

Tentativa de suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012

Suicide attempts in the population older than 15 years during the biennium 2011-2012

MsC. Mariela Chacón Veranes,^I Lic. Alexander Galán Sánchez,^{II} Lic. Luisa María Guerra Alvarez,^I MsC. Yoandria Marín Laera^I y Dr. Julio Núñez Naranjo^I

^I Sede Universitaria Municipal de Ciencias Médicas, Contra maestre, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Centro Universitario Municipal Contra maestre, Contra maestre, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de corte retrospectivo y transversal, de 71 pacientes (de 15 años y más) con antecedentes de intento de suicidio, pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente América 2 del municipio de Contra maestre en Santiago de Cuba, durante el bienio 2011-2012, con vistas a determinar el comportamiento de la tentativa de suicidio en ellos. En la casuística preponderó el sexo femenino, con más frecuencia en el 2011 del grupo etario de 15-19 años (16,5 %) y en el 2012 del grupo de 25-59 años (29,5 %); la procedencia fue mayormente urbana (53,5 %) y, como ocupación de los integrantes, predominaron los estudiantes en el 2011 (15,4 %) y los obreros en el 2012 (21,8 %). Asimismo, el método más empleado para intentar el acto fue la ingestión de psicofármacos, con superioridad en el sexo femenino (45,0 %) y el número de pacientes con intento de suicidio se incrementó en 5 en el 2012, lo cual representó 7,0 % más que el año precedente.

Palabras clave: intento de suicidio, psicofármacos, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective and cross-sectional study of 71 patients, (15 years and over) with a history of suicide attempt, belonging to the health area of América 2 Teaching Polyclinic from Contra maestre municipality in Santiago de Cuba was carried out during the biennium 2011-2012, aimed at determining the behavior of the suicide attempt in them. Female sex, with higher frequency in 2011 of the age group 15-19 (16.5%) prevailed in the case material, and in 2012 the age group 25-59 (29.5%); the origin was mostly urban (53.5%) and, as occupation, students prevailed in 2011 (15.4%) and workers in 2012 (21.8%). Also, the most used method for the attempt was the psychotropic drugs ingestion, predominantly in the female sex (45.0%) and the number of patients with suicide attempt increased in 5 by 2012, representing 7.0% over the previous year.

Key words: suicide attempt, psychotropic drugs, primary health care.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida, ya sea idea suicida, amenaza suicida, intento suicida o muerte por suicidio, puede observarse en personas de cualquier edad: niños, adolescentes, adultos y, sobre todo, en adultos mayores de 65 años.¹

La conducta suicida es causa de la mitad de todas las muertes violentas y representa casi un millón de víctimas al año; asimismo, el número de tentativas suicidas es de 10 a 20 veces mayor y los costos económicos alcanzan miles de millones de dólares.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada día, al menos 1 000 personas se suicidan y 10 000 lo intentan; de hecho, esta forma extrema de autoagresión se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países y entre las 5 primeras en las naciones desarrolladas de Europa y América del Norte. Durante la última década ocupó el tercer o cuarto lugar como origen de defunción en las personas de 15-49 años de edad.

Según las estimaciones, para el 2020 las víctimas en todo el mundo podrían ascender a 1,5 millones. Anualmente el número de suicidios en Estados Unidos es alrededor de 22 000, aunque algunos estiman que la cifra real es el doble. Por su parte, Cuba y los demás países caribeños y latinoamericanos conforman algunos de los territorios que poseen menos de 20 000 suicidios por año.²

Cada persona -- hombre o mujer -- posee mecanismos de adaptación que pone en práctica ante situaciones de conflicto; a pesar de ello, muchos no logran "adaptarse", ya sea por la magnitud de la condición, que no admite cambios, o por la incapacidad de aceptar el nuevo medio.

