

Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010/ Patients' psychological characterization with suicide consummated in Havana in the year 2010

Dra. Ana Sarracent Sarracent,^I Dra. Teresita García Pérez,^{II} Dra.C. Pastora Brown Miclin,^{III} Dra. Yailet Sarracent Pupo^{IV} y Luis A. Saavedra de la Cruz.^V

I MSc. Profesora Auxiliar. Especialista en II Grado en Psiquiatría. Hospital Calixto García. La Habana, Cuba.

II Dra. en Ciencias Médicas Prof. Auxiliar, Especialista en II Grado en Psiquiatría. Hospital Joaquín Albarrán. La Habana, Cuba.

III Instructora, Especialista en I Grado en Psiquiatría. Hospital Calixto García. La Habana, Cuba.

IV Residente de Psiquiatría. Hospital Salvador Allende. La Habana, Cuba.

V Especialista en Primer grado en MGI. Profesor Instructor. Facultad 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el suicidio se encuentra dentro de las diez primeras causas de defunción a escala mundial, por lo que plantea un problema sanitario de gran magnitud que requiere de todos los esfuerzos de las organizaciones de salud en diferentes latitudes, dirigidos a prevenir y controlar la conducta suicida.

Objetivo: identificar las características de la personalidad de un grupo de suicida

Métodos: se realizó un estudio cuantitativo retrospectivo. Se utilizó la versión del MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrado) validada para suicidas. El universo estuvo constituido por las personas fallecidas por suicidio en La Habana durante al año 2010, seleccionándose al menos dos familiares cercanos o personas que hubiesen conocido de manera íntima a cada occiso y que aportaran la información necesaria. Los datos de identidad de los fallecidos fueron tomados de los certificados de defunción registrados en el Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud de La Habana.

Resultados: predominaron los sujetos masculinos (74,2 %), los adultos mayores (39, 5 %) de características, en al menos el 30 %, como reservado, pero sociable, impulsivo, caprichoso y testarudo.

Conclusiones: parte del perfil del suicida habanero del 2010 encontramos ser hombre, mayor de 65 años, reservado, impulsivo y caprichoso, ofreciendo como señales presuicidas las verbalizaciones suicidas, el cansancio de la vida y la desesperanza, y eligiendo como método para poner fin a su vida el ahorcamiento, seguido de la precipitación

Palabras clave: suicidio, características psicológicas, señales presuicidas

ABSTRACT

Introduction: suicide is among the first ten death causes in the world, for what it must be regarded a sanitary problem of great magnitude that requires of all efforts of organizations of health in different latitudes, focussed to prevent and to control the suicidal behaviour.

Objective: to identify characteristics of personality of a suicide group.

Methods: it was carried out a quantitative retrospective study. The version of MPIA (Model of Psychological Integrated Autopsy) was used, which was validated in suicides. The universe was constituted by people who died by suicide in Havana during 2010, selecting at least two relatives or close people that has known intensely to each one of dead persons and that gave necessary information. The data of identities were taken from the register of death certificates in the Statistical Department of the Provincial Havana Health Direction.

Results: predominated masculine subjects (74,2 %), old adults (39,5 %) whose characteristics in at least 30% were: reserved, little sociable, impulsive, capricious and stubborn.

Conclusions: part of the havanan's profile suicide in 2010 we found to be man, bigger than 65 years, reserved, impulsive and capricious, offering as signs of a future suicide: suicidal verbalizations, discomfort with the life, absence of expectation, and selecting like method to put an end to their life hanging up, followed by precipitation.

Key words : suicide, psychological characteristics, signs of future suicide.

INTRODUCCIÓN

El suicidio se encuentra dentro de las diez primeras causas de defunción a escala mundial, plantea un problema sanitario de gran magnitud que requiere de todos los esfuerzos de las organizaciones de salud en diferentes latitudes, dirigidos a prevenir y controlar la conducta suicida.¹

Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de dos palabras latinas Sui (sí mismo) y Caedare (matar), siendo su significado literal “acción de matarse a sí mismo”.² Se podría definir como toda conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la autodestrucción – por acción u omisión – del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independiente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida.³

Según Shneidman⁴ es el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar, siendo extraordinariamente difícil desentrañar el complejo entramado de la mente presuicida, tarea a la cual han dedicado su vida profesional muchos investigadores como Litman, Farberow y Curphey^{5,6} quienes en los años sesenta del pasado siglo dieron vida a lo que se conoce como autopsia psicológica y que supone una suerte de diagrama presuicidal,⁷ es decir, una reconstrucción posmortem de los últimos días de la persona.

