

Prevalencia del riesgo suicida en adultos mayores que asisten a instituciones de salud en Risaralda

Andrés Felipe Sanabria Osorio¹; Leydi Gallego Cano²; Ingrid Silvana Pineda Pineda³; Yamith Yurani Caicedo Salverri⁴; José Alonso Andrade Salazar⁵

RESUMEN

Introducción: investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal, cuyo objetivo es encontrar riesgo suicida presente en adultos mayores que asisten a instituciones de salud en el departamento de Risaralda; para ello se evaluó a 35 adultos mayores que asisten a control y consulta externa.

Materiales y Métodos: se les aplicó una ficha de caracterización y la escala de desesperanza de Beck, Weissman, Lester, y Trexler (1974).

Resultados: el 6% presenta riesgo alto de suicidio, 11% moderado, 34% leve y 49% ninguno. Prevalece el factor motivacional (49%). El riesgo alto se asocia a Alzheimer, fibromialgia y polimedición.

PALABRAS CLAVES

Ancianos Maltratados;
Desesperanza;
Riesgo;
Poblaciones en Riesgo;
Suicidio (Tesauro ERIC)

- 1 Estudiante VI Semestre del programa de Psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Pereira, email: asanabria16@estudiantes.areandina.edu.co
- 2 Estudiante VI Semestre del programa de Psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Pereira, email: lgallego21@estudiantes.areandina.edu.co
- 3 Estudiante VI Semestre del programa de Psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Pereira, email: ipineda@estudiantes.areandina.edu.co
- 4 Estudiante VI Semestre del programa de Psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Pereira, correo: ycaicedo@estudiantes.areandina.edu.co
- 5 Ph.D. Pensamiento complejo. Docente investigador. Líder del semillero Psicoprev del programa de psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Pereira. Email: jandrade20@areandina.edu.co

Prevalencia of the suicidal risk in major adults who are present at institutions of health in Risaralda

ABSTRACT

Introduction: quantitative descriptive investigation of transverse court, which aim is to find suicidal present risk in major adults who are present at institutions of health in Risaralda's department; for it there were evaluated 35 major adults who are present at control and external consultation.

Materials and Methods: there was applied to them a card of characterization and the scale of hopelessness of Beck, Weissman, Lester, and Trexler (1974).

Results: 6 % presents high risk of suicide, 11 % moderated, 34 % weighs anchor and 49 % none. The factor prevails motivacional (49 %). The high risk is associated with Alzheimer, fibromialgia and polymedication.

KEYWORDS

Abused Elderly;
Despair;
Risk;
Risk Population;
Suicide (Tesauro ERIC)

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un grave problema de salud pública que afecta la calidad y expectativa de vida de personas, grupos y comunidades, y que está presente en todas las culturas, en amplios contextos sociales y en diversidad de épocas (Andrade, 2012, 2016; Andrade, Lozano, Rodríguez, & Campos, 2016). En este tenor, la conducta suicida abarca una amplia gama de comportamientos que van desde los intentos suicidas hasta el suicidio consumado y que afectan ampliamente también a los allegados/familiares de las víctimas (Garcíaandía Imaz, 2013).

Entre las personas más vulnerables a este tipo de conducta se encuentran los adolescentes, mujeres y adultos mayores, especialmente si se encuentran bajo condiciones de vulnerabilidad diversa –salud, ambiente, familia, educación, influencia grupal, etc., (Darke & Ross, 2002; Gómez, 2012). Emile Durkheim (1992) señala que las causas del suicidio se encuentran en la interacción social, y lo tipifica como un fenómeno frecuente que no es posible conocer solo a razón de elecciones individuales, puesto que en éste se deben envolver también, acciones conjuntas tales como, influencias políticas, familiares, religiosas y sociales. Durkheim (1992) lo define como todo acto de muerte que tenga como corolario “directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima a sabiendas de que debía producir ese resultado. La tentativa de suicidio es el acto así definido, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte” (p. 103).

