

# RINCÓN CIENTÍFICO



## REVISIONES

### "CONDUCTAS SUICIDARIAS EN EL ANCIANO" (I PARTE)

#### Autor:

Antonio Villasana Cunchillos  
Profesor Titular  
Universidad País Vasco  
Jefe Servicio Prevención del Suicidio, Osakidetza - Servicio Vasco de Salud

#### Correspondencia:

Escuela Universitaria de Enfermería  
Universidad del País Vasco  
Campus de Lejona  
48940 - LEJONA (Vizcaya)

#### INTRODUCCION

Existe una creencia generalizada respecto a que las conductas suicidas son una prerrogativa de las opulentas sociedades industrializadas y que las sociedades primitivas y el reino animal se hallaban libres de él. Intensas investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas en los campos de la psiquiatría transcultural y la etilogía han servido para clarificar nuestros conocimientos al respecto.

Wisse (1933) describió lo que él denominó el "fenómeno del ciclo vital", tanto en su vertiente ontogénica como filogénica.

En realidad el suicidio existe en casi todas las culturas y sociedades. En la antigua Grecia durante los siglos IV y III antes de Cristo, el historiador griego Plutarco señalaba que entre los adolescentes tanto el suicidio consumado como las tentativas de suicidio eran pautas de conducta no demasiado infrecuentes. El "ciclo vital filogénico" fue estudiado por Bayet, quien considera incluido el suicidio, incrementándose las conductas suicidarias en dichos periodos.

Cumpléndose, también, su inversa. A lo largo de la historia de la humanidad las nuevas culturas emergentes, en su inicio, son más restrictivas en relación con las conductas individuales de sus miembros, incluidas actitudes más restrictivas hacia el suicidio, ello acompañado de menores tasas de conductas suicidas.

Por tanto, diferencias en las tasas de conductas suicidarias entre diferentes culturas y sociedades pueden ser debidas a diferencias en sus estructuras sociales, económicas, pero también a su estado de desarrollo.

#### EPIDEMIOLOGIA

En los estudios más antiguos se interpretan casi exclusivamente como actos suicidas, los suicidios consumados, mientras que las tentativas son consideradas como "suicidios frustrados", hasta que el final de la década de los 50 y comienzo de los 60 se comenzó a distinguir entre suicidio y tentativa de suicidio (Stengel).

Desde entonces y estudios posteriores consideran que la psicodinamia que conduce al suicidio y en otro a la tentativa de suicidio son diferentes. Así la tentativa de suicidio tendrá otro componente psicológico más ligado a la vida que a la muerte (Seva) siendo una llamada de ayuda a los demás; no se trata aquí de una conducta que busque la muerte sino que se vale de ella para establecer relaciones con su entorno.

Kielholz, señaló que una de las tareas más difíciles con los que han de enfrentarse los sanitarios y que exige más sentido de respon-

sabilidad, lo constituyen la aproximación a las tentativas suicidas.

No obstante, la distinción entre ambos no es fácil. Así se ha hablado de suicidio, suicidio parcial, suicidio encubierto, equivalentes suicidas, suicidio frustrado y tentativa de suicidio.

Tres pueden ser las causas por las que una conducta suicida no termine en suicidio consumado: 1) Suicidio frustrado o malogrado por falta de técnica. 2) Intervención de otras personas tras un intento real de suicidio. 3) El sujeto aparentemente quiere suicidarse pero en realidad quiere seguir viviendo, Rojas.

En muchos casos no es posible establecer una diferenciación clara, existiendo tentativas de suicidio (T.S.) que bien pudieran considerarse suicidios frustrados, como de otra parte suicidios que se planificaron como T.S. pero que por pérdida de control de algunas de las variables se transformaron en suicidios consumados.

Uno de los factores con que nos enfrentamos ante la T.S. es su evolución posterior, conociéndose su potencial repetitivo con el posible riesgo de conversión en un suicidio consumado, en el futuro.

En los países occidentales la muerte por suicidio se halla entre la quinta y décima causas de muerte para todos los grupos de edades (Resnick), no obstante es la forma de muerte más evitable después del cáncer de pulmón (Roy).

Considerando que solamente conocemos la punta del Iceberg y que por diversas razones de tipo social, religioso, económico etc., un cierto nº de muertes por suicidio son oficialmente declaradas muertes accidentales, el problema, consecuentemente, adquiere proporciones superiores.