El suicidio continúa siendo un gran misterio. Nadie sabe con certeza el porqué una persona se quita la vida, cuando es lo más valioso que posee un ser humano; en ocasiones ni el mismo individuo sabe por qué lo intenta. A casi todos los seres humanos les ha pasado esta idea por la mente; por ejemplo, la frase "quisiera morirme" o la ingestión de 3 tabletas para dormir, con el pensamiento de "no quisiera despertar más", son, de una forma u otra, manifestaciones de evasión a situaciones conflictivas internas o externas, es decir, de nosotros mismos, incluido nuestro psiquismo, hacia los que nos rodean o la sociedad.

Muchos especialistas valoran más esta conducta como una evasión de la realidad, que por su expresión inmediata: el deseo de morir.³

Cabe agregar que el suicidio ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Numerosos personajes famosos de la actualidad y del pasado han muerto por esta causa.

Los criterios respecto al suicidio han variado de una época a otra y, por supuesto, de una cultura a otra. En la Europa antigua, sobre todo durante el imperio romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. De igual forma, en algunas doctrinas como el estoicismo, se admitían muchas razones legítimas para su práctica, por ejemplo: el filósofo Séneca lo enaltecía como un acto último de una persona libre; Cicerón lo encontraba honorable entre políticos e intelectuales o cuando se realizaba en defensa del honor, aunque en líneas generales lo condenaba; Platón, en cambio, consideraba el suicidio como una ofensa contra la sociedad, pero lo justificaba cuando sucedía en respuesta a acontecimientos muy graves; finalmente, Aristóteles lo consideraba como un acto de cobardía y lo rechazaba tajantemente.

Sin embargo, ya en la Edad Media se le consideraba un pecado y a los suicidas no se les aplicaban los rituales mortuorios que de ordinario recibían los fieles.

En la literatura universal, en especial la inglesa, el suicidio es tema recurrente y es presentado como una respuesta ante la culpa o el desamor. Al respecto, Shakespeare incluyó el suicidio en varios de sus dramas, cuyo ejemplo más relevante es Romeo y Julieta.

El término "suicidio" comenzó a usarse en España, en la crítica que Fray Fernando de Ceballos, en 1972, realizó a Voltaire en su obra "La falsa filosofía y el ateísmo". En el siglo XVIII se inició la visión del suicidio como enfermedad mental y se expusieron 2 tesis fundamentales: como la de Pinel, quien consideró el suicidio como un síntoma de melancolía, y la de Esquirol, que lo atribuyó como una enfermedad o un delirio agudo, aunque precisó que también puede estar provocado por las "múltiples incidencias de la vida".⁴

De acuerdo con la definición de E. Schineidman, ofrecida en 1993, el suicidio es el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar para siempre con la presión de una angustia que el individuo evidencia como insoportable.⁵

Sigmund Freud analizó el suicidio desde el punto de vista del psicoanálisis y lo definió como un fenómeno fisiológico, inducido por factores, como el contexto o el ambiente donde el individuo habita. En 1897 el psicólogo francés Émile Durkheim, precursor de la sociología moderna, en su obra El suicidio señaló que estas conductas son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social, ya sea excesiva o insuficiente, del individuo en la colectividad; por tanto, el suicidio sería un hecho social.^{6,7}

La palabra "suicidio" resulta de 2 palabras latinas *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar) y, por ende, su significado literal es "acción de matarse sí mismo". Se podría definir como toda aquella conducta que va encaminada hacia la autodestrucción, por acción u omisión del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad, en dependencia de lo que la persona sepa del móvil de su conducta.⁸⁻¹⁰

Teniendo en cuenta que el suicidio es una de las causas más frecuentes de defunción a nivel mundial, y específicamente en el municipio de Contramaestre de la provincia de Santiago de Cuba se han notificado varios casos, se decidió llevar a cabo esta investigación, para lograr un mayor conocimiento sobre este problema de salud y así enfrentarlo adecuadamente.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte retrospectivo y transversal, de 71 pacientes con antecedentes de intento de suicidio, pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente América 2, en el municipio de Contramaestre de Santiago de Cuba, durante el bienio 2011-2012, con vistas a determinar el comportamiento de la tentativa de suicidio en ellos, para lo cual se consideraron las variables: edad, sexo, ocupación, localidad, método empleado, manifestación de la tentativa de suicidio y año en que se intentó el acto.

