

Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia

B.J. Anía^a, E. Chinchilla^b, J.L. Suárez-Almenara^c y J. Irurita^d

^aEspecialista en Geriátría. Hospital Doctor Negrín y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ^bLicenciado en Antropología. Instituto Canario de Estadística. Las Palmas de Gran Canaria. ^cEspecialista en Geriátría. Residencia Mixta de Pensionistas de Taliarte. Las Palmas de Gran Canaria. ^dDoctora en Medicina. Las Palmas de Gran Canaria. España.

RESUMEN

OBJETIVO: Recoger y analizar de forma longitudinal retrospectiva todos los intentos de suicidio y los suicidios consumados entre los ancianos de una residencia.

MÉTODOS: Se estudiaron los historiales clínicos de los 938 ancianos que ingresaron en el centro entre diciembre de 1984 y marzo de 2001. Se analizaron la frecuencia, los aspectos médicos y psiquiátricos y las circunstancias en las que se producen los suicidios y los intentos de suicidio en dicha población.

RESULTADOS: La edad media de los residentes al final del estudio era de 80,9 años, y su estancia media de 1.716 días. Durante el período de estudio fallecieron 445 ancianos (47,4%). De ellos, 9 (5 varones y 4 mujeres) fallecieron por suicidio, lo que representa un 2% del total de fallecimientos y una tasa de 204,2 suicidios por 100.000 personas/año. Todos los suicidas tenían un diagnóstico psiquiátrico previo. El método elegido por la mayoría fue el de precipitación, y 4 de ellos habían efectuado intentos previos. En un caso se encontraron notas dirigidas al juez. Se detectaron intentos de suicidio no consumados en otros 5 residentes, de los que 4 padecían afecciones físicas incapacitantes. Uno de los residentes efectuó cuatro intentos, sin llegar a consumar el suicidio.

CONCLUSIONES: El suicidio es causa relativamente frecuente de fallecimiento en residencias, alcanzando un alto grado de eficacia, sobre todo en aquellos residentes con diagnóstico psiquiátrico previo. La relación entre intentos y consumación de suicidios se encuentra cercana a 1:1. La prevención de los casos de suicidio debería ser considerada entre las labores del personal sanitario en estos centros.

Palabras clave

Suicidio. Intento de suicidio. Anciano. Residencia. Mortalidad. Seguimiento.

Correspondencia: B.J. Anía.
Planta 6. Hospital Dr. Negrín. 35020 Las Palmas. España.
Correo electrónico: banilaf@gobiernodecanarias.org

Recibido el 19-03-03; aceptado el 30-04-03.

Parasuicide and suicide among elderly residents of a long-term-care facility

ABSTRACT

AIM: Longitudinal retrospective study of all suicide attempts and suicides among elderly residents of a long-term-care facility.

METHODS: The medical records of 938 elderly individuals living in the facility between December 1984 and March 2001 were studied. Data of frequency, medical and psychiatric variables, and the circumstances in which the suicides or suicide attempts took place were analyzed.

RESULTS: The mean age of subjects at the end of the study was 80.9 years, and their mean length of stay was 1716 days. Four hundred forty-five subjects (47.4%) died during the study period. There were nine suicides (five men and four women), accounting for 2% of total deaths and a rate of 204.2 suicides per 100 000 persons/year. The nine elderly individuals who committed suicide had a prior psychiatric diagnosis; all but one died by throwing themselves from a height, and four had made prior attempts. One individual left notes to a judge. Suicide attempts were noted in five other elderly individuals, one of whom had made four previous attempts. Four of these five subjects endured incapacitating physical conditions.

CONCLUSIONS: Suicide is a relatively frequent cause of death in long-term care facilities, and the rate of successful attempts is high, especially in elderly individuals with a previous psychiatric diagnosis. The ratio of unsuccessful to successful attempts is close to 1:1. Health care personnel in such facilities could possibly participate in suicide prevention programs.