El presente trabajo constituye la síntesis de una investigación que tiene por objetivo identificar las características de la personalidad del suicida en nuestra provincia con vistas a aportar un perfil psicológico de riesgo a partir del cual se puedan conducir más atinadamente las estrategias preventivas, partiendo de la evidencia de que el intento suicida y el suicidio son fenómenos que pertenecen al mismo espectro pero poseen características diferenciales que determinan muchas veces que unos lleguen a dar término de manera efectiva a su vida y otros no.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, cuyo universo de estudio estuvo compuesto por todas las personas fallecidas por suicidio en La Habana durante el año 2010. Se seleccionaron al menos dos familiares cercanos o personas que hubiesen conocido de manera íntima a cada occiso que aportaran la información necesaria.

Los datos de identidad de los fallecidos fueron tomados de los certificados de defunción registrados en el Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud de La Habana. Se utilizó la versión del MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrado) validada para suicidas.⁸

Se tuvo especial cuidado en la confidencialidad de la información, recogiendo el consentimiento informado de los familiares para abordar la vida psíquica de su familiar ya fallecido, con la garantía del carácter anónimo de los datos, que impide que cualquier conflictiva que pudiese considerarse como secreta pueda ser identificada en cualquiera de los informes de investigación derivados del estudio.

RESULTADOS

En relación al sexo hubo un predominio los sujetos masculinos, con 156, para un 74,2 % mientras que 54 para un 25,7 % fueron mujeres.

La distribución de los suicidas según grupos de edades muestra que predominaron los adultos mayores, 83 personas en total para un 39,5 %, seguido por 40 sujetos (19,04 %) con edades comprendidas entre los 46 y 55 años (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los suicidas de acuerdo al grupo de edades

Grupo de Edad	Número	%
Menores de 25	9	4,2
26 – 35	16	7,6
36 – 45	30	14,2
46 – 55	40	19,4
56 – 65	32	15,2
> 65	83	39,5

La tabla 2 presenta la caracterización psicológica del suicida de la provincia La Habana, donde se observa como predominaron al menos el 30 % de la muestra las características reservado, pero sociable, impulsivo, caprichoso y testarudo, así como también agresivo y dominante aunque en menor medida (27, 1 %).

Tabla 2. Características psicológicas de los suicidas

Características	Número	%
Reservado	69	32,8
Caprichoso	63	30
Impulsivo	63	30
Testarudo	61	29
Dominante	57	27,1
Dependiente	53	25,2
Introvertido	53	25,2

Referente al comportamiento de la señales suicidas se encontró que primaron las verbalizaciones suicidas (34,7 %), cansancio de la vida (32,8 %) y "Deprimido" (27,1 %).

Tabla 3. Comportamiento de las señales suicidas.

Señales	Número	%
Verbalizaciones suicidas	73	34,7
Cansancio de la vida	69	32,8
"Deprimido"	57	27,1
Desesperanza	53	25,2
Conducta retraída	43	20,5
Abatimiento	32	15,2
Intentos suicidas anteriores	29	13,8
Irritabilidad	25	11,9
Comentarios pesimistas acerca del futuro	23	10,6
Expresión de sentimientos de soledad	23	10,6
Descuido de si mismo	19	9
Insomnio	17	8,1
Disminución de autoestima	17	8,1

En cuanto a los métodos utilizados hubo un predominio de los llamados métodos duros: el ahorcamiento fundamentalmente, el cual se presentó en 119 sujetos para un 56,6 %, con una tendencia al borramiento de las diferencias de género, pues en el presente estudio se pudo encontrar que las mujeres, que antes utilizaban métodos "suaves" o "blandos", también están utilizando métodos "duros", incluyendo el ahorcamiento (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la muestra de acuerdo al método suicida utilizado

Método	Número	%
Ahorcamiento	119	56,6
Precipitación	27	12,8
Quemaduras	18	8,5
Herida por arma de fuego	12	5,7
Ingestión de psicofármacos	10	4,7
Ingestión o administración de otras sustancias	7	3,3
Herida por arma blanca	7	3,3
Lanzamiento frente a vehículo en marcha	5	2,3
Sumersión	3	1,4
Negación a alimentarse	2	0,95

Fuente: MAPI

DISCUSION

En relación al comportamiento por sexo, se mantiene el predominio en los casos de suicidio consumado del sexo masculino coincidiendo con Zimmerman¹² y Anderson¹³ y con el estudio nacional llevado a cabo en nuestro país en el año 2000.¹⁴