La información se obtuvo del Departamento de Estadística de la mencionada área, a través del registro de suicidios en la tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), que recoge los datos generales del paciente, la dirección particular, la fecha de ocurrido el hecho y el método empleado.

Entre los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los pacientes con tentativa de suicidio en las edades de 15 y más años, que estuvieran notificados en la tarjeta EDO. Se excluyeron los afectados menores de 15 años.

RESULTADOS

Al analizar el comportamiento de la tentativa de suicidio según edad y sexo (tabla 1), se observó que en el año 2011 predominó el sexo femenino en el grupo etario de 15-19 años, lo que representó 16,5 %, seguido del grupo de 25-59 años, con 12,6 %; a diferencia del año 2012, en el cual primaron las féminas del grupo etario de 25-59 años, con 29,5 %.

Tabla 1. Pacientes con tentativa de suicidio según edad y sexo

| Grupo etario | Año 2011 | | | | Año 2012 | | | | Total | |
|--------------|-----------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | Masculino | | Femenino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | | |
| 15-19 | 3 | 4,2 | 12 | 16,9 | 1 | 1,4 | 5 | 7,0 | 21 | 29,5 |
| 20-24 | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 | | | 3 | 4,2 | 6 | 8,4 |
| 25-59 | 3 | 4,2 | 9 | 12,6 | 6 | 8,4 | 21 | 29,5 | 39 | 54,9 |
| 60 y más | 2 | 2,8 | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 | | | 5 | 7,0 |
| Total | 9 | 12,6 | 24 | 33,8 | 9 | 12,6 | 29 | 40,8 | 71 | 100,0 |

En relación con el comportamiento de la tentativa de suicidio según la localidad de procedencia (tabla 2), en los 2 años de estudio predominaron los pacientes del área urbana, con 39 de ellos, para 54,9 %.

Tabla 2. Pacientes con tentativa de suicidio según área de procedencia

| Año | Zona urbana | | Zona rural | | Total | |
|-------|-------------|------|------------|------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 2011 | 18 | 25,3 | 15 | 21,1 | 33 | 46,4 |
| 2012 | 21 | 29,5 | 17 | 23,9 | 38 | 53,5 |
| Total | 39 | 54,9 | 32 | 45,0 | 71 | 100,0 |

Respecto a la tentativa de suicidio según la ocupación (tabla 3), en el año 2011 fue más frecuente en los estudiantes, con 15,4 %, seguido de los obreros, con 9,8 %; sin embargo, en el 2012, predominaron los obreros, con 28,1 %, seguido de los estudiantes, que representaron 9,8 %.

Tabla 3. Pacientes con tentativa de suicidio según ocupación

| Ocupación | Año | | | | Total | |
|---------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | 2011 | | 2012 | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | | |
| Amas de casa | 6 | 8,4 | 6 | 8,4 | 12 | 16,9 |
| Jubilados | 5 | 7,0 | 4 | 5,6 | 9 | 12,6 |
| Obreros | 7 | 9,8 | 20 | 28,1 | 27 | 38,0 |
| Agricultores | 3 | 4,2 | 1 | 1,4 | 4 | 5,6 |
| Estudiantes | 11 | 15,4 | 7 | 9,8 | 18 | 25,3 |
| Profesionales | 1 | 1,4 | | | 1 | 1,4 |
| Total | 33 | 46,4 | 38 | 53,5 | 71 | 100,0 |

Fue más frecuente la ingestión de psicofármacos como método para efectuar el suicidio (tabla 4), con preponderancia en el sexo femenino (45,0 %), seguida del consumo de otros medicamentos, también predominantemente en las mujeres (21,1 %).

