



Trabajo Original

Universidad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández Policlínico Docente. Zaza del Medio. Sancti Spiritus

Comportamiento del suicidio en el área de salud de Zaza del Medio.

Status of suicide in the health area of Zaza del Medio.

Dr. Félix Duménigo Rioseco¹, Dr. Ernesto Lorenzo Martín²

Especialista de 1^{er} grado en MGI. Profesor Instructor¹
Residente de 3^{er} año en MGI²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de todos los pacientes con conducta suicida del área Zaza del Medio en los años 1999-2000 para un total de 63 casos, con el objetivo fundamental de describir el comportamiento del Se realizó un estudio descriptivo de todos los pacientes con conducta suicida en dicha área, para lo cual se confeccionó una encuesta con las variables seleccionadas, cuyos datos fueron recolectados por el propio autor en los distintos consultorios médicos de la familia, llevados a tablas de %, las cuales se analizaron posteriormente llegándose a conclusiones teniendo que el mayor número de intentos suicidas están ubicados en las edades comprendidas entre 15 y 34 años, siendo la ingestión de psicofármacos el método más empleado, así como el ahorcamiento completo en el suicidio consumado, predominando el sexo femenino en el primero de los casos antes mencionados y el masculino en el segundo. La conducta suicida resultó ser motivada más frecuentemente por conflictos con la pareja y familiares y los factores de riesgo que más se detectaron fueron la depresión, intento suicida anterior, alcoholismo, fármacodependencia, familia con antecedentes de conducta suicida, alteraciones de la dinámica y relaciones entre sus miembros, bajo nivel escolar; basado en las cuales se hicieron las recomendaciones pertinentes.

DeCS: SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO

SUMMARY

A descriptive study was made of all the patients with suicidal behavior of the area Zaza del Medio in the years 1999-2000 for a total of 63 cases, with the fundamental objective of describing the status of suicide. A descriptive study was made of all the patients with suicidal behavior in this area. To this aim, a survey was made with the selected variables whose data were collected by the authors themselves in the different Family Doctor's Home Offices, plotted to % charts, which were later analyzed. Some of the conclusions include that the greatest number of suicidal attempts is located in the ages between 15 and 34 years, with ingestion of barbiturates being the most commonly used method, as well as complete hanging in the accomplished suicide, with the female sex prevailing in the former of the cases mentioned before and the male one in the latter. Suicidal behavior was most frequently motivated by conflicts with the couple and family, and the risk factors most commonly detected were depression, previous suicidal attempt, alcoholism, drug dependence, family with antecedents of suicidal behavior, alterations of the dynamics and relationships among its members, low school level. Based on these conclusions the pertinent recommendations were made.

MeSH: SUICIDE, SUICIDE, ATTEMPTED

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las causas de defunción y como tal plantea un gran problema de salud a escala mundial. La salud es un concepto integral que no puede ser marginado de la concepción materialista dialéctica del hombre, el cual debe estar adaptado óptimamente a las condiciones naturales de la vida y la naturaleza creada por él, pues como plantea el exdirector de la OPS, Dr. Carlyle Guerra Macedo, " El hombre es un ser eminentemente social, que no puede medrar en el aislamiento y necesita dar tanto como recibir, con necesidades físicas y psíquicas, una actividad que sea recíproca con la satisfacción de sus necesidades y el sentido de integración en grupos, cuyos valores y experiencias comparte. Los que luchamos en el campo de la salud, tenemos que velar también por esas necesidades" ¹.

La OMS estima que cada día se suicidan en el mundo alrededor de 1000 personas, existiendo una tendencia al incremento de las tasas de suicidio, sobre todo en la población joven, aunque la mayor prevalencia se encuentra alrededor de los 60 años, Cuba no está exenta a las tendencias anteriormente mencionadas. Las tasas de mortalidad por suicidio presentan amplias variaciones en los diferentes países, influenciados por una variada gama de factores subjetivos y objetivos ².

