

INTENTO SUICIDA DEL ANCIANO EN UN ÁREA DE SALUD

Wilfredo Guibert Reyes¹ y Omar Trujillo Grás²

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el área de salud urbana atendida por los Policlínicos Docentes Reina y Van Troi, municipio Centro Habana, provincia Ciudad de La Habana, con el propósito de identificar características psicosociales y sociodemográficas importantes en los ancianos que realizaron intento suicida en el quinquenio 1993-1997. La muestra estuvo conformada por los 20 ancianos dispensarizados por tal motivo, residentes permanentes del área y que no presentaron déficit intelectual, a los cuales se les aplicó el instrumento confeccionado al efecto: La entrevista Semiestructurada sobre Intento Suicida. Los principales resultados fueron: intentaron suicidarse básicamente por conflictos familiares, enfermedades físicas invalidantes y sentimientos de soledad; la mayoría tenía, previo al intento, red de apoyo social de tipo formal-informal y percibida de calidad; el sentimiento de desesperanza, el síndrome depresivo y los antecedentes personales de suicidio fueron los principales factores de riesgo que antecedieron al hecho.

Descriptores DeCS: INTENTODESUICIDIO; psicología; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; ANCIANO.

Actualmente, a muchas personas el suicidio le parece demasiado espantoso y sin sentido para poderlo concebir. Se podría decir que hay tabúes que impiden discutir este tema de forma abierta y sería aunque este flagelo permanece arraigado en diversas latitudes y en diferentes culturas, y cobra un número importante de víctimas anualmente en las distintas edades, en particular en la ancianidad.¹

El suicidio ha sido explicado por las ciencias desde distintos ángulos, predominando los enfoques sociológicos y psico-

lógicos. Hoy, existe el consenso de que ninguna de estas teorías aisladamente es capaz de brindar una explicación completa de este fenómeno, que de hecho es multifactorial, por lo que lo determinan elementos psicológicos y sociales, no descartándose la influencia de condiciones biológicas.^{2,3}

El suicidio puede conceptualizarse como "el acto humano de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidisciplinario en un individuo necesitado que delimita un problema para

¹ Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Clínica. Instructor de la Facultad "Calixto García". Policlínico Docente Reina. Ciudad de La Habana.

² Licenciado en Psicología. Máster en Psicología Clínica y en Gerontología Médica y Social. Instructor. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Ciudad de La Habana.

el que el acto es percibido como la mejor solución".⁴

Este comportamiento se puede presentar a cualquier edad y el nivel que alcanza en la vejez es de gran magnitud en muchos países, lo que está determinado porque muchos ancianos lo consideran una solución, tanto a sus problemas psicosociales, como a los existenciales.⁵

La evolución de las tendencias suicidas ha resultado desfavorable para las personas de la tercera edad. Si en el 1er. cuarto del presente siglo, el volumen mayor de suicidios ocurría entre los 15 y los 25 años, posteriormente, este fenómeno se desplazó para los 40-50 años y actualmente la mayor prevalencia se encuentra en los 60.^{6,7}

Recientemente en el I Taller Provincial de Prevención y Atención de la Conducta Suicida se planteó que hacia diciembre de 1997 la media nacional de la tasa de suicidio estaba en 19 x 100 000 habitantes, que la de Ciudad de La Habana había subido en relación con el año anterior, y que a partir de los 50 años el suicidio mostraba una tendencia ascendente en la ciudad y un aumento del porcentaje de letalidad de los intentos en general, siendo la tasa nacional para los ancianos de 47,9 x 100 000 habitantes (Cuba. Ministerio de Salud Pública. Indicadores de salud en el adulto mayor. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas, 1998). Por ello hubo consenso en los participantes en cuanto a la necesidad de multiplicar y profundizar en las investigaciones para trabajar en la prevención con eficacia.

El presente estudio pretende caracterizar este fenómeno dentro del enfoque de riesgo,⁸ identificando aspectos que son relevantes: características psicosociales y sociodemográficas de los ancianos que intentaron suicidarse. Su realización brindó una medida de la necesidad de atención de salud ante este problema en la población

anciana que posibilite brindar más a los que necesiten más.