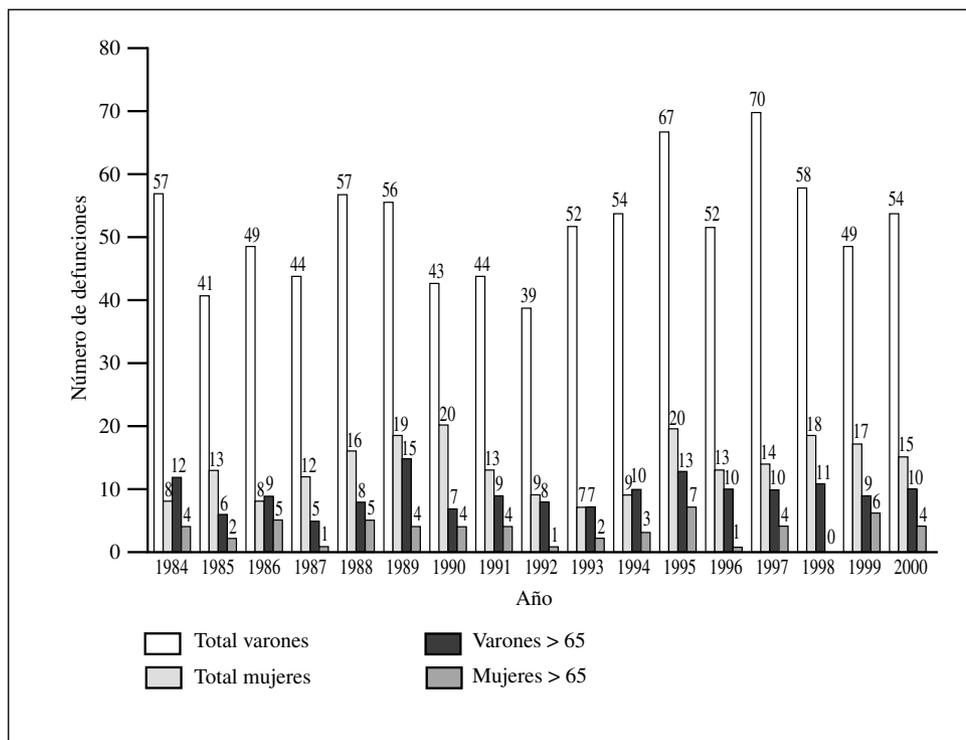
Key words

Suicide. Attempted suicide. Elderly. Long-term care facility. Mortality. Follow-up.

INTRODUCCIÓN

En su clásico tratado de finales del siglo XIX, Émile Durkheim definía el suicidio como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado¹.

Figura 1. Número de defunciones por suicidio en Gran Canaria entre los años 1984 y 2000 según grupo de edad, sexo y año. Fuentes: Movimiento Natural de la Población del Instituto Nacional de Estadística 1984-1994, y Defunciones en Canarias del Instituto Canario de Estadística 1995-2000. Elaboración propia.



La tasa registrada de suicidios va aumentando con la edad, en especial a partir de los 65 años, y es siempre mayor en los varones que en las mujeres². Como puede observarse en la figura 1, en nuestro ámbito geográfico el número de suicidios en varones es aproximadamente el triple que en mujeres, tanto en las personas ancianas como en el conjunto de la población. En los países desarrollados el suicidio está entre las 10 principales causas de muerte, y ello a pesar de que hasta hace unos años las cifras oficiales de suicidios recogían sólo aproximadamente la mitad de los casos consumados que realmente se producían³, si bien estas omisiones se están corrigiendo en España en la actualidad. Por otra parte, las estadísticas oficiales tampoco recogen los intentos de suicidio, por lo que en su estudio estamos limitados a la descripción de series clínicas de casos de intento de suicidio identificados^{4,5}.

El suicidio continúa siendo un importante problema de salud pública. En 1977 la Organización Mundial de la Salud formuló 38 objetivos dentro de la estrategia denominada «Salud para todos en el año 2000». España participó en dicha estrategia, pero el objetivo número 12, denominado «Reducción de las enfermedades mentales y suicidios», no se alcanzó en nuestro país⁶.

Nosotros hemos efectuado el seguimiento de todas las personas mayores que han vivido en una residencia a lo largo de un período de más de 16 años a partir de su inauguración, con la intención de recoger y analizar en esa población anciana todos los intentos de suicidio y suicidios consumados perpetrados.

MÉTODOS

Se recogieron y analizaron todos los casos de intentos de suicidio y de suicidios consumados ocurridos en una residencia del sector público que acoge tanto a ancianos válidos como asistidos, desde su inauguración en diciembre de 1984 hasta marzo de 2001 inclusive. La población total que fue sometida a seguimiento estuvo constituida por 938 personas, de las que 430 (45,8%) eran varones y 508 (54,2%) mujeres.

De los 938 residentes fallecieron en la residencia 445 (47,4%) ancianos (201 varones y 244 mujeres) a lo largo del período estudiado. Se analizaron las causas de estos 445 fallecimientos en su totalidad.