El número de muertes por suicidio no informados es considerable, se estima que 100.000 suicidios por año no son hechos públicos (Grinspoon). Durante las dos últimas décadas la mortalidad por suicidio, en dichos países, sigue creciendo excepto en Inglaterra, Gales, países que cuentan con notables programas de prevención del suicidio.



# RINCÓN CIENTÍFICO

## REVISIONES



El suicidio entre las personas mayores ha disminuido ligeramente y ha aumentado considerablemente entre los jóvenes, especialmente entre la población adolescente. En dichos países el suicidio es la segunda-tercera causa más importante de muerte en el período de edad que comprende de los 15 a los 24 años. En algunos de ellos y para las edades comprendidas entre 25-39 años representa la primera causa de muerte (OMS 1990).

Un número cada vez mayor de países en el mundo comienzan a darse cuenta de las fuertes implicaciones que en materia de Salud Pública representan tanto el suicidio consumado como las tentativas de suicidio.

A pesar del menor número de muertes por suicidio, comparado con las causadas por cáncer o enfermedades del corazón, el impacto personal del suicidio en la familia es importante. Siendo un tema ampliamente tratado y en los medios de difusión, prensa, radio, T.V., cine, teatro, etc. despertando por su dramatismo un importante eco en la comunidad en general. Ciertamente, el suicidio confiere un estigma significativo.

Se estima que cada día mueren en el mundo 1.000 personas diarias por suicidio. El 2% de todas las muertes anuales en Estados Unidos se deben al suicidio, siendo la novena causa más importante de muerte cada año.

Los hombres tienen una tendencia al suicidio tres veces mayor que las mujeres, y los hombres ancianos como grupo tienen una inclinación al suicidio diez veces mayor.

En Europa, en el período 1972-1986, y según datos de la OMS, la tasa de muertes por suicidio en los varones ha experimentado un crecimiento medio del 23%, mientras que la tasa media de suicidio femenino ha experimentado un crecimiento del 36%, durante el mismo período de tiempo.

El incremento en la tasa de suicidios, en Europa, se debe fundamentalmente al aumento de ellos en el grupo de edad de 15-44 años. Y como comentábamos anteriormente, en relación con el grupo de adolescentes y jóvenes adultos, el suicidio supone la segunda o tercera causa de muerte en la mayoría de los países europeos. En algunos de ellos y para las edades comprendidas entre 25-39 años representa la primera causa de muerte.

No obstante lo anteriormente expuesto **la incidencia de muertes por suicidio se halla directamente relacionada con la edad, dándose los mayores índices a partir de los 65 años**, lo que unido al progresivo envejecimiento de la población en Europa Occidental, incluyendo nuestro medio, plantea un problema de Salud Pública.

En la pirámide poblacional los ancianos comprenden el once por ciento de la población, sin embargo el diecisiete por ciento de los suicidios son cometidos por ancianos, siendo la décima causa de muerte para este grupo de edad (Blazer).

En un reciente trabajo realizado en Edimburgo sobre suicidio de ancianos, la proporción varón-hembra se sitúa en 1,4/1, siendo la edad media de 70,6 años (68,9 años para los varones y de 72,8 para las mujeres) (Squires). En cuanto a las técnicas las mujeres utilizan preferentemente la intoxicación por fármacos mientras que los hombres recurren más frecuentemente a métodos más duros, ahorcamiento o mediante armas de fuego.

**El intento de suicidio** y el suicidio consumado comparten varias características a pesar de ser actos diferentes.

Las cifras de parasuicidios en Europa y para el grupo de 15-39 años son de 200/100.000 hab. y año para los varones y de 350/100.000 hab. y año para las hembras.

Algunas estimaciones conservadoras sugieren que el intento de suicidio tiene lugar con una frecuencia de 8 a 15 veces mayor que el suicidio consumado (Grinspoon).

Estadísticamente, un 10-20% del número total de personas que intentan el suicidio consuman el acto en algún momento posterior (Kreitman), y a su vez 40-60% de las personas fallecidas por S realizaron con anterioridad TS, siendo la TS el predictor más potente y válido de futuros S (Alec Roy).

La recurrencia de la TS se ha cifrado desde un 37% (Dimitrou) a un 77% (Fernández-Pol).