Métodos

Se realizó una investigación exploratorio-descriptiva, de corte transversal en el área de salud urbana atendida por los Policlínicos Docentes Reina y Van Troi, del municipio Centro Habana, en Ciudad de La Habana. Este municipio es el más densamente poblado de la ciudad y uno de los más envejecidos (18 % de población anciana).

El universo de estudio estuvo conformado por los 26 ancianos residentes del área de salud referida que realizaron intento suicida durante el quinquenio 1993-1997, y que fueron dispensarizados por tal motivo por sus respectivos Médicos de Familia. De este total se pudieron investigar 20, pues de los restantes, 2 fallecieron y 4 cambiaron de residencia.

Se aplicó a cada uno de los sujetos, de manera individual y en su sitio de residencia, garantizando su consentimiento informado, el instrumento propuesto al efecto para la exploración del intento suicida: la guía de Entrevista Semiestructurada sobre Intento Suicida en Ancianos, sujeta a un posterior trabajo de validación. Este instrumento se subdividió en 5 áreas referentes a los propósitos de la investigación: características sociodemográficas, razones del intento suicida, sistemas de apoyo utilizados y calidad percibida de éstos, factores de riesgo, antecedentes y presencia de algunos mitos sobre el suicidio.

Previo a la aplicación de la entrevista se le aplicó a cada anciano el *test Minimental State Examination*, para que el deterioro intelectual del sujeto no falseara las respuestas; ninguno de los 20 ancianos evidenció deterioro cognoscitivo.

Los datos obtenidos se sometieron a análisis porcentual; se estimaron las tasas de prevalencia del intento suicida y la razón entre tasas, y en los casos que resultó conveniente, en virtud del análisis de los resultados, se aplicó la prueba de diferencia de medias, para determinar si la diferencia observada entre proporciones o porcentajes tenía significación estadística o si podía ser atribuida al azar.

Resultados

En la tabla 1 de las 20 personas investigadas, el 80 % fue del sexo femenino, por lo que la razón de femeneidad fue de 4. En relación con la edad, el 50 % de los sujetos se concentró en el subgrupo de 60-64 años y la media de edad fue de 66,8 años.

Un 80 % de los ancianos correspondió a la raza blanca, la mayoría de ellos tenía nivel escolar primario (60 %) y no tenía pareja estable (60 %), eran jubilados y de bajo nivel de ingresos económicos el 70 %.

Las razones que indujeron al intento suicida se aprecian en la tabla 2. Predominaron los conflictos familiares (30 %), las enfermedades físicas invalidantes (25 %) y el sentimiento de soledad (20 %).

En la tabla 3 se reflejan los resultados sobre el apoyo social, un 85 % de los ancianos consideró que poseía red de apoyo, un 50 % planteó la presencia de una red de tipo formal-informal, o sea, compuesta tanto por personal especializado como por parientes, amigos y familiares; y más de la mitad de los individuos (65 %) consideró que el apoyo social que recibió previo al intento suicida fue bueno.

En la tabla 4, se evidencia que al menos la mitad de la muestra posee los factores de riesgo siguientes: sentimientos de desesperanza (95 %), síndrome depresivo (90 %) y antecedentes patológicos personales de suicidio (50 %).

TABLA 1. Características sociodemográficas de los ancianos con intento suicida del área de salud "Reina-Van Troi"

Característica	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	4	20
Femenino	16	80
Edad		
60-64	10	50
65-69	2	10
70 y más	8	40
Raza		
Blanca	16	80
Negra	3	15
Mestiza	1	5
Escolaridad		
Primaria	12	60
Secundaria	4	20
Media superior	4	20
Estado civil		
Casamiento-unión	8	40
Divorcio-separación	6	30
Viudez	6	30
Ocupación		
Ama de casa	6	30
Jubilación-pensión	12	60
Trabajador activo	1	5
Desocupado	1	5
Ingresos económicos		
\$ 70 - \$ 120	14	70
\$ 121 - \$ 171	2	10
Más de \$ 171	4	20

TABLA 2. Razones de intento suicida en los ancianos encuestados del área de salud "Reina-Van Troi"

