aparece con mayor frecuencia en los hombres cuestión que se debe a las diferencias aparecidas en su vida, en relación con etapas anteriores, como: ya no son tratados igual en sus hogares en relación con el respeto y cariño; la jubilación disminuye capacidad económica, contacto social, etc., y el régimen de inactividad forzada produce frustración, acelera el envejecimiento físico y el deterioro intelectual y emocional<sup>5</sup> en este contexto las ancianas están más acostumbradas, tienen un círculo de intereses más amplio y una red de relaciones informales más sostenidas, que le producen mayor gratificación psicológica.

En los ancianos se ve la presencia del síndrome depresivo en la actitud negativista hacia sí mismo, hacia los demás y hacia el futuro es decir la tríada cognitiva de la depresión.<sup>16</sup> La autovaloración y percepción que hace el anciano de sí mismo, son negativas, evidenciándose elementos de autorreproche y tristeza, aún cuando se refiere al pasado estado emocional que lo convierte mas pasivo en su interacción con el medio social perdiendo espacios sociales e interpersonales para socializar la agresividad introyectada.

Los antecedentes patológicos personales suicidas es uno de los factores de riesgo más importante.<sup>12,17</sup> El hecho de que el sujeto haya intentado al menos una vez contra

su vida, afecta su filosofía de la vida, su sistema de necesidades y creencias, así como su configuración psicológica y además cuando el sujeto es capaz de vivenciar la conducta suicida aprendida como solución rápida ante determinadas situaciones le resulta difícil adoptar estrategias complejas y demoradas para provocar cambios en su ambiente relacional, en el sentido que él desearía.

También fue frecuente en nuestro estudio el deficiente apoyo social de tipo emocional-valorativo, pues los ancianos muchas veces no contaban con personas a quienes confiarles sus intimidades y que les ofrecieran apoyo emocional empático y orientaciones o valoraciones respetando su sistema de valores.

En las personas con conducta suicida parece ser que el apoyo social de tipo emocional-valorativo es el que realmente necesitan pues este contribuye a la creación de capacidades para tolerar frustraciones y resolver problemas a partir de que estimula o provoca una reestructuración cognitiva y emocional en la persona.

Las razones para el intento suicida planteadas por los ancianos son resultantes de lo que vivencialmente el anciano siente que le causó más daño emocional.

En nuestro estudio los conflictos familiares se originan al coexistir varias generaciones en un mismo hogar, encontramos que en la mayoría de los casos vivían hasta tres generaciones en los hogares, esto ocasiona conflictos intergeneracionales donde las diversas necesidades e intereses se contraponen, provocando tensiones importantes en el seno familiar, siendo los niños y los viejos los más afectados.<sup>18</sup> La mayoría de los ancianos nos refirieron, que hubieran deseado que las cosas fueran distintas en el hogar, ya que habían perdido autoridad y tenían poca participación en la dinámica familiar.

El grado de los sentimientos de soledad está en función de las expectativas afectivas del anciano y del comportamiento de quienes lo rodean. En este sentido en relación con el sexo nos llama la atención que la vivencia de soledad se observa con mayor frecuencia en los hombres y se debe a que en nuestro medio las mujeres acostumbra a buscar apoyo más fácilmente, recibiendo mayor atención por parte de los hijos y otros familiares, aunque muchos de los ancianos que se sienten solos, están siempre rodeados de familiares vecinos y otros, pero tales contactos no lo satisfacen.<sup>5</sup>

Otra razón por la cual los ancianos intentan contra su vida, es el padecimiento de enfermedades que cursan con dolores intensos y rebeldes a los tratamientos, o bien que son irreversibles, afectando mayormente a las mujeres quizás debido a la sobrecarga de género que tienen.<sup>19</sup>

Creemos que las enfermedades físicas invalidantes pueden afectar de manera importante a estas personas, pues la limitan en su desempeño social. En esta dirección algunos estudiosos indican que la incidencia del suicidio o del intento suicida en los pacientes con enfermedades físicas invalidantes es de 2 a 10 veces más frecuente que en la población general.<sup>20</sup>