En coincidencia con Vázquez-Barquero⁹ y Beatrais¹⁰ predominó el grupo de los adultos mayores, y como elemento más asociado a estas muertes en este grupo de edades están, la soledad, el sentimiento de inutilidad, de que es un estorbo¹¹ después de haberle aportado tanto a la sociedad o a la familia, al macro o al micro medio, además de que la población del país ha envejecido mucho y hay que priorizar la atención a ese grupo de edad. En segundo lugar en los suicidios consumados encontramos el grupo de 46 a 55, vinculados al consumo de alcohol y la pérdida de motivaciones e intereses de conjunto con un envejecimiento precoz.

Es primordial identificar las características de sujeto suicida y en estos momentos cobra gran importancia la realización de los perfiles de riesgo¹⁵ pues de cierta manera logran explicar por qué en el mismo contexto social ante los mismos problemas objetivos, unos deciden suicidarse y otros no, si observamos detenidamente las características predominantes, vemos que el hecho de ser reservados hace más difícil acceder a la ayuda en un momento de crisis, por las dificultades en la comunicación, el ser caprichoso e impulsivo lo hace afirmarse en un propósito, a pesar de su carácter irreversible como solución y al ser impulsivo le facilita el "paso al acto" y la testarudez complejiza el disuadirlo de la idea autoquírica, lo cual desde un enfoque victimológico podría enmarcarse en la definición de víctima predispuesta.¹⁶

Las dificultades en la comunicación, la tendencia a la introversión y la impulsividad han sido tratados por Luis Cabornero¹⁷ y Roy¹⁸ en asociación con el suicidio. Pero debemos insistir en que aunque existen regularidades casi universales, cada territorio tiene que conocer sus peculiaridades de manera tal que le permita ser conocidos y manejados a nivel local para la identificación de la vulnerabilidad individual ante la exposición a situaciones de conflicto e incluso esta caracterización debe actualizarse periódicamente, pues de hecho comprobamos que se habían producido modificaciones

del 2000 a la fecha, en el 2000 se encontró un perfil dado por impulsividad, terquedad y tendencia a ser dominantes , pero también tímidos, característica esta última que no fue relevante en nuestro estudio.

Referente al comportamiento de las señales suicidas, la distribución porcentual observada, muestra variaciones en relación a aquellas detectadas en el estudio realizado en el año 2000¹⁹, sin embargo se mantienen las mismas, incluidos los intentos suicidas anterior, los cuales no aparecieron dentro de los más frecuentes.

Este hecho hay que tenerlo en cuenta ya que el programa nacional de prevención de la conducta suicida, no solo debe suscribirse a la prevención a partir de un primer intento, ¿y los que nunca antes lo habían intentado, pero habían hecho abiertas verbalizaciones suicidas?, pues nos parece muy importante señalar que es esa la señal más importante y el mejor predictor para la población suicida cubana: la verbalización suicida, pues es un mito que " quien se va a matar no lo dice" , y es un mito porque precisamente la persona que se encuentra en una crisis presuicida lo que desea con mayor frecuencia es que lo escuchen, que lo ayuden, que alguien se percate de su sufrimiento, de su dolor moral, y eso es lo que no hacemos, pues incluso algunos se burlan de tales verbalizaciones porque "perro que ladra no muerde". Nuestros resultados demuestran lo inadecuado de estas afirmaciones populares.

Mucho se ha especulado acerca de la relación de la selección del método con la personalidad del suicida¹⁹, la profundización en las autopsias psicológicas de las personas fallecidas por esta causa en el 2010 nos llevó a algunas reflexiones preliminares: los suicidios por precipitación fueron más frecuentes en sujetos impulsivos y en respuesta a conflictos de carácter más agudo, el ahorcamiento asociado por su dureza al sexo masculino fue el método predominante tanto para hombres como para mujeres, encontrándose como elemento interesante la mayor asociación al consumo de alcohol y una personalidad más reservada, más introvertida, con mecanismos de elaboración del proyecto suicida identificables desde mucho antes del acto.

La ingestión de psicofármacos considerada un método blando o suave, propio de mujeres, fue más frecuente entre los hombres, sin que pudiéramos identificar tendencias homosexuales en los mismos, ni conflictos de identificación, siendo más frecuente el rasgo de dependencia emocional en los suicidas que eligieron este método, tanto hombres como mujeres.