Se realiza un análisis descriptivo univariable para las características demográficas y generales de la muestra. Cuando fue preciso efectuar comparaciones de variables cuantitativas, éstas se llevaron a cabo mediante la prueba de la t de Student, considerando significativa un valor de $p < 0,05$ ⁷.

RESULTADOS

El número total de ancianos residentes en marzo de 2001 era de 251, con una edad media de 80,9 años, de los que 98 (39,0%) eran varones (media de edad, 77,9 años) y 153 (61,0%) eran mujeres (media de edad, 82,8 años). La estancia media del conjunto de estos 251 an-

TABLA 1. Aspectos clínicos y demográficos de los casos en el momento del suicidio consumado

Caso	Edad-sexo	Días estancia	Diagnóstico psiquiátrico	Método	Intentos previos (N.º)
1	60-mujer	11	Psicosis maniaco-depresiva	Precipitación	No
2	70-varón	991	Trastorno personalidad	Inmersión	No
3	68-mujer	581	Psicosis paranoide	Precipitación	No
4	77-mujer	11	Probable depresión	Precipitación	No
5	81-varón	236	Esquizofrenia	Precipitación	Sí (1)
6	77-mujer	935	Demencia leve-moderada	Precipitación	Sí (1)
7	84-varón	2.821	Depresión	Precipitación	Sí (2)
8	70-varón	1.465	Depresión	Precipitación	No
9	64-varón	2.044	Depresión y alcoholismo	Precipitación	Sí (3)

Nota: sólo el caso 2, que se lanzó al mar con lastre adosado al cuerpo, dejó notificaciones escritas dirigidas al juez.

TABLA 2. Aspectos clínicos y demográficos de las personas en el momento de cada intento de suicidio no consumado

Caso	Sexo	Diagnóstico psiquiátrico	Intento	Edad	Mes estancia	Método	Edad al fallecer
1	Varón	Ninguno	1	76	37	Corte en muñeca	79
2	Mujer	Depresión	1	67	7	Precipitación	
			2	68	19	Precipitación	
			3	69	28	Precipitación	
			4	71	54	Precipitación	73
3	Mujer	Depresión	1	83	9	Cortes en antebrazo	86
4	Varón	Trastorno personalidad	1	65	1	Expresión verbal	Vive
5	Mujer	Ninguno	1	83	11	Herida abdominal	84

cianos era de 1.716 días, equivalente a más de 4 años y medio, lo que puede ser indicativo del promedio del tiempo de seguimiento de cada anciano.

Durante el período de seguimiento se consumaron en la población de 938 ancianos un total de 9 suicidios, de los que 5 correspondieron a varones y 4 a mujeres. Por tanto, los 9 suicidios fueron la causa de un 2% del total de fallecimientos. Si extrapolamos la estancia media de los residentes al final del estudio al conjunto de la población estudiada, se obtiene una tasa de 204,2 fallecimientos por suicidio por 100.000 personas/año.

La edad media \pm desviación estándar de los 9 fallecidos por suicidio fue de $72,4 \pm 2,6$ años, frente a los $82,2 \pm 0,4$ años del conjunto de 445 fallecidos $p < 0,05$. Las edades medias de los que se suicidaron fueron de 74,0 años para los varones y de 70,5 para las mujeres. La duración de la estancia en la residencia previamente al suicidio osciló entre 457 y 2.815 días para los varones (media de 1.560 días) y entre 11 y 909 días para las mujeres (media de 377 días). Al comparar la duración de la estancia para el conjunto de personas que se suicidaron, ésta fue de 1.034 ± 314 días, significativamente inferior a los 1.478 ± 62 días del resto de fallecidos. Los datos clínicos y demográficos

de las personas que se suicidaron se resumen en la tabla 1. En ella se aprecia que todos los fallecidos por suicidio tenían un diagnóstico psiquiátrico previo. En un caso concreto, el fallecido había dejado notas explícitas de su conducta suicida dirigidas a la autoridad judicial.

Además, se detectaron 5 personas que realizaron un total de 8 intentos de suicidio bien documentados, pero que no llegaron a consumarse. Las características clínicas y demográficas de cada uno se resumen en la tabla 2, donde se observa que en 2 casos no existía un diagnóstico psiquiátrico previo. Sin embargo, en el caso 1 se diagnosticó *a posteriori* una reacción depresiva a una hemiplejía, y en el caso 5 se efectuaron diagnósticos psiquiátricos que se consideraron reactivos en parte a un déficit visual. En cuanto a los casos 2 y 3, su depresión se consideró en parte relacionada con un síndrome rígido-acinético y enfermedad de Parkinson, respectivamente.

