

**POLICLÍNICO DOCENTE COMUNITARIO DE REMEDIOS
VILLA CLARA**

**EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁREA DE SALUD
DE REMEDIOS.**

Por:

Dr. Angel Antonio Urbay Ruiz¹, Dr. Luis Manuel Pérez Hernández², Dra. Leysa Margarita Gómez López², Dra. Lilia Esther Molerio Sáez³, Dr. Roberto Valledor Tristán⁴ y Mauro López Ortega⁴

1. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. ISCM-VC.
4. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Verticalizado en Cuidados Intensivos.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de 65 pacientes, con el objetivo de valorar las principales características epidemiológicas de la conducta suicida en el área de Salud de Remedios, en el período comprendido entre enero del año 2000 a diciembre del 2001. Mediante un formulario se investigaron las siguientes variables: características biosociales, método empleado y seguimiento que se realizó en la atención primaria. Se encontró mayor incidencia de intento que de suicidio consumado. El suicidio predominó en hombres de 65 y más años, solteros, los cuales mostraron mayor letalidad. En el suicidio consumado estuvieron presentes los trastornos psíquicos como causa principal. La atención primaria no mostró un adecuado seguimiento a estos pacientes.

Descriptor DeCS:

SUICIDIO/estadística & datos numéricos
INTENTO DE SUICIDIO/estadística & datos numéricos

Subject headings:

SUICIDE/statistics & numerical data
SUICIDE, ATTEMPTED/statistics & numerical data

Introducción

Los primeros datos de la génesis del suicidio se obtienen de la época de la colonización española, cuando grupos de aborígenes se ahorcaron a causa de los tormentos a que eran sometidos; lo hicieron también los esclavos africanos que arribaron a nuestras costas, ante los maltratos recibidos¹. El primero en emplear el término suicidio fue el abate Desfontaine en el siglo XVIII². Múltiples autores lo definen como el acto de autolesionarse con el pretexto de acabar con una angustia que se vivencia como insoportable para el individuo¹; otros manifiestan que es atentar contra su propia vida². Cuando la conducta suicida lleva a un desenlace fatal, estamos en presencia de un suicidio, y cuando no causa la muerte, de un intento².

El suicidio, según la OMS, se ubica entre las 5-10 primeras causas de muerte, y se estima que al menos mil personas se suicidan diariamente. Aparece como segunda y tercera causa de muerte entre personas de 15-64 años², y en lo que respecta a la proporción de suicidio consumado- intento, la expectativa a escala mundial ha aumentado de 1 a 10³. Es considerado un hecho de origen multifactorial, en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales; según los conocimientos actuales, éste es expresión de una falla de los procesos adaptativos del sujeto en su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva, actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional⁴. Conociendo lo que describe la bibliografía, nos propusimos realizar este trabajo con el objetivo de valorar las principales características epidemiológicas de la conducta suicida en Remedios.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo para valorar las principales características epidemiológicas de la conducta suicida en el área de salud de Remedios, en el período comprendido entre enero del año 2000 y diciembre del 2001.

El universo de nuestra investigación quedó constituido por los 65 pacientes que, en los años que se señalan, presentaron conducta suicida. Se confeccionó un formulario donde se precisaron los siguientes datos: características biosociales, método empleado y seguimiento que se realizó en la atención primaria de salud (APS).

El dato primario se recogió personalmente por los autores en entrevistas efectuadas a los médicos y familiares de estos pacientes, así como a algunos que realizaron intento suicida.

Para la realización de nuestra investigación se tuvieron en consideración aspectos tales como:

Edad del paciente: Se tomó la que refirieron en la visita; después, de forma convencional, la misma se clasificó en: Menos de 15 años, 15-19 años, 20-39 años, 40-64 años, 65 y más años.

Estado civil: Se consideraron solamente:

Casados: Los que poseían el vínculo legal o aquellos que convivían con su pareja.

Solteros: Los que no tenían esta condición o eran divorciados o viudos.

Causas que motivaron la conducta: Se precisaron diversos problemas: familiares, personales, psíquicos y económicos; algunos desconocen la causa o se niegan a responder.

Seguimiento por la atención primaria: Se valoró el seguimiento que aparece reflejado en la historia de salud familiar (HSF) y en la historia clínica individual (HCI) de las consultas de Psicología, Psiquiatría y Médico de Familia. Se consideró como positivo cuando aparecía reflejado, y negativo, cuando no estaba señalado en la HCI del paciente ni en la HSF.

El dato primario, al concluir la investigación, fue procesado manualmente con ayuda de una calculadora de mesa, y para el análisis se emplearon distribuciones de frecuencia, tasas y otras pruebas estadísticas.

Resultados

En la tabla 1 se presenta la relación intento suicida/suicidio, en los años 2000-2001 en el área de Remedios. En ambos años predominaron los intentos, para una tasa de 11,9 por 10 000 habitantes: 12,6 en el 2000 y 11,2 en el 2001. El suicidio consumado fue mayor en el año 2000, con una tasa de 5,3; la tasa de conducta suicida fue más elevada también en ese año (17,9).

