

Daños a la salud por intento suicida: Uso de la escala ENARS para evaluar actitud de riesgo suicida en adultos mayores.

González Sábado, Rita Irma¹
Martínez Cárdenas, Alberto²
Martínez González, Asdel Alberto³

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma/Departamento de Investigación y Postgrado, Manzanillo, Cuba, riar@ucm.grm.sld.cu

² Policlínico “Dra. Francisca Rivero Arocha”, Manzanillo, Cuba, alri@infomed.sld.cu

³ Policlínico “Dr. Ángel Ortiz Vázquez”, Manzanillo, Cuba, asdelmartínez@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio se comporta actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial, considerado como un grupo de riesgo para un intento suicida las personas mayores de 60 años. **Objetivo:** Describir los resultados del uso de la escala ENARS aplicada en pacientes con riesgo suicida en las áreas de salud de los Policlínicos de Manzanillo. **Diseño metodológico:** Es un estudio descriptivo que resume la aplicación en varios momentos de la escala ENARS en el nivel primario de atención, la cual fue creada por los autores del trabajo. La población seleccionada fue de 2134 adultos mayores clasificados de riesgo en las Historias de Salud Familiar de los Consultorios Médicos de Familia en dos policlínicos de Manzanillo, provincia de Granma, en el periodo de 2012-2016. Se seleccionó una muestra aleatoria de 956 (44,79%). **Resultados:** En ambos Policlínicos I y II predominó el sexo femenino (66,98%) y (56,76%) respectivamente. La escala permitió clasificar a la mayoría de los participantes con algún nivel de actitud de riesgo, siendo medio (50,70 %) y alto (27,37%) en el Policlínico I y en el Policlínico II en cuanto al nivel de actitud de riesgo para realizar lesiones autolesivas fueron clasificados con riesgo medio (62,96%) y alto (24,06). Los datos de la aplicación de la escala mostraron que los resultados son semejantes en el grupo estudiado en ambos Policlínicos. **Conclusiones:** Fue posible probar la pertinencia de la escala ENARS para clasificar el riesgo de conducta suicida al encontrar alta correspondencia entre los grupos clasificados de riesgo y el nivel de actitud para cometer un intento suicida.

Palabras Clave: adulto mayor, intento suicida, atención primaria de salud.

I. INTRODUCCIÓN

A principios del siglo xx fue que comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de dos corrientes principales, la sociológica representada por Durkheim y la psicológica expuestas por Meninger y Freud que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo. (1)

Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020 aproximadamente 1,53 millones de personas se suicidarán y de 10 a 20 veces más lo intentarán. (2)

La tasa global de suicidio se estima en alrededor de 16 por cada 100 mil habitantes, que varían en función del sexo, edad y país. (3)

Según el anuario estadístico del 2015 en su edición 2016 (4) señala las lesiones autoinfligidas intencionalmente en Cuba con 1492 casos, siendo una tasa de mortalidad por 100000 hab de 13,3 ubicada en la 10ma causa y como tasa ajustada por sexo Masculino /Femenino es de 4/1. En Granma se registran 109 casos de muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente con una tasa bruta x 100000 hab de 13,0 y una tasa ajustada x 100000 hab de 8,8 (5), reconociendo que los adultos mayores son un grupo que aporta a estas estadísticas fundamentalmente mediante intentos suicidas.

Justamente tratando de cumplir con los propósitos del Programa Nacional en Cuba para el control y manejo de la conducta suicida cuando refiere que es necesario evitar, repetir y consumir el intento (6), resulta necesario investigar los grupos poblacionales de riesgo buscando tener un conocimiento sistematizado que permita ofrecer al sistema de salud local datos ajustados para realizar acciones de salud pertinentes.

Justificación del estudio

Identificar la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto para los profesionales del sector salud lo cual implica orientar la investigación hacia aspectos medulares que permitan diagnosticar la actitud de riesgo suicida, lo cual se logra con el uso de la escala en los adultos mayores cuyos resultados permiten ser evaluados en términos de pertinencia toda vez que contamos con los datos estadísticos de su aplicación en varios grupos de riesgo a través de investigaciones que han sido Tesis de residencia de Medicina General Integral y Tesis en opción al título de Licenciatura en Psicología en diversos Policlínicos de Manzanillo que constituyeron fuentes de consulta para realizar este estudio que fueron un total de 6, cuyos resultados se establecen como salidas principales de un proyecto de investigación.