Razones	Frecuencia	%
Conflictos familiares	6	30
Enfermedad física invalidante	5	25
Sentimientos de soledad	4	20
Descompensación situacional	2	10
Crisis económica	1	5
Pérdida familiar importante	1	5
Conflicto amoroso	1	5

TABLA 3. Sistemas de apoyo utilizados y eficacia de éstos en los ancianos con intento suicida del área de salud "Reina-Van Troi"

Sistemas de apoyo	Frecuencia	%
Presencia de red de apoyo		
Sí	17	85
No	3	15
Tipo de red de apoyo		
Únicamente informal	8	40
Únicamente formal	2	10
Formal-informal	10	50
Calidad percibida de apoyo social		
Bueno	13	65
Regular	3	15
Malo	4	20

TABLA 4. Factores de riesgo identificados en los ancianos con intento suicida del área de salud "Reina-Van Troi"

Factor de riesgo	Frecuencia	%
Sentimiento de desesperanza	19	95
Síndrome depresivo	18	90
Antecedente patológico personal suicida	10	50
Antecedente patológico físico suicida	5	25
Enfermedad física invalidante	5	25
Amenaza de suicidio	3	15

Nota: Los factores de riesgo: aislamiento social e insomnio no fueron referidos por ninguno de los ancianos.

En la tabla 5 vemos que los mitos que predominaron de los explorados fueron "para vivir sin poderse valer por uno mismo, es mejor estar muerto"; y "cuando uno está viejo y solo, más vale morir" con un 50 % de frecuencia en los ancianos con intento suicida.

TABLA 5. Presencia de mitos sobre el suicidio en los ancianos encuestados del área de salud

Mitos sobre el suicidio	Frecuencia	%
"Para vivir sin poderse valer por uno mismo, es mejor estar muerto"	10	50
"Cuando uno está viejo y solo, más vale morir"	10	50
"Las personas que intentan el suicidio, están dispuestas a morir en realidad"	5	25
"Todas las personas suicidas son enfermos mentales"	4	20

Discusión

En el período analizado, el estimado de población anciana del área estudiada fue de 5 232 hombres y 7 344 mujeres, por lo que las tasas de prevalencia del intento suicida por 10 000 ancianos fueron de 11,46 para el sexo masculino y de 27,33 para el femenino, con una razón de tasas por sexo femenino/masculino de 2,37.

Al aplicar la prueba de diferencia de medias, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($Z = 1,91$; $p = 0,0275$) que permite afirmar que las ancianas intentaron el hecho más que los ancianos, corroborándose lo que se plantea en la literatura consultada de que las mujeres intentan el suicidio con una frecuencia 3 veces mayor que los hombres, pero utilizando métodos menos letales.⁹ *Blumenthal* afirma, "la mortalidad es uno de los factores confirmados que separa a quienes se suicidan de hecho, que son sobre todo hombres, de quienes intentan, que son principalmente mujeres".²

Teniendo en cuenta la estructura poblacional del área de salud estudiada, las tasas de prevalencia de intento suicida (IS)

por 10 000 ancianos fueron estimadas en 31,80 para el subgrupo 60-64 años; 6,89 para los de 65-59 años y 12,25 para 70 años y más (sobre la base la totalidad de IS). El mayor número de IS se concentró en la ancianidad menos avanzada, y se conoce que a medida que se eleva la edad, tienden a disminuir los intentos y a incrementarse la letalidad de los que acontecen.¹⁰

En relación con la raza, la mayoría de los estudios plantean que los blancos cometen el acto suicida y, por ende, los intentos, con el doble de frecuencia respecto a las personas de raza negra, y sólo los superan las minorías indígenas.^{11,12} En nuestro caso los registros estadísticos en relación con este aspecto eran deficientes, lo que obstaculizó un análisis profundo de esta variable.