Las quemaduras que tradicionalmente fueron más frecuentemente asociadas al sexo femenino aparecieron por igual en ambo sexos, encontrándose más como rasgo la terquedad y la tendencia a ser dominante.

Consideramos que este aspecto del análisis profundo de la personalidad del suicida debe ser más abordado, pues la mayor parte de las investigaciones se limitan a los aspectos epidemiológicos, que si bien son importantes no permiten adentrarnos en la individualidad de un fenómeno tan íntimo, que hacen que ese ser humano trascienda de manera trágica.

Podemos concluir que como parte del perfil del suicida habanero del 2010 encontramos ser hombre, mayor de 65 años, reservado, impulsivo y caprichoso, ofreciendo como señales presuicidas las verbalizaciones suicidas, el cansancio de la vida y la desesperanza, y eligiendo como método para poner fin a su vida el ahorcamiento, seguido de la precipitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sullivan D. Suicide Preventions Should be Crucial Public Health Priority, US. Surgeon General Says. CMAJ 2001; 165 (2): 201— 9.
2. Ros Montalbán S. La Conducta Suicida. Madrid: Arán; 1998.
3. Baca-García E, Días Sastre C. Bases Biológicas del Suicidio, Introducción. Monografías de Psiquiatría. Año XII: Oct – Dic 2000.
4. Shneidman, ES:Suicide among the gifted. Suicidology contemporary developments;341-368.Ed.Greenblatt,MD;Grune & Stratton,1976.
5. Litman RE; Curney T; Shneidman ES; Farberow NL, and Tabachnick N. Investigation of Equivocal Suicides. JAMA 1963, 184:924-9.
6. Litman,RE.Psychological-Psychiatric Aspects of Certifying Modes of Deaths.J Forens Sc Jan 1968;13(1):46-54.
7. Litman RE.500 Psychological Autopsies. J Forensic Sc, May 1989; 34(3):638-46.
8. García Pérez, T. Pericia en Autopsia Psicológica.. Buenos Aires: Ed. La Roca; 2007.
9. Vázquez – Barquero J L. Psiquiatría en atención Primaria de Salud. Madrid: Princeps (Aula Médica); 1998.Anderson R N, Kochanek K D, Murphy S L. Report of Final Mortality Statistics, 1995. Monthly Vital Statistics Report. Hyattsville, Ned: National Centre for Health Statistic, 1997; 45(Suppl 2).

10. Beatrais A L, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and Serious Suicide Attempts. *Psychol Med.* 1998; 28: 209 – 218.
11. Valdés Mier, M. Consideraciones acerca de la prevención del suicidio. *Rev. Hosp. Psiq. Hab.* Mayo – Agosto. 1977: 289 – 295.
12. Zimmerman M, Lish J D, Lush D T, Faber NJ, Plescia G, Kutma M A. Suicidal Ideation Among Urban Medical Out – Patients. *J. Gen. Inter Med* 1995; 10: 573 - 7.
13. Anderson R N, Kochanek K D, Murphy S L. Report of Final Mortality Statistics, 1995. *Monthly Vital Statistics Report.* Hyattsville, Ned: National Centre for Health Statistic, 1997; 45(Suppl 2).
14. García Pérez, T et al. Caracterización actual del suicidio en Cuba. *Rev. Noticia, Fundación Universitaria Autónoma de Las Américas, Medellín, Colombia*, 2004.
15. Irurita J, Irurita M Y cols. Predictores Independientes de la Conducta Suicida. Hospital "El Pino – Sabinal". Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Acepsi (Actas Esp Psiq) 2000; Vol 20 (90).
16. Rodríguez Manzanera L. *Victimología. Estudio de la víctima.* México: Ed. Porrúa, México, 2007.
17. Luis Cabornero G A. y cols. Correlación entre perfil psicológico y diferentes Métodos Suicidas. Hospital "12 de Octubre". área 11. Madrid. Acepsi (Actas Esp Psiq) 2002; 20(90).
18. Roy A. Suicide in Twins. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 48: 29–3.
19. Mc Intosh, JL et al. Methods of suicide by age, sex and RACE, differences among young and old. *Int J Aging Hum Dev* 1985; 22: 139-55.

Recibido: 25 de octubre del 2012.

Aceptado: 15 de abril del 2013.

Ana Sarracent Sarracent. MSc. Profesora Auxiliar. Hospital Calixto García. Correo electrónico: anasarc@infomed.sld.cu