Problema científico

Aumento de la morbilidad del intento suicida en el nivel primario de atención y limitaciones en la evaluación del nivel de actitud de riesgo hacia el intento suicida mediante métodos diseñados con tal propósito, por lo que resulta oportuno formular la siguiente interrogante. ¿Es pertinente el uso de la escala ENARS en el nivel primario de atención?

II. MÉTODO

La investigación responde a un estudio descriptivo que evalúa los resultados de la aplicación en varios momentos de la escala ENARS en el nivel primario de atención.

La población de estudio (2134) estuvo conformada por el total de pacientes de riesgo clasificados en las Historias de Salud Familiar de los Consultorios Médicos de familia de las diversas áreas de salud tenidas en cuenta en las investigaciones realizadas en el periodo de 2012-2016 y la muestra escogida por muestreo aleatorio simple estuvo conformada por 956 (44,79%), por tanto la población de estudio y la muestra son el resultado de la sumatoria de los datos de las diversas investigaciones efectuadas.

Se trabajó con la información recogida en las investigaciones realizadas como fuente de consulta que incluye los datos de la aplicación de la escala ENARS validada por los investigadores González Sábado y Martínez Cárdenas (7), la escala evalúa los tres componentes de la actitud afectivo, cognitivo y conductual permitiendo indicar según el riesgo la conducta a tomar con cada caso.

Intervención que debe asumir el profesional del nivel primario de salud:

Nivel de actitud de riesgo bajo: Dispensarización por el Equipo Básico de Salud (médico y enfermera)

Nivel de actitud de riesgo medio: Atención por el Equipo de Salud Mental y el Equipo de atención al adulto mayor en el área según sea el caso que permita prevenir la ideación suicida y por tanto el ingreso hospitalario.

Nivel de actitud de riesgo alto: Ingreso en cuerpo de guardia para observación o en la UIC del Hospital Psiquiátrico.

No-actitud de riesgo: No hay presencia de indicadores relacionados con los grupos de riesgo del suicidio (individuos deprimidos, intentos anteriores, amenazas de autoagresión, vulnerables a situaciones de crisis, negativo a la ayuda o apoyo).

Los resultados se procesaron teniendo en cuenta la estadística descriptiva por análisis porcentual.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Resultados de la aplicación de la escala ENARS en el Policlínico I.

Nivel de actitud	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Riesgo bajo	56	72,7	21	27,2	77	18,1
Riesgo medio	149	69,3	66	30,6	215	50,7
Riesgo alto	68	58,6	48	41,3	116	27,3
Sin riesgo	11	68,7	5	31,2	16	3,7
Total	284	66,9	140	33,0	424	100

*Fuentes de consulta: Tesis "Actitud de riesgo suicida en adolescentes del Poli I". 2012-2014, Tesis "Funcionamiento familiar y riesgo suicida en grupos vulnerables del Poli I". 2014-2016, Tesis "Pesquisa de nivel de actitud de riesgo suicida en diversas etapas de la vida" 2013-2015.

Resulta evidente que se destaca el sexo femenino (66,98%) y la escala permite clasificar a la mayoría de los pacientes con algún nivel de actitud de riesgo, sobresaliendo el riesgo medio (50,70 %) y alto (27,37%) de forma general y por sexo de igual manera sobresale esta clasificación. Siendo un bajo porcentaje incluido en la categoría de no riesgo lo que habla a favor de que la escala permite identificar los grupos de riesgo para cometer intento de suicidio partiendo de que los pacientes a los que se les aplicó

tenían marcadores de riesgo según establece el programa nacional y estaban dispensarizados por esta causa o bien porque ya habían realizado un intento o bien porque potencialmente podían hacerlo, la ventaja que da el uso de la escala es que clasifica el tipo de riesgo según la presencia de la cantidad y severidad de los riesgos con que cuenta cada persona y alerta sobre la conducta a seguir.