La escolaridad baja, el escaso ingreso económico y el estado civil, creemos que fueron factores de poca influencia directa sobre la ocurrencia de IS en nuestro estudio, pues en el 1ro. su comportamiento fue homogéneo para la totalidad de la población anciana del área estudiada, en el 2do. la influencia negativa de la inseguridad económica no es determinante, su efecto depende de cómo se refracte a través del prisma personal, y en el 3ro. al aplicarle la prueba de diferencia de medias, no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los subgrupos con pareja estable y sin ella ($Z = 0,913$; $p = 0,1807$). No obstante, en la bibliografía se apunta que el divorcio y la separación a edades avanzadas, con las frustraciones afectivas que originan, tienden a estar presentes en el cuadro que rodea al anciano que intenta privarse de la vida.¹³

En investigaciones epidemiológicas¹⁴ (Riera C, Alonso O, Masid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: MINSAP, 1998), se ha encontrado que el mayor riesgo de conducta suicida (CS)

aparece en los jubilados, y que el afrontamiento inadecuado a esta situación social intensifica la aparición de sentimientos y pensamientos negativos, premisas de la conducta autodestructiva.

Las razones por las que estos sujetos realizaron el IS siempre son de interés y se relacionan con el entorno sociopsicológico en que interactúa la persona, en nuestra área existe un predominio de familias extendidas producto del déficit habitacional existente. Por ello, el 100 % de los ancianos investigados conviven en familias de 2 o más generaciones y esto puede dar lugar a que las necesidades e intereses experimentados se contrapongan en determinados momentos y circunstancias, provocando tensiones en el seno familiar que afectan en especial a los más frágiles: los ancianos y los niños, que los vivencian como conflictos familiares negativos.¹⁵

Desde hace unos años se ha planteado que las enfermedades físicas invalidantes contribuyen al suicidio en los ancianos, sobre todo aquellas que cursan con dolores intensos y rebeldes a los tratamientos; en nuestros sujetos las afecciones reumáticas pueden ser causa del denominado "suicidio reactivo al estado fisiopatológico".⁶

Debe distinguirse entre aislamiento social y soledad. Al hablar de este sentimiento se alude a las vivencias subjetivas de ausencia de interacciones sociales íntimas; por ello, como corrobora la presente investigación, los ancianos que se sienten solos están casi siempre rodeados de familiares, vecinos y otras personas; pero tales contactos no los satisfacen del todo a pesar de tener redes de apoyo social formal e informal, así la valoran basándose fundamentalmente en el apoyo instrumental, tanto en situaciones cotidianas como de crisis, subvalorando el apoyo emocional habitual y ante eventos evaluados como

estresantes, aspecto determinante en la evitación de la conducta autodestructiva.

Como expresa *Antonucci*¹⁶ el apoyo social no es sólo transacción de ayuda material, sino también de afecto o afirmación, y en nuestro contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y a subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y emocional como tal, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene el sujeto en el momento del apoyo son materiales o psicosociales; cuestión importante esta si tenemos en cuenta que la teoría de la necesidad¹⁷ sostiene que la salud de un sujeto depende de la relación entre las necesidades existentes y el apoyo social que las satisfaga o facilite su satisfacción.

En relación con los factores de riesgo que antecedieron al IS nuestros resultados coinciden con investigaciones previas,^{2,13,15} pues éstos están involucrados en la dinámica psicológica que se produce en estas personas.

El sentimiento de desesperanza y la depresión distorsionan negativamente la percepción del sujeto de la realidad y disminuyen la actividad de la personalidad en su entorno concreto, predominando en el sujeto un esquema de pensamiento que implica visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro que lo conduce a una pérdida de interés por la vida.¹⁸

Cuando estos aspectos aparecen en un sujeto que previamente ha utilizado la CS como solución rápida a un problema o para modificar su situación de vida, entonces el riesgo de autodestrucción es muy alto, y en unión con otras variables se llega a producir el acto.

En la cultura cotidiana de la población existen un conjunto de mitos sobre el suicidio que contribuyen de manera negativa a la vivencia del fenómeno y a la forma de afrontarlo. Portadores de estos mitos también son los ancianos con CS y esto dificulta la adopción de un comportamiento más activo ante las realidades de su existencia, cuestión que empobrece su visión de las circunstancias y dañan la autoestima del individuo convirtiéndolo más vulnerable a auto-agredirse.