Tabla 1 Relación intento suicida/suicidio.

Años	Intentos		Suicidios		Conducta suicida		Letalidad
	No.	Tasa*	No.	Tasa*	No.	Tasa*	Tasa
2000	26	12,6	11	5,3	37	17,9	29,7
2001	23	11,2	5	2,4	28	13,6	17,9
TOTAL	49	11,9	16	11,9	65	15,8	24,6

*Tasa por 10 000 habitantes.

Llama la atención que la letalidad general (relación suicidio-conducta) fue de 24,6 %, más llevada en el año 2001 con 29,7 %.

Respecto a la relación del suicidio con la edad y el sexo (tabla 2) se observó que los pacientes de 65 años y más del sexo masculino fueron los más afectados, con una tasa de 21,3 por 10 000 habitantes, mientras las mujeres tuvieron una tasa de 7,4, es decir, dos tercios menos que los hombres. En general, la tasa de suicidio de los hombres fue de 6,2 y en las mujeres de 1,5. No se informaron suicidios consumados en adolescentes ni en niños, y la tasa en el grupo de 20 a 39 años fue de 2,1 por 10 000 habitantes.

Tabla 2 Suicidio por edad y sexo.

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	Tasa*	No.	Tasa*	No.	Tasa
< 15	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0
20-39	3	4,1	0	0	3	2,1
40-64	4	6,9	1	1,7	5	4,3
65 y más	6	21,3	2	7,4	8	14,5
TOTAL	13	6,2	3	1,5	16	3,9

*Tasa por 10 000 habitantes.

Tanto el intento como el suicidio fueron más frecuentes en los solteros, con una tasa de 63,3 por 10 000 habitantes en los primeros, y de 75,0 en los segundos (tabla 3). Se halló una tasa de conducta suicida en el grupo de solteros de 66,2 , y en este grupo la letalidad fue más alta (29,7).

Tabla 3 Estado civil.

Estado civil	Intentos		Suicidios		Conducta suicida		Letalidad
	No.	Tasa*	No.	Tasa*	No.	Tasa*	Tasa %
Soltero	31	63,3	12	75	43	66,2	29,7
Casado	18	36,7	4	25	22	33,8	18,2
TOTAL	49	75,4	16	24,6	65	100	24,6

Fuente: Formulario.

ˆTasa por 10 000 habitantes.

La tabla 4 refleja las causas que motivaron esta conducta. Al indagar por las causas del intento, 14 (para una tasa de 28,6 por 10 000) se negaron a responder, en 13 (26,5) las causas estuvieron relacionadas con problemas psíquicos, y 12 (24,5) con problemas familiares.

Tabla 4 Causas que motivaron la conducta.

Causas	Intentos		Suicidios		Conducta suicida		Letalidad
	No.	Tasa*	No.	Tasa*	No.	Tasa*	Tasa %
Familiares	12	24,5	1	6,2	13	20	7,7
Personales	9	18,4	4	25	13	20	30,8
Psíquicas	13	26,5	6	37,5	19	29,2	31,6
Económicas	1	2	2	12,5	3	4,6	66,7
Desconocen o se niegan a responder	14	28,6	3	18,8	17	26,2	17,6
TOTAL	49	75,4	16	24,6	65	100	24,6

Fuente: Formulario.

*Tasa por 10 000 habitantes.

La tasa de letalidad más elevada la encontramos interrelacionada con dificultades económicas (66,7), le siguen las causas psíquicas (31,6) y después los problemas personales 30,8 %.

Cuando se investigó el seguimiento que se realizó en la Atención Primaria de Salud (tabla 5), se halló que el 57,1 % de los pacientes que realizaron intento suicida no recibieron un seguimiento adecuado por el médico de familia; en el suicidio consumado fue algo mejor, ya que sólo un 37,5 % de los enfermos no lo recibió.

Tabla 5 Seguimiento a estos pacientes en la atención primaria.

Seguimiento	Intentos		Suicidios		Conducta suicida		Letalidad
	No.	%	No.	%	No.	%	Tasa %
Medicina General Integral							
Sí	21	42,9	10	62,5	31	47,7	32,3
No	28	57,1	6	37,5	34	52,3	17,6
Psicólogo							
Sí	17	34,7	10	62,5	27	41,5	37
No	32	65,3	6	37,5	38	58,5	15,8
Psiquiatra							
Sí	10	20,4	12	75	22	33,8	54,5
No	39	79,6	4	25	43	66,2	9,3

Fuente: Formulario

*Tasa por 10 000 habitantes.

El seguimiento por el Psicólogo se desarrolló de forma muy similar al que realizó el MGI, y con respecto al psiquiatra existió igual conducta; es decir, que los que no recibieron atención por ese especialista fueron los del por ciento más alto en el grupo de intento, con un 79,6 %; sin embargo, en los de suicidio consumado se elevó la atención a 75,0 %.