Para el caso de esta investigación conviene mencionar que los adultos mayores en Colombia son víctimas de maltrato, abusos y agresiones, lo cual es evidente en el hecho que 9.000 adultos mayores fueron maltratados entre enero de 2013 y abril de 2014, igualmente 276 adultos mayores se auto-eliminaron, y una total de 595 fueron víctima de asesinato (Forensis, 2014). Forensis (2015) informa que en el año 2014 en el grupo etario comprendido entre 65-69 de edad se presentó un aumento del 22% de casos de suicidio, y 241 casos en personas de 60 o mayores a dicha edad, lo que equivale al 13.31% de casos con una tasa representativa de 5 suicidios de adultos mayores por cada 100.000 habitantes.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2014) a nivel mundial el suicidio constituye la mitad de muertes violentas entre hombres, al tiempo que el 71% de decesos violentos en mujeres, revelando que a la actualidad no se constituye en un problema de género. Para el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis, 2013) el adulto mayor se encuentra en un peligroso estado de no cubrimiento de necesidades y de vulnerabilidad asociado frecuentemente a maltrato, explotación y desatención familiar, sobrecargas en el cuidado de hijos o enfermos, entre otros elementos coadyuvantes a su vulnerabilidad (Coma et al., 2007; Conwell, van Orden, & Caine, 2012; Velásquez, 2013; Zegers, 2012).

Según la distribución de acuerdo a los grupos de edad, se presentaron las tasas más altas de suicidio en los grupos etarios correspondientes a “18-19 años (6,74), 20-24 años (6,54), 25-29 años (5,63), 30-34 años (5,55) y en la población adulto mayor en el grupo correspondiente a los 70-74 años (5,43), además en el año 2014,

se evidenciaron 4,33 casos por cada 100.000 habitantes” (Forensis, 2014, p. 109). Entre las causas del suicidio en adultos mayores se encuentran: el abandono/maltrato explotación de familiares u otros (Barrigón & Baca-García, 2018; Coma et al., 2007; García B., 2012), maltratos a nivel social e institucional maltrato (Coma et al., 2007; Eu. Yuly Adams, 2012; Sergio, 2012), problemas orgánicos-enfermedades y maltrato institucional-discriminación (Adams, 2012; Coma et al., 2007; Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, & Juárez, 2016; Sánchez, 2012), ansiedad, trastornos del humor y depresión (Andrade, Lozano, Rodríguez, & Campos, 2016; Andreescu & Reynolds, 2012; Walton, 1980), la sobrecarga emocional, ambiental y orgánica que tienen cuando operan como cuidadores de pareja, padres y otros cercanos al adulto mayor (Ayuso-Mateos et al., 2012; Zegers, 2012).

MÉTODO

Diseño: Esta es una investigación cuantitativa descriptiva y de corte transversal, que tiene como objetivo, encontrar el tipo de riesgo suicida en 35 adultos mayores que asisten a instituciones de salud del departamento de Risaralda.

Población: se investigará a 35 adultos mayores que asisten a control y consulta externa a varios centros de salud de la región, con características de polimedición y enfermedades asociadas a la edad. La muestra fue no representativa y el muestreo no aleatorio y de tipo intencionado.

Instrumentos: ficha de caracterización y Escala de desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler, (1974) la cual consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Procedimiento: Diseño y aprobación del proyecto de investigación; aprobación de las condiciones bioéticas de la investigación (consentimiento informado); firma del consentimiento informado y aplicación del instrumento; análisis y sistematización de datos a través del software SPSS ver. 20.0; construcción de resultados, discusión y elaboración del informe final de investigaciones; devolución de los resultados a las instituciones y comunidades.

RESULTADOS

Esta investigación contó con la participación de 35 personas, 29 mujeres (83%) y 6 hombres (17%), de escolaridad básica primaria (49%), profesional (29%), bachillerato (14%) y técnico (9%), con enfermedades como diabetes (26%), hipertensión arterial (17%), Tiroides (9%) y varias enfermedades (17%). El inventario de depresión de Beck reveló riesgo suicida alto (6%), moderado del 11%, leve del 34%, y ningún riesgo 49% (Tabla 1).

Tabla 1.

Tipo de riesgo suicida y Factores prevalentes

Riesgo suicida			Factor asociado al riesgo suicida	
Ninguno	17	49%	Factor Afectivo	22%
Leve	12	34%	Factor Motivacional	49%
Moderado	4	11%	Factor Cognitivo	29%
Alto	2	6%	Total	100%
Total	35	100%		

Asimismo, se encontró que entre los indicadores de riesgo elevado se encuentran: no hacer que las cosas cambien (51%), que las cosas no marchen como se espera (49%), lograr satisfacciones reales en el futuro (51%), creer que no se logrará lo que se desea (43%), creer que las cosas seguirán estando mal (80%), considerarse sin tiempo para hacer cosas (69%), no esperar nada bueno de la vida (86%), creer que las experiencias pasadas no preparan para el futuro (100%), pensar en un futuro con infelicidad (71%), tener desconfianza en el futuro (80%), esperar más épocas malas que buenas (97%) (Tabla 2).

