

Policlínico Docente de Manicaragua, Villa Clara

SUICIDIO EN LA TERCERA EDAD: UN PROBLEMA DE SALUD COMUNITARIO

Dra. Gladys T. Gutiérrez Zurbarán,¹ Dra. Isabel Gil Rojo,² Dra. Valentina A. Jiménez Acosta³ y Dra. Bárbara Lugo Jáuriga⁴

RESUMEN

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo del total de defunciones por suicidio ocurridos en Manicaragua (1992-1999) Villa Clara, ascendente a 40 casos de la tercera edad, con el objetivo de determinar si el estado depresivo y las enfermedades crónicas invalidantes son factores de riesgo en ancianos. Analizamos variables epidemiológicas y socio-culturales. Concluyendo que en los 8 a estudiados, 1992 no tuvo suicidas de la tercera edad, el método ahorcamiento en 77,5 %; el estado depresivo predominó con 65,0 % y enfermedades crónicas invalidantes con el 35,0 %.

DeCS: SUICIDIO; FACTORES DE RIESGO; TASA DE MORTALIDAD; ANCIANO; PROMOCION DE SALUD; MEDICINA COMUNITARIA; PROBLEMAS SOCIALES; TRASTORNO DEPRESIVO.

El suicidio constituye una importante causa de defunción y un gran problema a la Salud Pública; la OMS estima que 1 000 personas cuando menos se suicidan cada día y alerta sobre el incremento de las tasas.¹ Según datos de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública de octubre de 1997, la mortalidad suicida cubana en 1996 fue de 18,3 x/100 000 hab., la que bajó si consideramos la de 1995 de 20,8;¹ esta tendencia descendente se lentificó y en 1997 fue de 18,4; en 1998 de 18,3 (Anua-

rio Estadístico 1999 del Ministerio de Salud Pública) y en 1999 de 17,6 lo que indica que se mantiene el problema; algunas provincias como Villa Clara presentan tasas por encima de la nacional de 18,6 en 1997; de 22,9 en 1998 y de 18,27 en 1999 (Estadística Provincial de Salud, Villa Clara). Los seres humanos en una situación conflictiva, se sienten frustrados o deprimidos o sienten miedos imaginarios difíciles de combatir por el razonamiento,² la edad avanzada y los cambios que le son inherentes

¹ Especialista de I grado en Medicina Legal. Profesora Asistente.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

³ Especialista de I Grado en Psiquiatría Infanto Juvenil. Instructora.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina Legal y Medicina General Integral. Profesora.

traen consigo trastornos emocionales con profundas implicaciones,³ es necesario investigar las causas suicidas en proporciones entre personas viejas,⁴ en Manicaragua la mortalidad global suicida fue en 1992 de 11,6 en 1993-95 por encima de 20,0; en el 96-97 por debajo de la nacional y en 98-99 por encima de la nacional con 20,23 en 98 y 24,17 en 99; por lo que decidimos estudiar el comportamiento de la tercera edad en las tasas de mortalidad suicida del municipio para realizar futuras estrategias de salud, encaminadas a disminuir la mortalidad en la comunidad.

El estado depresivo (ED) y enfermedades crónicas invalidantes (ECI), son los factores de riesgo suicida principales en la tercera edad en el municipio estudiado.

Por lo antes expuesto, nos propusimos en la presente investigación valorar diversas variables epidemiológicas y socioculturales en los casos suicidas, así como observar el comportamiento suicida en la tercera edad y métodos suicidas encontrados en portadores de ED y ECI.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en los casos suicidas de la tercera edad en el período entre enero del 92 a diciembre del 99 en Manicaragua, Villa Clara. Se confeccionó y aplicó formulario, para el que se utilizó información de medicina legal, salud mental, médico de familia y familiares de los suicidas. Se consideró ECI los casos de cáncer avanzado, enfermedad cardiovascular, osteomioarticular, secuelas por accidentes y psicopatologías; ED toda situación ajena a ECI, (conflictos familiares, pérdida de autoestima, muerte de seres queridos, miedos y problemas económicos; algunas variables epidemiológicas (género, edad, estaciones, estratos), socioculturales (ocupación, estado conyugal) y métodos suicidas encontrados. Los datos

se procesaron con calculadora individual, los resultados se mostraron en porcentaje y tasa.