Los factores de riesgo varían según la edad, en la infancia se detectan principalmente en el núcleo familiar, en la adolescencia la promoción de salud para prevenir la conducta suicida debe ser más amplia, incluir además de profesionales de la salud a familiares, maestros, los propios adolescentes, dadas las intensas relaciones interpersonales a esta edad. El adulto arrastra los factores de riesgo de la infancia y la adolescencia, vías aquellas inherentes a su etapa de la vida, resaltándose el alcoholismo; y el anciano, segmento de más amplio crecimiento de la población, suma además de todo lo anterior, enfermedades físicas y psíquicas y situaciones socioeconómicas propias de su edad. Para reducir la tasa de suicidio en Cuba, fue creado desde 1989 el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida, que traza un grupo de medidas para reducir la tasa de mortalidad por suicidio y que ha tenido sus modificaciones, siendo la última de ellas en el año 2001 ^{3,4}.

Entre los métodos más empleados, dentro de los "duros" encontramos el ahorcamiento, quemaduras, precipitaciones de altura y heridas por arma blanca; más frecuentes entre los hombres; los "suaves" como la ingestión de psicofármacos, son más frecuentes en las mujeres jóvenes. Además los pacientes con historia anterior de intento suicida o familiar con conducta suicida también constituyeron un factor de riesgo importante ^{5,6}. Según estudios epidemiológicos

realizados en Cuba en 1995, a pesar de que el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida funciona, en ocasiones el seguimiento de estos casos no es el idóneo, entre otras cosas porque se priorizan otros programas de salud lo que observamos en TTR en el municipio Taguasco del Dr. R.D. Valdés en un estudio de los factores de riesgo del suicidio en 1998.

Por lo planteado y debido a que en el área de salud de Zaza del Medio de Sancti Spiritus no se había realizado nunca un estudio al respecto, motivó a los autores a realizar este trabajo, con el objetivo de determinar la distribución de la conducta suicida según las variables seleccionadas, identificar los métodos más comunes empleados tanto en el intento suicida, como en el suicidio, identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a la conducta suicida y definir los principales problemas detectados en el seguimiento de los pacientes incluidos en el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, cuyo universo de trabajo lo constituyeron todos los pacientes que realizaron un intento suicida consumado o no en el área Zaza del Medio desde enero 1999 a diciembre del 2000, coincidiendo con la muestra, integrada por un total de 29 intentos suicidas y 2 suicidios en 1999 y 28 intentos suicidas y 4 suicidios en el 2000, para un total de 63 casos. Como criterio de inclusión al seleccionar los casos se consideró conducta suicida a cualquier acción mediante la cual el individuo se cause una lesión independientemente del método empleado y el conocimiento real de su intención se produzca o no la muerte del individuo ⁷. No existiendo criterio de exclusión. Los datos se recogieron según los casos reportados por tarjeta EDO del departamento de estadísticas, a los cuales se les aplicó una encuesta en el consultorio médico de la familia (CMF) u hogar, apoyados en la historia de salud familiar y la historia clínica individual de los mismos. Para el control de la calidad se realizaron pruebas de terreno previas a la aplicación de la encuesta.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de la conducta suicida según el sexo donde hubo un predominio de los intentos suicidas en el femenino, con un 71,4 %, lo que ocurre inversamente en el suicidio consumado, donde el sexo masculino con 5 casos para un 7,9 % predominó sobre el femenino con un caso para un 1,6 %.

En la edad en la tabla 2 el mayor número de pacientes con conducta suicida está ubicado entre los 15 y 34 años de edad, 23 de los cuales se encuentran por debajo de los 25 años para un 36,4 % y en cuanto al suicidio el 50 %, es decir 3 casos fueron mayores de 65 años, el resto fueron pacientes por debajo de 50 años.

Respecto al método empleado en la tabla 3 se encontró un predominio de los llamados "métodos suaves" en la conducta suicida, como la ingestión de psicofármacos con un 63,5 % e ingestión de insecticidas 14,3 %; no sucediendo así en el suicidio donde los "métodos duros" fueron los más frecuentes, como el ahorcamiento completo con un 6,3 %.

Según el motivo desencadenante del acto en la tabla 4, se observó que tanto en el intento suicida, como en el suicidio, predominan los conflictos con la pareja con un 41,3 %, seguido de los conflictos familiares con el 19 %.