Tabla 2.

Ítems críticos del Riesgo suicida

Ítem	Verdadero	Falso
No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para	51%	0
Las cosas no marchan como yo quisiera	49%	0
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	51%	0
No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	43%	0
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	0	80%
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	0	69%
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	0	86%
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	0	100%
Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	0	71%
Tengo una gran confianza en el futuro	0	80%
Espero más bien épocas buenas que malas.	0	97%

Respecto a la relación riesgo suicida vs condiciones de salud y tratamiento se encontró que en los tres tipos de riesgo prevalece la polimedicación (Ninguno: 47%; Leve: 75%; Moderado: 50%; Alto: 100%), la diabetes en el riesgo leve (42%) y moderado (25%), y en el riesgo alto Alzheimer (50%), Fibromialgia (50%), y variedad de tratamientos simultáneos (100%) (Tabla 3).

Tabla 3.

Relación Tipo de riesgo vs condición clínica

	Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo Leve	Ningún riesgo
Enfermedad	Alzheimer 50%; Fibromialgia 50%	Diabetes, Artrosis, Tiroides, Hipertensión (25% cada una)	Diabetes 42%	Varias enfermedades no graves 24%
Tratamiento medico	Varios tratamientos 100%	Medicamentos 50%	Medicamentos 67%	Medicamentos 47%
Uso de fármacos	Polimedicado 100%	Medicamentos; Polimedicados 50%	Polimedicados 75%	Polimedicado; 35% 47%; 35% Inmunodepresores

DISCUSIÓN

El riesgo suicida y el suicidio en adultos mayores es un evento cuyas motivaciones pueden ser vistas en función de las múltiples dimensiones que afectan su calidad y expectativa de vida (Andrade, 2016a, 2016b). Una de ellas es el estado de salud, situación visible en la población evaluada, en quienes se evidenció que a mayores complicaciones de salud mayor es el riesgo de suicida, elemento coincidente con investigaciones análogas que encontraron que la afectación a la calidad de vida, y una salud deteriorada se constituyen en predictores de la conducta suicida en el adulto mayor (Andrade, Lozano, et al., 2016; Conwell et al., 2012; Gómez, 2012; Velásquez, 2013), escenario en el que también puede estar asociado la depresión (Andreescu & Reynolds, 2012; Coma et al., 2007), al abandono familiar e institucional (Adams, 2012; Coma et al., 2007; Jiménez, Baillet, Ávalos, & Campos, 2016) y la discriminación (Conwell et al., 2012; Velásquez, 2013; Zegers, 2012).

El factor *motivacional* fue elevado y se constituyó en el eje central del riesgo suicida, lo que puede referir igualmente, una afectación importante de la esperanza de vida

y las habilidades para sortear lo adverso (Andrade, Lozano, et al., 2016; Andreescu & Reynolds, 2012; Loredo et al., 2016), lo cual en el adulto mayor se traduce como una pérdida en el sentido de la vida y de suyo, en el incremento de ideas de autoeliminación (Gómez, 2012; Tomas Baader, Edmundo Urrea, Rocío Millán, & Lisette Yáñez, 2011). Asimismo, se encontraron nociones negativas respecto al futuro, elemento coincidente con las ideas negativas en la adolescencia y la juventud (Andrade, Bonilla, & Zamora, 2016; Andrade, Duffay, Ortega, Ramirez, & Carvajal, 2017; Conwell et al., 2012; Gómez, 2012), lo cual puede referenciar la presencia de dichas ideaciones desde edades tempranas al tiempo que, revelar la incidencia de una mirada negativa de la vida y del porvenir en todas las edades a modo de factor de riesgo y predictor temprano del riesgo suicida (Cardona, Medina, & Cardona, 2016; Conwell et al., 2012; Muñoz & Sánchez, 2013), argumento que debe ser abordado en nuevas investigaciones sobre el tema.