Al valorar la letalidad, según su seguimiento por la atención primaria, el grupo más significativo con valor más alto fue valorado por la especialidad de Psiquiatría, con 54,5 % en los que recibieron atención.

Discusión

El predominio de los intentos sobre el suicidio consumado fue informado por Álvarez Nápoles² y Pérez Barrero⁵, quienes encontraron mayor incidencia de intento que de suicidio consumado, y mayor participación en los primeros de mujeres jóvenes y en los segundos de hombres con edades elevadas. Estos resultados coinciden con los hallados en nuestra investigación. Las elevadas tasas de intentos nos ponen en alerta, pues precisamente nuestra labor es identificar tempranamente a todos aquellos que puedan constituir un riesgo suicida.

Autores consultados hacen referencia a que el suicidio es más frecuente en el sexo masculino en una proporción de 3:1 y en edades avanzadas de la vida⁶.

Es importante destacar que nuestra labor educativa también debe estar dirigida al anciano, por ser un grupo donde se consume por regla general la conducta suicida, y en el que se encuentran tasas elevadas. Entre los múltiples factores que pueden contribuir en esa edad a realizar esta conducta, se encuentran: la muerte de un ser querido, la jubilación y la declinación propia de la edad, los cuales lo hacen sentirse como objetos inservibles, además de las enfermedades crónicas; todos ellos constituyen un reto en nuestra labor diaria y nos invitan a valorar íntegramente a cada paciente, pues deseamos que nuestra población sea cada día más sana, que alcance mayor expectativa de vida, pero con salud física y mental.

Pérez Barrero, en su trabajo sobre suicidio en la APS, hace referencia a una serie de factores de riesgo presentados por Stangel, donde no consideran el estado de soltero, pero sí el predominio en el viudo, que en nuestro estudio está añadido al de soltero.

El médico y la enfermera de la familia –que permanentemente están en la comunidad–, conocen muy de cerca la problemática de cada núcleo familiar; a ellos corresponde, luego de conocer quién puede en un determinado momento constituir un riesgo suicida y quién ya lo es, dirigir la labor preventiva para evitar el firme intento, su desenlace fatal o su repetición, mediante la identificación temprana de los riesgos acorde a los niveles escolares y el estado civil.

Llama la atención la elevada letalidad en los pacientes tratados por el psiquiatra; en este grupo existen, por lo general, los casos con mayores trastornos psíquicos. Si el enfermo que ha hecho un intento estuviera adecuadamente dispensarizado, esto posibilitaría que se detectaran los riesgos precozmente, lo que desafortunadamente en todos los casos no ocurre de esta forma, por lo que el paciente llega al Psiquiatra sin haberse cumplimentado lo establecido en el programa nacional para la conducta suicida⁷⁻¹⁰.

Coincide con nuestros resultados el estudio realizado por Dieste Sánchez¹¹, quien encuentra serias dificultades y concluye que la competencia y desempeño de los médicos es pobre en relación con el programa de suicidio; prácticamente no se cumple la dispensarización del paciente con intento suicida, y con marcada frecuencia se desconoce su ocurrencia.

Summary

A descriptive-retrospective study of 65 patients was made to evaluate the main epidemiological features of suicidal behavior in the health area of Remedios during January, 2000 -December, 2001. The following variables were assessed using a questionnaire: biosocial characteristics, method and follow-up used in primary care. There was a higher incidence of suicidal attempts than completed suicide. Suicide predominated among single men over 65 years of age who showed higher lethality. Psychic disorders were considered main cause in the completed suicides. Primary care did not show an adequate follow-up of these patients.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Barrero S, Reyton Solé F. El suicidio y su atención por el médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(4):319-26.

2. Arláez Nápoles Y, Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D, Camiñas García T. Conducta Suicida. Factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):122-6.
3. Sarró Martín B, Cruz Comas C. Suicidio y supervivientes. Rev Argent Psiq 1999;7(VII):25-31.
4. Mesa Ridel G. Suicidio: Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000.
5. Pérez Barrero S, Sánchez Pérez M. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo, Granma 1990. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(2):113-19.
6. Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios. Informe del taller de Cali. Bol Oficina Sanit Panam 2000;120(4):316-24.
7. Ineke WM, Kiennhorst EJ. Suicidal behavior in adolescents. Netherlands: Department of clinical and Health Psychology, Leiden University. 1998.
8. Martínez Jiménez A, Moracen Disotuar I, Madrigal Silveira M, Almenares Aleaga M. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(16):554-9.
9. Sarró Martín B, Cruz Coma C de la . Evaluación del riesgo suicida. Rev Psiq 1997;11(2):1-3
10. Pérez Barrero S, Ros Guerra LA, Pablo Anaya T, Calás López R. Factores de riesgo suicida en adultos. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(1):7-11.
11. Dieste Sánchez W, Álvarez González J, Carrillo Salmón R, Cabrera Cabrera A, Díaz Castillo O. Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Municipio Boyeros, 1995. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):149-55.