En la tabla 5 se analizaron los principales factores de riesgo personales y familiares asociados a la conducta suicida, determinándose en los primeros los pacientes deprimidos, tanto en el intento suicida (20,6 %), como en el suicidio (6,3 %), relacionándose el intento suicida anterior (19 %) y el alcoholismo (17,5 %) en orden de frecuencia con el intento suicida y la farmacodependencia (4,8 %) con el suicidio. Sobre los factores de riesgo familiares tanto en el intento suicida como en el

suicidio los más frecuentes fueron las alteraciones de la dinámica familiar (23,8 %), al igual que el bajo nivel escolar familiar; seguido de los antecedentes familiares de conducta suicida (22,2 %). Además fue significativo en el intento suicida el 10 % de las familias con alteraciones en las relaciones entre sus miembros y un 17,5 % con problemas sociales, llamando la atención que los problemas económicos no tuvieron significación en este estudio.

En relación con la dispensarización y seguimiento de los casos, que se analiza en la tabla 6, que el 49,3 % del total de pacientes estudiados no estaba dispensarizado como riesgo suicida y el seguimiento fue incompleto en el 33,3 %, a pesar de tener contacto previo con sus médicos de familia.

DISCUSIÓN

En toda la bibliografía revisada se encontró que el sexo femenino comete mayor cantidad de intentos suicidas, sin embargo el masculino es el que más llega a consumir el acto ^{5, 6, 8, 9, 10}, aspecto que coincide plenamente con los resultados de este trabajo.

La edad predominante de los pacientes que cometieron intentos suicidas, estuvo entre los 15 y 34 años, coincidiendo con los resultados de otros trabajos realizados en los municipios de Sancti Spíritus y Taguasco y de otras bibliografías revisadas ^{5,6,8,9,10,11}. En cuanto al suicidio, la mayoría de los autores plantea que este aumenta con la edad, alcanzando un valor máximo a partir de los 65 años de edad, no reflejándose totalmente en esta forma en este estudio, donde sólo el 50 % estuvo en este grupo de edades ^{12,13}, lo que se cree sea debido a la atención que se le brinda al anciano en Cuba, las instituciones que amparan a los mismos, como hogares de ancianos, otras agrupaciones como círculos de abuelos, así como el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor; que incluye grupos establecidos de atención gerontológico, todo lo cual hace que el anciano nunca se encuentre desatendido, ni marginado.

Sobre los métodos empleados coinciden los de este estudio con los de la literatura revisada, predominando los “métodos duros”, como el ahorcamiento completo en el suicidio y los “métodos suaves” como la ingestión de psicofármacos en el intento suicida, con ligeras variaciones en algunos países, sobre todo en los que la posibilidad de tener armas de fuego es amplia, aspecto que no sucede así en Cuba ^{12,14}.

Los motivos desencadenantes de la conducta suicida, tanto en el intento como en el suicidio fueron principalmente los conflictos de la pareja y los familiares, que son los principales motivos para la realización de un acto suicida en Cuba ^{5,11,12,15,16}.

Los factores de riesgo personales se identificaron como los más frecuentes la depresión, intento suicida anterior, el alcoholismo y la farmacodependencia, siendo similares los resultados de otros estudios, tanto nacionales, como internacionales ^{17,18,19}. Los factores de riesgo familiares principales en la conducta suicida en general resultaron ser las alteraciones de la dinámica familiar, bajo nivel escolar, antecedentes familiares de conducta suicidas y alteraciones de las relaciones entre sus miembros, con problemas sociales, llamando la atención que los problemas económicos no tuvieron significación en el estudio, que coincide con la literatura revisada ¹⁵, esto impone el incremento del trabajo educativo a las familias y pacientes riesgos, para mejorar su estado de salud mental, ya que aunque en Cuba existen limitaciones económicas, también existen programas sociales, que ayudan a todas las personas con desventaja económica sin distinción de razas ni ideologías.

El % de pacientes no dispensarizados como riesgo suicida fue elevado en el estudio realizado aspecto que también se detectó en otros estudios como el de Villa Clara del Dr. S.D. Jiménez que identificó un 73,5 %. El seguimiento también fue incompleto en un % considerable de pacientes; lo que demuestra incumplimiento del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida y

deben trazarse estrategias adaptadas a la problemáticas objetivas de cada región para resolver este problema, vale señalar que en cuanto a la cantidad de pacientes que no tuvieron contacto previo con un médico en otros países es mucho mayor que lo encontrado en Cuba²⁰.

