

SUICIDIO Y VEJEZ

Diego Andrés Osorno Chica
Residente de 4 año Medicina Interna y Geriatria Universidad de Caldas

Rafael Alarcón Velandia
Psiquiatra-Psicogeriatra, Docente Universidad Tecnológica de Pereira.

Luis Hernando García Ortiz
Internista-Geriatra, Docente Universidad Tecnológica de Pereira.

Aspectos generales y epidemiológicos

El 15% de la población mundial corresponde a personas mayores de 65 años de edad; muchas de estas personas padecen de enfermedades físicas y mentales, entre ellas la depresión.

El trastorno depresivo y la sintomatología depresiva en el anciano se constituyen en un importante riesgo de actos suicidas. Se sabe que más de 30.000 personas cometen suicidio anualmente en los Estados Unidos de América en donde es la novena causa de muerte y un gran porcentaje de ellos ocurre en ancianos; además las estadísticas muestran que en América 17 ancianos cometen suicidio cada 93 minutos; si tenemos que aproximadamente el 20.2% de todos los suicidios ocurren en mayores de 65 años, podemos tener una visión global de la magnitud del problema el cual ha sido considerado como un verdadero dilema de salud pública en la mayoría de los países occidentales.

En el mundo las tasas de suicidio varían de acuerdo a la zona geográfica entre 18.27 y 22.9 %, y las tasas de mortalidad por suicidio son de 11.02 a 26.13 por 100.000 habitantes (incluido datos de Colombia).

El 77.5% de los suicidios exitosos en mayores de 65 años ocurren en hombres, pero el 75% de los intentos suicidas ocurren en mujeres. Esto demuestra que la letalidad de los actos suicidas es mayor en ancianos. La prevalencia de la ideación suicida en mayores de 65 años está entre el 1.2% y 17%, dependiendo de la zona geográfica estudiada y se considera que éste es el principal factor de riesgo a cualquier edad para suicidio exitoso. Algunos reportes muestran que la sensibilidad

y especificidad para predecir suicidio exitoso parte de la identificación de una ideación suicida bien estructurada: oscila entre 80% y 83% respectivamente. Las tasas de conductas parasuicidas en viejos son del 4 al 8%; 66 a 90% de los viejos suicidas tienen al menos un diagnóstico incluido en el DSM-IV-TR.

Algunos aspectos históricos relacionados al suicidio en viejos

Desde tiempos antiguos las conductas suicidas en la vejez han sido parte del transcurrir cotidiano del mundo occidental y oriental. Es de recordar como los antiguos griegos ofrecían la oportunidad del suicidio asistido. Tal fue el caso del gran filósofo griego Sócrates, e incluso muchas personas aristocráticas lo contemplaban como alternativa al cumplir sus proyectos de vida o como pago por favores políticos en beneficio de sus familias.

Los rituales Sepu-ku y Hara-Kiri del antiguo Japón eran señal de honor y no eran vistos como anormales por dicha sociedad.

Si bien los paradigmas "ageistas" (vejistas) no traen a colación dichas conductas, el estigma de la discapacidad física ha sido fuertemente ligado al suicidio desde épocas antiguas.

Fisiopatología y sustrato biológico del suicidio

El sistema serotoninérgico central, de forma consistente en la mayoría de los estudios, ha sido correlacionado como el responsable molecular de las conductas

suicidas y suicidios exitosos. Actualmente el papel que desempeña dicho sistema, se considera que funciona de forma independiente a como se conoce en la fisiopatología de la depresión. Los niveles cerebrales de serotonina en personas esquizofrénicas y deprimidas que intentan suicidarse son más bajos cuando se comparan con los de individuos esquizofrénicos y deprimidos que no lo hacen; los niveles en LCR de ácido hidroxindolacético (un metabolito de la serotonina) son mucho más bajos en comparación con los demás.

Además de lo referente al neurotransmisor como tal, se sabe actualmente que la concentración de receptores postsinápticos de serotonina debido a mecanismos de "down regulation" poco establecidos a nivel central, está reducida al igual que los mecanismos de transporte presináptico de la serotonina y en conjunto con lo anterior, los estudios anatomopatológicos muestran que el número de células del núcleo dorsal del raphe en el tallo es menor (sitio de mayor concentración de la mayoría de las aferencias serotoninérgicas a nivel central).