En conclusión, las características sociodemográficas que predominaron fueron: sexo femenino, edad entre 60 y 64 años, raza blanca, escolaridad primaria, sin pareja estable, pensionado y con ingresos económicos bajos; y las características psicosociales relevantes fueron: los conflictos familiares, las enfermedades físicas invalidantes y sentimientos de soledad. Los principales factores de riesgo que antecedieron al acto fueron: los sentimientos de desesperanza, síndrome depresivo y antecedentes patológicos personales suicidas; la mayoría de los ancianos, previo al intento suicida tenía red de apoyo social, básicamente de tipo formal-informal y la presencia en ellos de mitos sobre el suicidio fue baja.

Recomendamos formular modelos epidemiológicos de factores de riesgo sobre las poblaciones ancianas que van a ser objeto de una intervención preventiva sobre la conducta suicida, y profundizar en el conocimiento de los factores protectores más importantes para evitar el suicidio en nuestros ancianos.

SUMMARY: A cross-sectional descriptive study was carried out at the urban health area served by the "Reina" and "Van Troi" Teaching Polyclinics, in Centro Habana municipality, Havana City province, aimed at identifying psychosocial and sociodemographic characteristics that are

important for those for those elderly who attempted suicide between 1993 and 1997. The sample included 20 aged persons that were classified for that reason and who were permanent residents in that area and had no intellectual deficit. The semistructured interview on suicide attempt was used. According to the results, these people attempted suicide due basically to family conflicts, physical disabling diseases and loneliness. Most of them before the suicide attempt had good quality formal and informal social support. The feeling of despair, the depressive syndrome and the personal history of suicide were the main risk factors that preceded the event.

Subject headings: **SUICIDE, ATTEMPTED/psychology; PRIMARY HEALTHCARE; AGED.**

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. 1995 World Health Statistical Annual. Ginebra: WHO, 1996.
2. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 1988;72:937-71.
3. Schneidman E. Suicidio. En: Fredman AM, Sadock BM, Kaplan H, eds. *Tratado de psiquiatría*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1985; t3:1950-62.
4. _____. Definition of suicide. New York: John Wiley, 1985:26-9.
5. Schaff A. La alienación como fenómeno social. Barcelona: Grijalbo, 1988:110-5.
6. Mesa JP. El suicidio en la vejez. En: Buendía J, eds. *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI, 1994:299-311.
7. 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.
8. Suárez EN, Krauskopf D. El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas. Una perspectiva psicosocial. En: Maddaleno M, Munist MM, Silbert TJ. *La salud del adolescente y del joven*. Washington D.C. OPS, 1995:183-93. (Publicación Científica; 552).
9. Isometsa E, Henriksson M, Lonnquist R. Depression and suicide. *Ann Med* 1997;27(2): 145-6.
10. Krassoievitch M. *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993:167-70.
11. Paltiel FL. La salud mental de la mujer en las Américas. Washington D.C: OPS, 1993:1-9. (Publicación Científica; 541).
12. Richman J. Preventing elderly suicide. New York: Springer, 1993:10-30.
13. Matusevich D. El suicidio en la vejez. *Vivir en Plenitud* 1996;10:5-14.
14. Buendía J, Riquelme A. Jubilación, salud y envejecimiento. En: Buendía J, eds. *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI, 1994:215-25.
15. Plutchik R. Suicide risk: amplifiers and attenuators. En: Plutchik R, Praag HM van eds. *The psychobiology of aggression*. New York: Haworth, 1997:173-86.
16. Antonucci TC. Personal characteristics, social support and social behavior. En: Binstock RH, Shanas E, eds. *Handbook of aging and social sciences*. New York: Van Nostrand, 1985:93-128.
17. Galtung J. The basic needs approach. En: Lederer K, ed. *Human needs*. Cambridge: Harvard Press, 1980:33-46.
18. Llorca G, Blanco AL, Díez MA, González-Tabla M, Manzano JM, Sánchez JL. La depresión. Madrid: Jarpyo, 1994:66-72.

Recibido: 14 de mayo de 1999. Aprobado: 15 de junio de 1999.

Dr. Wilfredo Guibert Reyes. Serrano #561 (altos) e/Santa Irene y San Bernardino. Santo Suárez, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.