CONCLUSIONES

El mayor número de pacientes que intentó suicidarse está ubicado en las edades comprendidas entre 15 y 34 años y los suicidios consumados no tuvieron diferencias entre jóvenes y ancianos, predominando el intento suicida en el sexo femenino y el suicidio consumado en el masculino.

La ingestión de psicofármacos resultó ser el método más empleado en el intento suicida, siendo el ahorcamiento completo el más frecuente en el suicidio.

La conducta suicida fue motivada con más frecuencia por conflictos con la pareja y familiares respectivamente, siendo los factores de riesgo que más se asociaron con la misma, la depresión, conducta suicida anterior, alcoholismo, fármacodependencia, alteraciones de la dinámica familiar, antecedentes de conducta suicida en la familia, alteraciones en las relaciones entre sus miembros y bajo nivel escolar.

Se demostró además que la dispensarización y el seguimiento de los pacientes con conducta suicida son aún insuficientes en el área de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dantes Cardosa Y. EEUU. Primero en Suicidio y muertes violentas en menores .Granma 1997, febrero 8; Sección Internacional: 5 (2).
2. Guilbert Reyes W. Trujillo Gras O. Intento Suicida del anciano en un área de salud,Rev, Cub, de Med, Gen. Integral 1999.Sept-Oct; 15 (5) : 196-211
3. Pérez Barrero. Dr. Sergio Andrés. El Suicidio, comportamiento y prevención Rev. Cub. de Med. Gen. Integral 1999. mar-abr; 15 (2) : 196-217
4. Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida. Ciudad de La Habana 2001
5. Armas Rojas NB, Ramos Valle I, Murla Alonso PA. Evaluación de algunos aspectos del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida. Municipio Playa; Rev. Cub. de Higiene y Epidemiología 1998 may-ago; 16 (2) : 105-112 .
6. Laferté Trebejo A,Laferté Trebejo LA. Comportamiento del Suicidio en Ciudad de La Habana, intervención de enfermería en la Atención Primaria de Salud. Rev. Cub. de Enfermería 2000 May-Ago ; 16 (2) : 78-87 .
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Psiquiatría. Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida. La Habana; 1998.
8. Dukstra RF Gulbinat W. The epidemiology of suicididad behaibor.A reviw of three continent.World Helth Stad Q 1 : 1993 ; 46(1) : 52-68 .
9. Informe Taller de Cali.Vigilancia epidemiological de homicidios. Bol of Sanit.Panam. 1996 .
10. Pérez Barrero S. Sánchez. Pérez M. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo. Granma en 1990.Rev. Cub. de Med. Gen. Integral 1994. Abr-Jun;10 (2) : 109-114.
11. Colisey Robert .Variation in suicide rates the "Tippin point ": 1998; 19 (3).
12. Riera BC Alonso,BO. Macid OE .La conducta suicida y su prevención .Folleto 1991
13. Fierson RL. Suicide attemps by the old and very old mens.Arch. Intern. Med. 1991 ; 151 141-144.
14. Gómez A. Barrero. A Joar . E Suárez. L Núñez C. Características sociodemográficas y clínicas de mujeres que intentaron suicidarse.Acta Psiquiat Psicol.. Am Lat 1993 ; 39 (3) :230-233.
15. Pérez S Ros. Guerra L Pablos. Anaya T Calas.López R.Factores de riesgo suicida en adultos.Rev. Cub. de Med. Gen. Integral 1997 ; 13 (1) : 7-11 .
16. Blanca Casas SM.Gilbert Reyes.W .Identificación de indicadores suicidas en la población por la enfermera de la Atención Primaria de Salud.Rev. Cub. de enfermería 1998.Ago-Dic ;14 (3) : 188-195.
17. Pérez S Reitor.Folleto.El Suicidio y su atención por el Médico de la Familia.Rev. Cub. de Med'Gen. Integral 1995;11 (4) :319-326.
18. Horning CD,Panic disorder and suicide attempt Br. J Psychiat 1995; 167 76-79.
19. Isometra E Depression and suicide.Am Med 1995;27 145-146.
20. Obafunwa J. Clínica contact preciding suicide..Posgrad Med. 1994 ;70 428-432.