El bienestar físico acorde a su etapa de vida permite a los ancianos incrementar su bienestar psicológico y tener una premisa básica para que la personalidad conserve una postura activa ante la realidad.<sup>21</sup>

La ausencia en la mayoría de los ancianos de los otros factores protectores explican que estos individuos tuvieran pocas posibilidades de que sus mecanismos autorreguladores fueran lo suficientemente flexibles para enfrentar los procesos psicológicos disfuncionales que tienen lugar dentro de la conducta autodestructiva. La desesperanza y el apoyo social emo-

cional-valorativo deficiente dificultan que el individuo desarrolle un sentido de vida lo suficiente coherente que le permita desarrollar su fortaleza interna para el afrontamiento de las situaciones difíciles de la vida.

Los factores protectores pueden coexistir en el individuo, junto con los factores de riesgo, pero su actuación muchas veces se ve anulada cuando en la dinámica psicológica predominan los desencadenantes de la conducta autodestructiva y la expectativa de autoeficacia del sujeto está deprimida.

Cuando los ancianos cuentan con red de apoyo social eficaz tienen la posibilidad de desarrollar capacidades para tolerar frustraciones y resolver las diferentes problemáticas de la vida.

Las características socioculturales nuestras y el desarrollo social alcanzado en nuestro país explican que todos nuestros ancianos cuenten con redes de apoyo social de un tipo u otro y que predomine la formal-informal.

En relación con las funciones del apoyo la más frecuente fue el apoyo instrumental, tanto en situaciones cotidianas como de crisis, sin embargo en la problemática del suicidio la función determinante para la prevención es la emocional-valorativa y no la instrumental pues es la que satisface las necesidades psicosociales reales que generalmente tienen las personas con comportamientos suicidas y estas necesidades en unión con los motivos que direccionan la personalidad determina el prisma con que la persona refleja la realidad.

Se observa la tendencia en nuestra convivencia cotidiana a sobrevalorar la ayuda material por encima de la emocional y de la valorativa e incluso, muchas veces dentro de la ayuda instrumental no se tienen en cuenta el aporte de soluciones que le permitan vivir a las personas objeto de ayuda una efectividad real de la misma.<sup>22</sup>

Nuestros ancianos en su mayoría realmente percibían la calidad del apoyo reci-

bido como deficiente a diferencia de lo reportado por otros autores<sup>12</sup> quizás a partir de que el apoyo brindado no satisfacía sus expectativas, ni sus necesidades psicológicas reales por esto se hace necesario desarrollar en los ancianos habilidades sociales para que identifiquen y utilicen eficazmente sus redes de apoyo social y adiestrar a estas para que brinden ayuda emocional y valorativa en todas las situaciones de vida y no sólo instrumental.

Es de todos conocido que una eficaz red de apoyo social personal facilita la inserción social de las personas, el aumento de su sentido de pertenencia grupal y la satisfacción de sus necesidades de afecto y seguridad que son elementos claves para el desarrollo de su identidad.

Concluimos que las características demográficas y sociales que predominaron en los ancianos con intento suicida fueron: rango de edad entre 60 y 69 años, raza blanca, escolaridad primaria, sin pareja estable, jubilados y amas de casa con ingresos económicos medios. Los principales factores de riesgo que antecedieron al intento suicida fueron: sentimiento de desesperanza, síndrome depresivo y antecedente patológico personal suicida y las principales razones para la conducta autodestructiva fueron: conflictos familiares, vivencia de soledad y enfermedades físicas invalidantes. El factor protector para el suicidio presente en la mayoría de los ancianos fue el bienestar físico y la mayoría de ellos tenían red de apoyo social de tipo formal-informal, recibiendo fundamentalmente apoyo instrumental y percibiendo el apoyo social como de calidad deficiente.

Creemos que a partir de los resultados encontrados se podrán enriquecer las acciones del sector salud y de otros sectores de la comunidad y conformar en conjunto una visión integral del suicidio en la ancianidad que permita perfilar estrategias de afrontamiento a partir de esfuerzos mancomunados.