DISCUSIÓN

La tasa obtenida de 204,2 casos de suicidio consumado por 100.000 personas/año entre los 938 ancianos que han vivido en la residencia es, por ejemplo, 9 veces supe-

rior a la tasa correspondiente a personas de 65 años o más obtenida en la población general de Madrid, cifrada en 23,43 por 100.000 habitantes⁸. En dicho estudio, de base poblacional, realizado en 1984 a partir del análisis de las muertes violentas registradas en el Instituto Anatómico Forense de Madrid, sólo se incluyeron para el cálculo de las tasas los casos en los que había certeza de que la muerte se debía a una intencionalidad suicida. En este mismo estudio⁸ se observó que la razón de suicidios entre varones y mujeres disminuye con la edad, siendo de 4,5 a 1 entre los menores de 30 años y de 2,1 a 1 entre los de 60 o más años. La relación de suicidios entre varones y mujeres es aún más baja en nuestra casuística: de 5 a 4 solamente. En cuanto a la técnica suicida más empleada, en la población de estudio de Madrid, las tres cuartas partes de los ancianos se suicidaron por precipitación, y en su mayoría desde su propio domicilio, aspecto que también se ha observado en nuestra serie.

Por lo que respecta a los intentos de suicidio, sólo había una mujer en una serie de 12 ancianos que ingresaron en un hospital de Orense por intento de suicidio⁵, mientras que en nuestra residencia un 60% de las personas que efectuaron intentos de suicidio eran mujeres.

Vidal explica que la conducta suicida del anciano suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de medios eficaces para concretar sus intenciones. Por ello, mientras que la razón suicidios intentados/suicidios consumados en los adultos jóvenes es de 7 a 1, este autor refiere⁹ que para el anciano es de 2 a 1. En nuestro estudio hemos encontrado que la razón de suicidios intentados a suicidios consumados es, prácticamente, de 1 a 1. Esto indicaría una eficacia aún mayor de los métodos suicidas de los ancianos que viven en residencias respecto a los que viven en la comunidad, puesto que no cabe pensar que los intentos de suicidio se detecten peor en la residencia que en la comunidad. De hecho, otros autores, como Sendbuehler y Goldstein¹⁰, ya habían encontrado una relación de intentos frente a suicidios consumados similar en personas mayores de 65 años.

Resulta destacable que en toda nuestra casuística de suicidios consumados existía un diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica. Esto no ocurría con todos los casos de intento de suicidio y, sin embargo, prácticamente en todos estos últimos existía una enfermedad incapacitante grave que condicionaba una repercusión anímica. En este sentido, hay que mencionar un estudio de casos de suicidio y controles poblacionales realizado en Suecia, en el que el déficit visual, las afecciones neurológicas incapacitantes y la enfermedad neoplásica se mostraron en los ancianos como factores de riesgo de suicidio significativos e independientes¹¹. En cuanto a los intentos de suicidio protagonizados por pacientes con enfermedad orgánica, en la bibliografía se refiere que hasta el 97% presentan también patología psiquiátrica⁴. Por otra parte, es de reseñar que un intento de suicidio previo implica un riesgo de suicidio mayor que el de padecer una enferme-

dad mental¹², y de hecho en nuestra serie 4 de los 9 ancianos que se suicidaron habían realizado ya intentos durante su estancia en la residencia.

En cuanto al caso que dejó notificaciones de su acto suicida dirigidas al juez, hay que hacer notar que esta práctica no es en absoluto inusual: en Inglaterra, entre 125 casos de suicidio en ancianos se encontraron notas suicidas en un 43%¹³.