La presencia de un estado depresivo severo, o sicótico por cualquier causa, se acompaña de pérdida del juicio y raciocinio con la aparición de pensamiento ilógico que desemboca en delirios y pobre prospección que facilitan llegar a un proceso caracterizado por una cas-

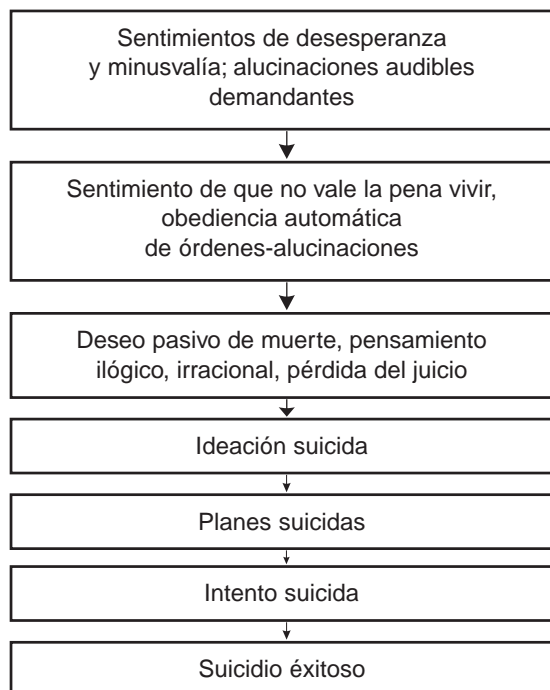


Figura 1.

cada de eventos universales, que dan lugar a los actos suicidas y al suicidio exitoso (ver figura 1).

Factores relacionados con el suicidio en viejos

Factores psiquiátricos: entre el 66 y el 90 % de los casos de suicidios en mayores de 65 años, al momento de la muerte se identifica como mínimo un diagnóstico incluido en el eje I del DSM-IV-TR; dentro de ellos más del 75% de los casos corresponde a depresión mayor (padecer de esta condición aumenta 23 veces el riesgo de muerte por suicidio cuando se compara con otras enfermedades psiquiátricas) y de ellos el 53% tiene historia de abuso de alcohol; enfermedades con tasas más bajas de suicidios en su orden son: los trastornos psicóticos, los trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias. Las tasas de suicidio en pacientes con demencia, generalmente hacen referencia a los casos de Alzheimer y demencia vascular las cuales son del 1 al 2%.

Factores físicos: un estudio longitudinal realizado por la universidad de Toronto, Canadá, entre los años de 1992 y 2000 demostró que algunas enfermedades físicas de mayor prevalencia en personas mayores de 65 años, aumentaban el riesgo de muerte por suicidio entre 2 y 7 veces sobre la población general:

1. Falla cardíaca congestiva: OR 1.73
2. EPOC: OR 1.62
3. Epilepsias: OR 2.95
4. Incontinencia urinaria: OR 2.02
5. Dolor moderado por cualquier causa: OR 1.91
6. Dolor severo por cualquier causa: OR 7.1

Factores sociales: el 35% de los ancianos que se suicidan corresponde a pensionados, el 8 % a mujeres dedicadas a las labores del hogar, el 52,5% a solteros, el 80% de los suicidios ocurre en ancianos que viven en la comunidad y el restante 15 a 20% ocurre en instituciones geriátricas y psiquiátricas.

Factores de riesgo reconocidos para suicidio en la vejez

La mayoría de los ancianos víctimas de suicidio, visita a sus médicos en algún momento dentro de los meses previos al acto suicida y se dice que cerca del 33% lo

hace en la semana previa al suceso. Por lo anterior se considera que la evaluación del riesgo suicida es importante y crítica con el fin de tomar medidas preventivas para ello. La lista a continuación muestra los factores de riesgo a considerar en el momento de tener en cuenta la posibilidad de suicidio en personas viejas:

- Depresión
- Inmovilismo
- Aislamiento social
- Pérdida del ser amado o de relaciones amorosas
- Divorcio
- Abuso de sustancias
- Soltería, soledad, ausencia de compañero sentimental
- Miedo a institucionalizarse y pérdida de la independencia y de la salud física
- Sexo masculino
- Pérdida del rol familiar y social
- Dificultades financieras

Modalidades suicidas en los ancianos

Un estudio realizado en Cuba en el año 2001 mostró que el 75% de los casos corresponde a ahorcamientos, 12.5% a envenenamientos, el 10% a inmolaciones, el 2.5% a casos de sección de venas. De otro lado el estudio de Ontario mostró 28% de casos por arma de fuego, 24% ahorcamientos y 21% envenenamientos, muy similar a lo que ocurre en nuestro medio; modalidades como los lanzamientos y suicidios asistidos son menos frecuentes; en los Estados Unidos, el 75% de los suicidios se debe al uso de armas de fuego y a ahorcamientos, el 70% de los intentos de suicidio se debe a ingesta de sobredosis de fármacos.