Tabla 4. Pacientes con tentativa de suicidio según sexo y métodos empleados

| Métodos | Sexo | | | | Total | |
|---------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | | |
| Ingestión de psicofármacos | 9 | 12,6 | 32 | 45,0 | 41 | 57,7 |
| Ingestión de otros medicamentos | 4 | 5,6 | 15 | 21,1 | 19 | 26,7 |
| Ingestión de organofosforados | 2 | 2,8 | 5 | 7,0 | 7 | 9,8 |
| Automutilación | 3 | 4,2 | 1 | 1,4 | 4 | 5,6 |
| Total | 18 | 25,3 | 53 | 74,6 | 71 | 100,0 |

DISCUSIÓN

Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años, principalmente en el grupo etario de 15-24 años; sin embargo, en los hombres la tentativa ocurre en edades más avanzadas, de 35 a 70 años. Después de los 70 años la prevalencia es similar para ambos sexos.¹¹

En la mujer existe una gran tasa de suicidios durante la adolescencia, que luego desciende de forma marcada en las demás etapas de la vida. Igualmente se plantea que la menor edad registrada es la de 13 años (Gorguet I, Chaveco C. Aspectos psicosociales de la conducta suicida en pacientes ingresados en el Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Jornada Científica, Santiago de Cuba. 2006).¹²

Según se ha planteado¹³ los varones con intento de suicidio conforman un número mayor en los adolescentes que en los jóvenes; de igual forma esta conducta se acentúa más en los hombres jóvenes que en los de edad madura.

Cabe señalar que los adolescentes experimentan, mientras crecen, fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr el éxito, inquietudes financieras y otros miedos. En algunos, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, los conflictos de pareja o las mudanzas a otras comunidades, pueden perturbarlos e intensificar las dudas acerca de sí mismos. En ciertos casos el suicidio aparenta ser una "solución".

Asimismo, el suicidio en personas mayores de 65 años se valora como menos trágico que en los jóvenes, y se le atribuyen como factores predisponentes: el aislamiento social, la pérdida del cónyuge y la ansiedad producida por situaciones socioeconómicas.¹⁴

Respecto a la localidad de procedencia de los integrantes de la serie, la tentativa de suicidio fue más frecuente en las áreas urbanas que en las rurales.

Al analizar la ocupación de los pacientes, la tendencia al suicidio resultó mayor en los obreros, las amas de casa y los jubilados; a los cuales les siguieron, en menor número, los agricultores y estudiantes.

El método de suicidio está influenciado por factores socioculturales, pues las costumbres de un país o la comunidad van a estar siempre presentes en todo el accionar del individuo. Además estará determinado por la planificación del acto de algunos suicidas, que han elegido de antemano la forma de su muerte, lo que no ocurre cuando se trata de un suicidio en corto circuito, donde el sujeto utiliza lo primero que tenga a su alcance. El sexo también influye en la selección del método, pues las mujeres utilizan los más suaves, como la ingestión de tabletas o la incisión en las venas del antebrazo; mientras que los hombres emplean procedimientos más duros como el ahorcamiento, las quemaduras, la precipitación ante vehículos o el disparo con armas de fuego. Ello no excluye que en ocasiones un método determinado pueda ser utilizado por cualquiera de los sexos.^{15,16}

Según lo expuesto en la bibliografía sobre el tema,¹⁷⁻¹⁹ los procedimientos más empleados para el suicidio son los que están disponibles para el sujeto, aunque se ha descrito una mayor frecuencia de las armas de fuego, el ahorcamiento, los psicofármacos y los venenos agrícolas.

Con referencia a lo anterior, es necesario controlar, en el área de acción del médico de atención primaria, las familias o los individuos de riesgo, y precisar aquellos factores de riesgo individuales que, de acuerdo con las investigaciones científicas y la práctica clínica, son determinantes en la ocurrencia de un intento suicida, a saber: personas sin apoyo o atención familiar, sobrevivientes a una tentativa de suicidio, individuos que han presagiado o amenazado con el suicidio, depresión de cualquier naturaleza, alcoholismo u otras drogadicciones, sujetos en crisis con alteraciones psicopatológicas en su cuadro clínico, niños y adolescentes sometidos a violencia familiar o con antecedentes familiares de intento de suicidio o suicidio (o ambos).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es importante dejar sentado que la sumatoria de los factores de riesgo no es un índice de una inminente ocurrencia de intento suicida, porque esta decisión depende del prisma propio del sujeto y su capacidad de afrontamiento ante determinados sucesos o situaciones.