Las personas mayores comentan menos sus intenciones suicidas y efectúan menos intentos frustrados que los jóvenes, por lo que los suicidios en ancianos pueden ser más difíciles de predecir y, por tanto, prevenir¹⁴. No obstante, los facultativos de las residencias, en tanto médicos de atención primaria de los ancianos en ellas ingresados, tienen posibilidades de detectar entre sus pacientes factores de riesgo de suicidio¹⁵. Aunque los problemas económicos se asocian al suicidio en la edad adulta, sobre todo entre los 45 y los 54 años¹⁶, esta proporción disminuye claramente en los ancianos¹⁴. No está claro el papel de la interacción entre salud física, estado funcional y síntomas depresivos en la determinación del riesgo de suicidio¹⁵, pero la mayoría de las personas que comentan alguna posibilidad de suicidio necesitan ayuda¹⁷. El hecho de que un mismo acontecimiento pueda desencadenar una conducta suicida en una persona y no afectar a otra es fiel reflejo de la complejidad de un entramado de factores estresantes y vulnerabilidad instantánea. Los intentos de suicidio previos que, como hemos señalado, son el factor de riesgo más importante de suicidio consumado, se asocian con altos niveles de desesperanza que persisten tras la remisión de la depresión en los pacientes ancianos. Esto sugiere que los tratamientos cognitivos, conductuales o interpersonales específicamente dirigidos a eliminar esta desesperanza podrían ser efectivos para reducir el riesgo suicida en este grupo de población¹⁸. Hay que tener en cuenta que el aumento en el riesgo de suicidio, en las personas que han tenido un intento previo, persiste durante muchos años¹⁹. En la actualidad, la prevención secundaria o terciaria del suicidio incluye tratamiento farmacológico, psicoterapia de apoyo y, a veces, terapia electroconvulsiva²⁰.

Desde este punto de vista, se puede llegar a imaginar un escenario de trabajo orientado a la prevención del suicidio en el medio residencial. Toda iniciativa en este sentido debería abordar el estudio de la eficacia de programas que incluyan la aproximación al punto de vista del anciano respecto a la muerte, la observación directa e intencionada de posibles casos, y una valoración sistemática específica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durkheim E. El suicidio. Torrejón de Ardoz (Madrid): Akal, 1985; p.5.
2. World Health Organization: Distribution of suicide rates by gender and age, 1995 [consultado 5/ 04/ 2001]. Disponible en: http://222.who.int/mental_health/Topic_Suicide/Graph1.htm

3. Rodríguez-Pulido F, Sierra A, Gracia R, Doreste J, Delgado S, González-Rivera JL. Suicide in the Canary Islands, 1977-1983. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:520-3.
4. Nieto E, Vieta E, Cirera E. Intentos de suicidio en pacientes con enfermedad orgánica. *Med Clin (Barc)* 1992;98:618-21.
5. Simón Lorda D, Ruiz Menéndez I. Intentos de suicidio en la tercera edad. *An Psiquiatr (Madrid)* 1996;12:236-41.
6. Álvarez-Dardet C, Peiró S, editores. Evaluación de la estrategia Salud para Todos en España: mirar hacia atrás para caminar hacia delante [consultado 15/ 02/ 2003]. Disponible en: http://www.easp.es/ReunionesCientificas/Sespa/pdf/00_editores.pdf
7. FOSNER B. *Fundamentals of biostatistics*. Boston: FWS-Kent, 1990.
8. De las Heras FJ, Dueñas M, Gaona JM, Elegido T. Etiopatogenia e incidencia del suicidio entre los ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1988; 23:23-30.
9. Vidal DA. Factores de riesgo suicida en el anciano. Alcmeón, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 1999;8:103-12.
10. Sendbuehler JM, Goldstein S. Attempted suicide among the aged. *J Am Geriatr Soc* 1977;25:245-8.
11. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ* 2002;324:1355-8.
12. Runeson BS. Suicide after parasuicide. Evaluate previous parasuicide even if in the remote past. *BMJ* 2002;325:1125-6.
13. Salib E, Cawley S, Healy R. The significance of suicide notes in the elderly. *Aging Ment Health* 2002;6:186-90.
14. Carney SS, Fich CL, Burke PA, Fowler FC. Suicide over 60: the San Diego study. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:174-80.
15. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A, et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:23-9.
16. Navas Martínez JL, Fernández-Crehuet Navajas R, De Irala Estévez J, Serrano del Castillo A, Pelayo Orozco A. Mortalidad por suicidio en España: factores socioeconómicos y ambientales asociados. *Aten Primaria* 1997;19:250-6.
17. Devons CA. Suicide in the elderly: how to identify and treat patients at risk. *Geriatrics* 1996;51:67-72.
18. Szanto K, Reynolds CF 3rd, Conwell Y, Begley AE, Houck P. High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1401-6.
19. Jenkins GR, Hale R, Papanastassiou M, Crawford MJ, Tyrer P. Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ* 2002;325:1155.
20. Maris FW. Suicide. *Lancet* 2002;360:319-26.