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO Y SUICIDIO

	Bajo	Alto
Sexo	Hembra	Varón
Edad	Mediana Edad	Adolescencia edad avanzada
Estado civil	Casado	Soltero/divorciado que vive solo
Condiciones Psiquiátricas	Trastornos de carácter, alteraciones situacionales	Depresión, alcoholismo, esquizofrenia
Ambiente	Áreas rurales	Áreas urbanas
Nivel de actividad religiosa	Practicante	No practicante

INTERRELACIONES DEPRESIÓN, TS Y SUICIDIO

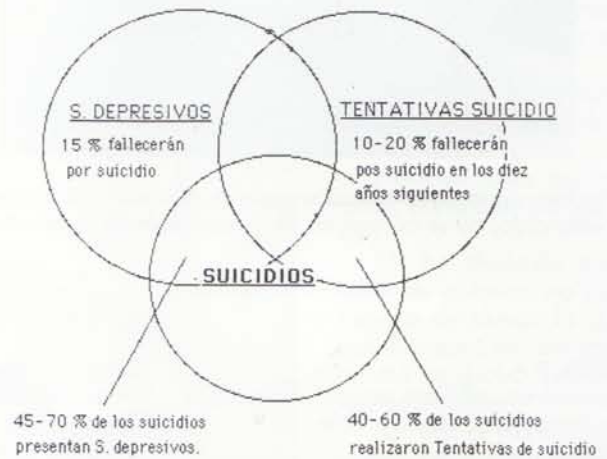


TABLA 4. PERFILES DEL INTENTO DE SUICIDIO VERSUS CONSUMACIÓN

	Intento	Consumación
Sexo	Hembra	Varón
Edad	Menor de 35 años	Mayor de 60 años
Medios	Baja letalidad (píldoras, cortarse las venas, etc.)	Alta letalidad (armas de fuego, la horca)
Diagnóstico	Raramente presenta cuadros psiquiátricos	Depresión, alcoholismo
Escenario	Público, fácil de descubrir	En privado, aislado

### ETIOLOGIA

Actualmente y en casi todas las culturas, la discusión se centra en su etiología, con especial atención en la biología y en la matriz psicosocial de la víctima del suicidio, (menos que en su vertiente filosófica, como ocurriría hasta hace unas décadas).

Determinados autores no consideran al suicidio como una enfermedad suigéneris, sino como un síntoma de una enfermedad, o de un desarrollo psíquico anormal (Poldinger) o como una reacción ante ciertos eventos vitales, estando este último grupo más necesitado de un abordaje social que psiquiátrico, (Henderson).

Sin embargo en la última década varios autores han formulado la hipótesis de que el suicidio y un grupo de las personas que realizan TS podría tener un sustrato biológico común independientemente del diagnóstico clínico de base.

Los enfermos con antecedentes de TS se agrupan significativamente entre los que presentan niveles más bajos de 5-HIAA en LCR. También se han encontrado niveles bajos de 5-HIAA en el cerebro de cadáveres de suicidas consumados.

En estas personas no existe un síndrome depresivo persistente y el intento de suicidio suele asociarse a cambios en el estado de ánimo y/o a cambios transitorios, generalmente secundarios a dificultades inter o intrapersonales, con la consiguiente angustia que el sujeto no puede contener, lo que le lleva a "actuar" impulsivamente.

# RINCÓN CIENTÍFICO

## REVISIONES



Por otra parte, la conducta suicidaria, en contra de la creencia más extendida, no se acompaña necesariamente de sintomatología

depresiva persistente. Así, (Kreitman) ha publicado que el 50% de los enfermos ingresados en un hospital por conducta autolítica habían sido diagnosticados de trastornos de la personalidad. Resultados similares ofrece el trabajo de (Montgomery) concordantes con ellos han sido los hallados en Vizcaya por nosotros, (Villasana).

Tanto el S como la TS son fenómenos muy complejos. La búsqueda de un sólo factor responsable, el "Bacillus Suicidus", no se ha mostrado eficaz hasta la fecha. Cada CS es el resultante de un conjunto de factores bio-psico-sociales.

Teóricamente no existe una única explicación suficiente para el suicidio.

Además de la genética, la biología, la existencia de enfermedades mentales (depresión, alcoholismo, toxicomanías y esquizofrenia fundamentalmente), existencia concomitante de enfermedades físicas graves, los estresores sociales y psicológicos tienen indudablemente una influencia muy importante en el acto de suicidio.

Así factores que parecen influir en las tasas de suicidio son el matrimonio, la ocupación, la clase social, la religión y la salud. Es dos veces más probable que se suiciden las personas que nunca se han casado que las casadas. Los individuos divorciados o viudos tienen una tasa todavía más alta, especialmente si no tienen hijos a su cargo (Grinspoon).