RESULTADOS

En nuestro municipio, la tasa global de mortalidad suicida más baja en la década del 90 se registró en 1992 con 11,06 xc/100 000 hab. y la más alta en 1993 con 26,13 xc/100 000 hab. En la tercera edad la tasa de mortalidad en 1992 fue 0 y la más alta en 1995 con 83,51. En la tabla 1 distribuimos grupos etáreos y género, predominó el género masculino en el 77,5 % del total de casos (40) y en los grupos etáreos el de la sexta década de vida en el 37,5 %. En el género masculino predominó la octava década con 27,5 %, mientras que en el femenino fue la sexta década con 12,5 %.

La tabla 2 relaciona la ocupación y el estado conyugal; la ocupación pensionados 67,5 % y el estado conyugal soltero 52,5 % fueron los que predominaron.

Al considerar las estaciones y los estratos (tabla 3) de los casos estudiados, encontramos que las estaciones de Verano (30,0 %) e Invierno (27,5 %) son las de mayor incidencia y en los estratos el urbano (55,0 %).

El ED se presentó en el 65,0 % de los casos y las ECI el 35,0 % restante, en el ED la mayor incidencia fue en conflictos

TABLA 1. Distribución de casos por grupos etáreos y género en suicidas de la tercera edad

Grupos Etáreos	Género				Total	
	Femenino Casos	Femenino %	Masculino Casos	Masculino %	Casos	%
60-69	5	12,5	10	25,0	15	37,5
70-79	4	10,0	10	25,0	14	35,0
80-89	.	.	11	27,5	11	27,5
Total	9	22,5	31	77,5	40	100

Fuente: Formulario.

TABLA 2. *Relación entre ocupación y estado conyugal en suicidas de la tercera edad*

Ocupación	Soltero		Estado conyugal				Divorciado		Total	
	Casos	%	Casado	%	Viudo	%	Casos	%	Casos	%
Pensionado	14	35,0	8	20,0	5	12,5	-	-	27	67,5
Ama de casa	3	7,5	1	2,5	2	5,0	1	2,5	7	17,5
Campeño	2	5,0	2	5,0	-	-	-	-	4	10,0
Cooperativista	1	2,5	-	-	-	-	-	-	1	2,5
Obrero Agrícola	1	2,5	-	-	-	-	-	-	1	2,5
Total	21	52,5	11	27,5	7	17,5	1	2,5	40	100

Fuente: Formulario.

TABLA 3. *Relación entre estaciones y estratos en suicidas de la tercera edad*

Estaciones	Rural		Estratos Urbanos		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Primavera	5	12,5	5	12,5	10	25,0
Verano	4	10,0	8	20,0	12	30,0
Otoño	3	7,5	4	10,0	7	17,5
Invierno	6	15,0	5	12,5	11	27,5
Total	18	45,0	22	55,0	40	100

Fuente: Formulario.

TABLA 4. *Relación entre estaciones, enfermedades crónicas invalidantes y estado depresivo en suicidas de la tercera edad*

Estaciones	Enfermedades crónicas invalidantes		Estado depresivo		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Primavera	1	2,5	9	22,5	10	25,0
Verano	4	10,0	8	20,0	12	30,0
Otoño	2	5,0	5	12,5	7	17,5
Invierno	7	17,5	4	10,0	11	27,5
Total	14	35,0	26	65,0	40	100

Fuente: Formulario.

familiares (25,0 %) y pérdida de la autoestima (22,5 %), mientras que en las ECI las psicopatías se presentaron en el 17,5 %.

La tabla 4 relaciona las estaciones con el ED, tenemos que la mayor incidencia está en la primavera (22,5 %) y el verano (20,0 %),

mientras que en las ECI la encontramos en el invierno con el 17,5 %. Al relacionar los métodos suicidas con el ED y las ECI (tabla 5) la mayor incidencia corresponde al método ahorcamiento (77,5 %); dentro del ED se presentó en el 47,5 % y en las ECI en el 27,5 %.