Mitos relacionados al suicidio en la vejez

1. La depresión en el anciano es un fenómeno normal relacionado con el proceso de envejecer.
2. La depresión en los viejos no puede ser tratada.
3. Los suicidios exitosos en los viejos son motivados por enfermedades terminales.
4. El viejo que se suicida no tiene buena red de apoyo.
5. Todos los viejos suicidas viven solos.

6. Solo los viejos con enfermedad mental se suicidan.
7. No hay nada que se pueda hacer para evitar el suicidio en ancianos ya que ellos no dan señales de alarma.
8. Las tendencias suicidas son hereditarias.
9. El anciano que está en tratamiento no tiene por qué suicidarse.
10. A los viejos no se les puede prevenir sobre el suicidio.

Señales de alarma

- Diálogos sobre muerte y suicidio, amenazas de suicidio.
- Lecturas sobre muerte y suicidio.
- Declaraciones sobre inutilidad y/o desesperanza.
- Disrupción de los patrones de sueño.
- Fallas en el autocuidado.
- Suspensión voluntaria de medicaciones.
- Súbito interés en armas de fuego.
- Aislamiento social progresivo y despedidas sin motivo.

¿Qué hacer en prevención primaria?

- Proveer adecuado soporte económico al viejo en relación a pensión, vivienda y salud física y mental.
- Mejor preparación con relación al retiro laboral.
- Educación respecto a los signos de alarma en depresión de aparición tardía.
- Reconocimiento y respeto al anciano como miembro de una familia y una sociedad.
- Apoyo a los proyectos de vida paralelos.
- Tomar los signos de alarma en forma seria.
- No proporcionar en forma directa ideas sobre el suicidio.
- Búsqueda inmediata de apoyo profesional e institucionalización para adecuado manejo y vigilancia.
- Fomentar el diálogo y permitir la expresión de sentimientos por parte de la familia que a veces se convierte en instigadora ante las ideas del paciente.

- Acompañar afectivamente y aceptar los ritos, costumbres y necesidades del anciano.
- Facilitar la participación del anciano en actividades que le permitan socializar y sentirse útil.

Conclusiones

1. Las tasas de suicidios en muchos países son alarmantes, al punto de ser problemas de salud pública.
2. Los ancianos son un grupo especialmente vulnerable en relación a conductas suicidas.
3. No solo la enfermedad mental lleva a suicidio.
4. El proceso que lleva al suicidio exitoso es fácil de ser reconocido.
5. El suicidio es la resultante de un proceso multifactorial.
6. Los signos de alarma existen y deben ser reconocidos.
7. Desafortunadamente solo podemos hacer prevención primaria.

Bibliografía

1. Juurlink N, Herrmann N, Szalai P, et al. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *Arch Intern Med.* 2004; 164: 1179-1184.
2. Gutiérrez Zurbarán G, Gil Rojo I, Jiménez Acosta V et al. Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. *Rev. Cubana Hig Epidemiol* 2001; 39 (2): 147-51.
3. De Leo D and Diekstra R F W. Depression and suicide in late life. Lewistown, N.Y.: Hogrefe and Huber, Publishers. Grollman, E. A. Suicide: Prevention, intervention, postvention. 1990.
4. O'Connell Henry et Al. Recent developments: Suicide in older people, *BMJ* 2004; 329; 895-889.
5. World Health Organization, 2002. www.who.int/mental_health/Prevention/suicide.
6. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 193-204.
7. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Hermann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1001-8.
8. Waern M, Runenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology* 2003; 49: 328-34.
9. Waern M. Alcohol dependence and alcohol misuse in elderly suicides. *Alcohol* 2003; 38: 249-54.
10. Waern M, Runeson B, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 450-5.
11. Suominen K, Henriksson M, Isometsa E, Conwell Y, Heila H, Lonnqvist J. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 23-9.
12. Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides—case-control study. *Psychol Med* 2001; 31: 1193-202.
13. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry* 2003; 183: 382-3.
14. Fischer LR, Wei F, Solberg LI, Rush WA, Heinrich RL. Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1554-62.
15. Hazzard W. Suicide, in: Principles of geriatric medicine and gerontology 5th. Edition, McGraw-Hill 2003; pp 1473-1478.