La conducta suicida no existe, per se, de forma aislada, se halla inmersa en un entramado complejo de factores sociales, interpersonales, emocionales etc., que deben de ser atendidos simultáneamente a nivel individual, familiar y social.

## BIBLIOGRAFIA

- BARNES, R.A.  
"The recurrent self-harm patient". *Suicide Life Threat Behav*, 16: 399-408, 1986.
- BAYET, A.  
"Le suicide et la moral". París. Alcón. 1922.
- BILLE-BRAHE, U. HASEN, W. KOLMOS, L. WANG, AG:  
"Attempted suicide in Denmark: I Some basic social characteristics". *Acta Psychiatry Scand*, 71: 217-226, 1985.
- BLAZER, DD ET AL:  
"Suicide in late life: review and commentary *J. Am. Geriatric Soc.* 34:519-525. 1986.
- DEYKIN, EY. PERLOW R., MC. NAMARA, J.:  
"Non-fatal suicidal and hethreatening behavior among 13-to 17-year old adolescents seeking emergency medical care". *Am. J. Public Health*, 75:90-92, 1985.
- DIEKSTRA, R.F.W:  
"Epidemiology of attempted suicide in the EEC". *Bibl. Psychiatry* 162: 1-16, 1982.
- DIEKSTRA, F.R.W.:  
Il suicidio lungo il ciclo della vita, una prospettiva epidemiológica internazionale. In *Aspetti clinici del comportamento suicidario*. Editor Diego de Lep. Liviana Editrice. Padova. 1990.
- DIEKSTRA, R.F.W.  
Suicide and attempted suicide an international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 80 (s 354) 1-24. 1989.
- DIEKSTRA, R.F.W.  
Hawton, K. *Suicide in adolescence* Diekstra and Hawton Edt. Dordrecht/Boston, Nijhoff. 1987.
- DIEKSTRA, R.F.W.  
Egmond, M. *Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986*. *Acta Psychiatr Scand*, 79:266-275.
- FERNANDEZ-POOL, B.:  
"Characteristics of 77 Puerto-Ricans who attempted suicide". *Am J. Psychiatry*, 143: 1460-1463, 1986.
- GRACIA-MARCO, P:  
"Aportaciones al estudio de la personalidad en la conducta suicida". Tesis Doctoral. Facultad de Medicina Universidad de La Laguna. 1976.
- KOTILA, L:  
"Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence". *Acta Psychiatr Scand*, 5: 436-443, 1989.
- KOTILA, L. LONNQVIST, J.:  
Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*, 79:453-459. 1989.
- POLDINGER, W:  
"La tendencia al suicidio". Ediciones Morata, S. A. Madrid.
- QUEREJETA, I. y cols.  
Parasuicide in a hospital-based otachment area. *Suicidat behaviour and risk factors*, 207-210. Monduzzi Editore. Bologna. 1990.
- ROY, A.  
Suicide and Psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am* 8:2. 1985.
- SEVA DIEZ, A.  
"Los intentos de suicidio". *Psiquis* 6, Vol V, 246-254, 1984.
- STEVENSON, M.  
Suicide in Textbook of Psychiatry, Talbott, Hales and Yudofsky Edt. The American Psychiatric Press. 1988.
- SAMPAIO FARTA, J.G.  
Targets for health for all and suicide in the European Region of the World Health Organization. *Suicidat behaviour and risk factors*, 7-10. Monduzzi Editore. Bologna. 1990.
- SAMPATO FARIA, J.G.:  
Suicidal behaviour trend in the European Region of the World Health Organization 47-52. Monduzzi Editore Bologna. 1990.
- VILLASANA, A.E.:  
Suicide Attempts in Vizcaya. IV European Congress Pschiatric Epidemitiologie. 1988.
- VILLASANA, A.E. y cols:  
"Servicios de Urgencia de un Hospital General. Tentativas de suicidio en Vizcaya". *Psiquis*, Vol II (25-30). 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe:  
Consultation on strategies for reducing suicidal behaviour in the European Region. Copenhagen. 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe:  
Proposed Programme Budget 1990-91. Copenhagen. 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Correlates of Youth Suicide:  
Tech. Documents. 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe:  
Target for health for all. Copenhagen. 1985.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe Changing patterns in suicide behaviour.  
Reports and Studies, 74. Copenhagen. 1984.
- WISSE J.  
Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvolkern, Zutphen, Nethl. Thieme, 1933.