TABLA 5. Relación entre métodos suicidas enfermedades crónicas invalidantes y estado depresivo en suicidas de la tercera edad

Métodos suicida	Enfermedades crónicas Invalidantes		Estado depresivo		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Ahorcamiento	11	27,5	19	47,5	30	75,0
Envenenamiento	2	5,0	3	7,5	5	12,5
Quemaduras	1	2,5	3	7,5	4	10,0
Sección de venas	-	-	1	2,5	1	2,5
Total	14	35,0	26	65,0	40	100

Fuente: Formulario.

DISCUSIÓN

Coincidiendo con el aumento ocurrido en todo el país planteado por *Armas Rojas y otros*, a partir de 1993 se observó en el municipio la problemática del suicidio en la tercera edad, lo que fue aumentando anualmente, y manteniéndose las tasas de mortalidad en este grupo por encima de 51,71 xc/100 000 hab. en los 6 a restantes. Los grupos de personas mayores de 60 a fueron las más afectadas respecto a cualquier otro grupo de edades, esto coincide con otros autores.^{1,4,5}

Nuestro estudio demostró que se comete más suicidio en el género masculino que en el femenino a pesar de que cometen más intentos suicidas las mujeres que los hombres y en las edades por encima de 60 a ambos géneros, y existe un límite de edad en el femenino y no así en el masculino ya que estos últimos cometen suicidio en todas las décadas y posiblemente esto responda a la educación cultural y socioeconómica que existe entre ambos sexos, lo que coincide con autores como *Armas Rojas, Wolleg y Canetto*; este último asegura que la paradójica genérica en la conducta suicida es un fenómeno real.^{1,4-6}

Si consideramos las edades de los casos estudiados, que algunos de ellos vivían

solos o con parientes con bajos ingresos per cápita y la no ocupación de éstos, tendremos factores de riesgos presentes que coinciden con los invocados por varios autores en sus estudios.^{5,7,8}

En Cuba, donde las estaciones no están definidas como en otros países, decidimos guiarnos por los meses que corresponden a éstas, y obtuvimos como resultado que en el verano, con el calor, vacaciones familiares para ir a la playa y festejos propios de estos meses, los ancianos quedan un poco aislados y en los meses de invierno, el frío aumenta las dolencias y también el aislamiento de éstos pues muchos familiares toman vacaciones y se celebran festividades por esta época, otros autores como *Santillana Hernández y Hakko* opinan lo mismo.^{7,9}

Respecto al estrato urbano consideramos que este predominio está dado en que muchas de las áreas que se consideran urbana en nuestro municipio son rurales si nos ajustamos a parámetros internacionales, por lo que no coincidimos con autores como *Kryzhanovskaya y Pilyagino* que dicen que la frecuencia de suicidio es mayor en regiones con desarrollo industrial (que no es nuestro caso) y en áreas rurales.¹⁰ El

resultado obtenido en nuestro trabajo nos hace pensar que las causas psicosociales tienen mayor peso que las biológicas y genéticas en los casos estudiados, son de la misma opinión Lynch y otros que plantean la presencia de ideas suicidas en los adultos viejos deprimidos.^{7,8,10,11} La tabla 4 se corresponde con lo planteado en la tabla 3 respecto a las estaciones, considerando que el adulto mayor en la primavera y verano se deprime y se considera un estorbo para la familia, ya que considera que los limita en sus actividades y durante los meses de invierno se agudizan sus enfermedades limitándolos aún más; también es el criterio de varios autores al respecto^{7,9,11} El ahorcamiento es el método letal duro que más se ajusta a nuestra cultura y estructura socioeconómica; la idea del suicidio se asocia a enfermedades con altos niveles de incurabilidad, seguida de depresión en personas con larga vida, donde la idea suicida se asocia fuertemente al suicidio consumado en la tercera edad, al considerar que son

una carga para la familia y no tener ningún valor social; análisis similares hacen otros autores en sus estudios como Lynch TR y otros.^{1,11,12}