Conviene señalar que las personas que no tienen riesgo suicida presentaron varias enfermedades no de gravedad, además de tratamiento con medicamentos y menor polimedicación que los pacientes con riesgo suicida leve, moderado o alto, lo cual permite reflexionar acerca del valor que la percepción de la salud y la salud tienen en la elaboración de factores protectores (Barrero, 2012; Sánchez, 2012; Velásquez, 2013). En todos los casos la prevención del suicidio es una labor constante que requiere del apoyo de todas las disciplinas, y la intervención interinstitucional, ya que se presente desde edades cada vez más tempranas y puede persistir en situaciones de abandono, maltratos, abusos, violaciones en diferentes grupos etarios

REFERENCIAS

- 1 Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 84–90. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70277-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70277-8)
- 2 Andrade, J. A. (2016a). El suicidio: un fenómeno complejo. Aproximaciones desde la teoría de la complejidad. In Jose Andarde y Diego Calle (Ed.), *ENSAYOS ACADÉMICOS EN TORNO AL SUICIDIO* (pp. 11–36). Armenia: Fundación Participar I.P.S.
- 3 Andrade, J. A. (2016b, June 9). Complejidad Suicidio aproximaciones Complejas. *Kavilando.Org*, pp. 1–12. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13025.92004>
- 4 Andrade, J. A., Bonilla, L. J., & Zamora, D. P. (2016). Riesgos psicológicos, familiares y socioeducativos implicados en el suicidio infantil. *Revista Reflexiones Sobre La Academia*, 12, 73–87. Retrieved from https://issuu.com/programadelfin/docs/revista_reflexiones_sobre_la_academ
- 5 Andrade, J. A., Duffay, L., Ortega, P. A., Ramirez, E., & Carvajal, J. E. (2017). Autoestima y desesperanza en adolescentes de una institución educativa del Quindío. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de La Salud*, 14(2), 179–187. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1968>
- 6 Andrade, J. A., Lozano, L. P., Rodriguez, A., & Campos, J. A. (2016). Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. *Revista Cultura Del Cuidado*, 1(13), 70–81.
- 7 Andreescu, C., & Reynolds, C. F. (2012). Depresión a una edad avanzada: tratamiento basado en la evidencia y nuevos caminos prometedores para la investigación y la práctica clínica. *Psiquiatría Biológica*, 19(4), 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2012.07.005>
- 8 Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- 9 Barrero, S. A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(0), 1–6. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/12.pdf>
- 10 Barrigón, M. L., & Baca-García, E. (2018). Retos actuales en la investigación en suicidio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2017.10.001>
- 11 Beck, A., Weissman, Lester, D., & Trexler, T. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal Consult Clin Psychol*, 42, 861–865.
- 12 Cardona, D., Medina, Ó. A., & Cardona, D. V. (2016). Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 170–177. <https://doi.org/10.1016/J.RCP.2015.10.002>
- 13 Coma, M., Muñoz, J., Postigo, P., Ayuso, M., Sierra, C., & Sayrol, T. (2007). Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 235–241. <https://doi.org/10.1157/13106807>
- 14 Conwell, Y., van Orden, K., & Caine, E. D. (2012). Suicidio en ancianos. *Psiquiatría Biológica*, 19(4), 127–136. <https://doi.org/10.1016/J.PSIQ.2012.09.003>
- 15 Darke, S., & Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors

REFERENCIAS

- and methods. *Addiction*, 97(11), 1383–1394. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00214.x>
- 16 Durkheim, E. (1992). *El suicidio*. México D.F: Ediciones Coyoacan.
- 17 Forensis. (2013). *Datos para la vida*. Bogotá: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- 18 Forensis. (2014). *Datos para la vida*. Bogotá: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- 19 Forensis. (2015). *Datos para la vida*. Bogotá: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- 20 García B., C. E. (2012). Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 36–41. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70271-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70271-7)
- 21 Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607–615. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
- 22 Jiménez, B., Baillet, L. E., Ávalos, F., & Campos, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.08.002>
- 23 Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- 24 Muñoz, L. F., & Sánchez, R. (2013). Caracterización de noticias sobre suicidio en medios impresos en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.002>
- 25 Organización Mundial de la Salud. (2014). *Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio*. Bruxelles. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicideprevention-%0Areport/es/>
- 26 Sánchez, S. (2012). Espacio sociosanitario del adulto mayor: miradas desde la salud pública. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 13–17. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70268-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70268-7)
- 27 Tomas Baader, M., Edmundo Urra, P., Rocío Millán, A., & Lisette Yáñez, M. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303–309. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- 28 Velásquez, J. M. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.010>
- 29 Walton, H. J. (1980). Loss: Sadness and depression: Volume III of attachment and loss, by John Bowlby. Tavistock, London, 1980. (IPAL No: 109) £12.00. *Social Science & Medicine. Part C: Medical Economics*, 14(4), 292–293. [https://doi.org/10.1016/0160-7995\(80\)90024-6](https://doi.org/10.1016/0160-7995(80)90024-6)
- 30 Zegers, B. (2012). Hijos adultos mayores al cuidado de sus padres, un fenómeno reciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 77–83. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70276-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70276-6)