Se hace necesario garantizar el seguimiento y la rehabilitación del paciente que ha realizado un intento de suicidio, además es obligatoria su remisión al psicólogo del grupo básico de trabajo. Igualmente, es importante la capacitación teórica y práctica del personal médico y de enfermería, así como de los trabajadores sociales, respecto al suicidio y a la tentativa de suicidio.

Ante la situación planteada, se impone desarrollar acciones en salud con vistas a reducir la mortalidad por suicidio y la morbilidad asociada a la conducta suicida, por lo que es importante integrar una estrategia de implementación para fortalecer el trabajo del equipo de salud mental, fundamentada en un modelo comunitario y salutogénico, que

incluya acciones de promoción de salud dirigidas a fomentar actitudes y estilos de vida saludables, ajenos a la conducta suicida, así como a prevenir tal acto, y asistir y rehabilitar a los afectados, con la participación activa de todos los sectores de la comunidad y la optimización de la atención a los pacientes con conducta suicida, de manera que se logre incorporarlos rápidamente a una vida socialmente útil, mediante el vínculo sistemático de las instituciones hospitalarias con el personal de salud de la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandin B, Ramos F, Belloch A. Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2008: V 2. p. 195.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001- Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
3. Beers MH, Berkow R. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. 10 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
4. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med gen Integr. 1999; 15(2): 196-217.
5. Otero Ojeda AA, Ravelo Pérez V, Echazabal Campos A, Calzadilla Fierro L, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, et al. Tercer glosario cubano de psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
6. Shneidman ES. Some essentials of suicide and implications for response en suicide. Baltimore: Willian & Wilkin; 1986. p. 1-16.
7. Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, Palacio Acosta CA, Téllez Vargas JE. Fundamentos de medicina: Psiquiatría. 5 ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
8. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002 [citado 14 Feb 2013]; 18(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi09202.htm
9. Alvero Francés F. Cervantes. Diccionario manual de la lengua española. 3 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1976.
10. Rodríguez Méndez O. Salud mental infanto-juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
11. Sainsbury P. The epidemiology of suicide. Roy A. Suicide. Balktimore: Willian & Wilkins; 1976. p. 17-40.
12. Freedman A, et al. Tratado de psiquiatría. 2 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1982: t 3.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral al adolescente. 2 ed. La Habana: MINSAP; 2002.

14. Pérez Barrero SA. La adolescencia y el comportamiento suicida. Bayamo: Ediciones Bayamo; 2002.
15. Hernández Aguilar I, Barreto García M. Conducta suicida. Rev Ciencias Médicas La Habana. 2006 [citado 14 Feb 2013]; 12(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab12206.htm
16. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 14 Feb 2013]; 27(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_27_1_11/mgi04111.htm
17. Ybarra RP. Más de la mitad de los suicidas habían avisado de sus intenciones. El País 2009 2 Nov; Secc Sociedad [citado 22 Sep 2011]. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2009/11/02/actualidad/1257116407_850215.html
18. Gutiérrez García AG, Contreras Carlos M, Orozco-Rodríguez RC. El Suicidio, conceptos actuales. Salud mental. 2006; 29(5): 66-74.
19. TUESCA MOLINA R, NAVARRO LECHUGA E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). 2003; 17: 19-28.

Recibido: 2 de julio de 2013.

Aprobado: 22 de julio de 2013.

Mariela Chacón Veranes. Sede Universitaria Municipal de Ciencias Médicas, calle 34 final s/n. Reparto "30 de Diciembre", Contramaestre, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: mchacon@medired.scu.sld.cu