Podemos concluir que en 1992 no se produjo suicidio en la tercera edad. La mortalidad suicida comenzó en 1993 y se ha mantenido hasta el 99 con tendencia hacia el aumento. El género más afectado fue el masculino, en la sexta década de vida, se mantiene en la séptima y octava década; no ocurrió así en el femenino, donde predominó la sexta década de vida. Predominaron pensionados, solteros, verano y estrato urbano. El estado depresivo predominó sobre las enfermedades crónicas invalidantes y dentro del estado depresivo conflictos familiares, primavera y el método empleado fue el ahorcamiento. En las enfermedades crónicas invalidantes psicopatologías, invierno y método ahorcamiento. Medicina familiar y atención primaria tienen la posición clave para identificación de las conductas suicidas y elevar la promoción de salud mental en la comunidad.

SUMMARY

A descriptive and retrospective study of the total deaths from suicide occurred in Manicaragua (1992-1999), Villa Clara, was conducted in order to know if the depressive state and the chronic disabling diseases are risk factors among the elderly. It was observed that 40 aged persons committed suicide during that period. The epidemiological and sociocultural variables were analyzed. We concluded that no aged person committed suicide in 1992, that 77.5 % hanged themselves, that the depressive state prevailed in 65 % and that 35.0 % suffered from chronic disabling diseases.

Subject headings: SUICIDE; RISK FACTORS; MORTALITY RATE; AGED; HEALTH PROMOTION; COMMUNITY MEDICINE; SOCIAL PROBLEMS; DEPRESSIVE DISORDER.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armas Rojas NB, Ramos Valle I, Murla Alonso P, Sosa Lozano I, Rodríguez Salva A. Evaluación de algunos aspectos del programa nacional de prevención de la conducta suicida. Municipio Playa 1995. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 1998;36(2):105-12.
2. San Juan Pérez L. Los avatares de la efectividad. *Rev Signos* 1996;43:112-4.

3. Devas CAJ. Suicide in the elderly: how to identify and treat patients at risk. *Geriatrics* 1996;51(3):67-72.
4. Stevens JA, Hosbrouck LM, Durant TM, Dillinger AM, Batabyal PK, Crosby AE, et al. Surveillance for injuries and violence among older adults. *Morb Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ* 1999;48(8):27-50.
5. Holleg HL, Fick G, Leve EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 1998;33(11):543-51.
6. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):1-23.
7. Santillana Hernández SP de, Alvarado Moctezuma LE. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. *Rev Méd IMSS* 1999;37(2):111-5.
8. Cases F, Harford T. Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States 1934-1987. *J Stud Alcohol* 1998;59(4):455-61.
9. Hakko H, Rosanen P, Tuhones J. Seasonal variation in suicide occurrence in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(2):92-7.
10. Kryzhanovskaya L, Pilyagino G. Suicidal behavior in the Ukraine, 1988-1998. *Crisis* 1999;20(4):184-90.
11. Lynch TR, Johnson CS, Mendelson T, Robins CJ, Ronga K, Krishnan R, et al. Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *J Affect Disord* 1999;56(1):9-15.
12. Szanto K, Reynolds CF, Conwell Y, Begley AE, Houck P. High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(11):140-6.

Recibido: 7 de noviembre del 2000. Aprobado: 11 de marzo del 2001.

Dra. *Gladys T. Gutiérrez Zurbarán*. Calle Oriente Norte No. 25 e/ F. Dámaso y Feria, Manicaragua, Villa Clara, Cuba.

Fe de erratas

En los artículos

- Fracciones biodisponibles de arsénico, plomo, cadmio y mercurio en sedimentos de corrientes superficiales seleccionadas que salió publicado en la *Rev Cubana Hig Epidemiol* 1999;37(3):132-5. En la tabla 1 las unidades deben ser $\mu\text{g/g}$ y no mg/g .
- Evaluación sanitaria de plomo en aguas en Cuba que salió publicado en la *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2000;38(3):179-83. En la tabla 1 las unidades deben ser $\mu\text{g/L}$ y no mg/L .

En la página 181, 2do. párrafo de la primera columna se expresó 20 mg/g en lugar de 20 $\mu\text{g/g}$

En la página 181, 3er. párrafo de la segunda columna se expresó 1,1 mg/L en lugar de 1,1 $\mu\text{g/L}$