## SUMMARY

A descriptive study was conducted aimed at identifying psychosocial, demographic and social important characteristics of the elderly who live in "10 de Octubre" municipality and who attempted suicide during the last 3 years. The sample was composed of 26 aged people without cognitive deterioration. The semi-structured interview of suicide attempt was made. The results were analyzed later and the following conclusions were reached: there was a predominance of aged white persons between 60 and 69 years old, with primary educational level, retired, and with average incomes. The main risk factors that preceded the suicide attempt were: feeling of hopelessness, depressive syndrome and pathological personal suicide history. The protective factor for suicide present in most of the elderly was physical well-being and most of them had a formal-informal network of social support and received mainly instrumental support and considered generally the social support as deficient.

*Subject headings:* SUICIDE ATTEMPTED/etiology; AGED; RISK FACTORS; PSYCHOLOGY, SOCIAL; SOCIAL SUPPORT; AGING; POPULATION CHARACTERISTICS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán A, Chávez E. Una sociedad que envejece: retos y perspectivas. *Temas* 1998;14:57-68.
2. OPS. La salud en las Américas. Washington DC: OPS, 1998:187-95.
3. Prieto O, Vega E. *Temas de Gerontología*. La Habana: Editorial Científico -Técnica, 1996:257-6.
4. Murray L, Christopher J, López AD. Mortality by cause for eight regions of the world global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349:1025-37.
5. Mesa JP. El suicidio en la vejez. En: Buendía, J (Ed) *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI, 1994:299-311.
6. Shneidman E. Definition of suicide. New York: John Wiley, 1985: 20.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico, 1998. La Habana: Servinpress, 1998:10-36.
8. Matusevich D. El suicidio en la vejez. *Boletín vivir en plenitud* 1996;38:5-14.
9. Devons CA. Suicide in the elderly: how to identify and treat patients at risk. *Geriatrics* 1996;51(3):67-72.
10. Paltiel FL. La salud mental de las mujeres de las Américas. En Gómez E. *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington DC: OPS, 1993: 144-55. Publicación científica; 541.
11. Rizo W. Depresión. Avances recientes en cognición y procesamiento de la información. Medellín: Ediciones Gráficas, 1992:67-75.
12. Guibert W, Trujillo O. Estudio del anciano con intento suicida en un área de salud de Centro Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(5):509-15.
13. Krassoievitch M. *Psicoterapia geriátrica*. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1993:86-91.
14. Richman J. Preventing elderly suicide. New York: Springer, 1993:5-20.
15. Blanca SM, Guibert W. Identificación de indicadores suicidas en la población por la enfermera de atención primaria. *Rev Cubana Enfermer* 1998;14(3):188-95.
16. Beck AT, Stter RA, Kovacs M, Garrinson B. Hopelessness and eventual suicide: 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985;142:559-63.
17. Hin Rifai A, George CJ, Stack JA, Mann JJ, Reynolds CF. Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of mayor depression in late life. *Am J Psychiatry* 1994;151:1687-90.
18. Santos BC, Armas AM, González PY. Tentativa de suicidio y apagar familiar modificado. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(1):7-13.
19. Guibert W, Prendes MC, González R, Valdés EM. Influencia en la salud del rol de género. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(4):135-8.
20. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as and outcome for medical disorders. *Medicine* 1994;73:281-96.
21. Campaña A. *Salud mental: conciencia vs. seducción por la locura*. Quito: CEAS, 1995:199-203.
22. Arón AM. La Tercera edad y sus redes sociales. *Revista Instituto Carlos Casanueva (ICC)* 1993;2(5-6):49-54.

Recibido: 15 de marzo del 2000. Aprobado: 20 de marzo del 2001.

Lic. *Wilfredo Guibert Reyes*. Serrano No. 561 (altos) e/ Santa Irene y San Bernardino, Santos Suárez, CP 10500, Ciudad de La Habana, Cuba.