El suicidio se incrementa con la edad, siendo raro ver casos en menores de 12 años. Sin embargo, la tentativa de suicidio decrece con la edad, siendo menor los intentos de suicidio en los ancianos y más en los adolescentes (3)

En un estudio consultado el 88 % de los casos son mujeres, los fármacos usados son una combinación de varios tipos (53 %), y la intencionalidad de morir se da en el 49 % de los casos. (8)

Si bien el suicidio se produce fundamentalmente en las edades medias de la vida, hay actualmente dos picos crecientes en las cifras obtenidas: la adolescencia/juventud (el 25% del total de suicidios consumados) y la vejez. A medida que avanza la edad, la ratio entre las tentativas de suicidio y el suicidio consumado es menor, lo que implica que en las personas adultas una gran parte de las tentativas suicidas acaba por consumarse. (9)

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. Asimismo, los hombres son más impulsivos, tienen una menor tolerancia al sufrimiento crónico, les cuesta más buscar ayuda ante el sufrimiento y están más afectados por trastornos adictivos. En tanto, el mayor índice de suicidios masculinos guarda relación con la forma en que el hombre vive sus dificultades personales: a) el hombre soporta peor la soledad o la ruptura de pareja; b) no suele hablar de sus problemas, por lo que no libera su carga de sufrimiento; y c) vive en general con mayor estrés y angustia su actividad laboral. (9)

Sin embargo, en China e India, las tasas son similares entre hombres y mujeres, debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres (2).

Tabla 2. Resultados de la aplicación de la escala ENARS en el Policlínico II.

Nivel de actitud	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Riesgo bajo	58	73,41	21	26,58	79	14,84
Riesgo medio	157	52,20	148	48,52	305	62,96
Riesgo alto	74	13,90	54	42,18	128	24,06
Sin riesgo	13	65	7	35	20	0,43
Total	302	56,76	230	43,23	532	100

*Fuentes de consulta: Tesis “Actitud de riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes con antecedentes de intento”. 2012-2014, Tesis “Riesgo suicida en adultos mayores del Poli II. 2014-2016, Tesis “Comportamiento suicida en el Consejo Popular No.2 del Poli II”. 2011-2013.

Predomina el sexo femenino en el grupo (56,76%) y en cuanto al nivel de actitud de riesgo para realizar lesiones de autodaño están mayormente representados los pacientes con riesgo medio (62,96%).

Al observar los datos de la aplicación de la escala es posible darnos cuenta que los resultados son semejantes en el grupo estudiado en ambos policlínicos siendo posible asegurar que este método permite

clasificar el tipo de riesgo y por ende orientar la conducta al profesional del sector que la use. Oportunamente es válido añadir que la escala logra diagnosticar a la mayoría de los sujetos de riesgo es decir asegura que más del 90% de los casos en cada policlínico fueron casos positivos toda vez que en el Poli 1 solo el 3,78% se incluye en la categoría de no riesgo y en el Poli 2 el 0,43%.

Contar con un método de evaluación como esta escala favorece el trabajo del equipo básico de salud y el resto de los profesionales encargados de velar por la salud mental e integral de este grupo poblacional, lo cual además de ser un aporte a la comunidad científica es un instrumento diagnóstico para el riesgo suicida a nivel comunitario que permite complementar lo indicado en el Programa Nacional de la conducta suicida elaborado en el año 1989, el cual traza las líneas generales de trabajo describiendo los propósitos a alcanzar y clasificando los grupos de riesgo, así como aspectos relacionados con la gravedad de las circunstancias, seriedad de la intención, letalidad del método pero carece de instrumentos capaces de evaluar el riesgo como un todo e indicar su accionar según corresponda.

En el país existen otros instrumentos, cuestionarios y guías de incalculable valor para el trabajo con los grupos de riesgo para la conducta suicida entre ellos los descritos por Pérez Barrero (10,11) y Guibert Reyes (12), los cuales de conjunto con la escala potencian el trabajo científico metodológico al abordar la problemática, con la particularidad de que la escala no solo indica la magnitud del riesgo cuantitativamente si no que orienta el accionar para el profesional que la utilice.

IV. CONCLUSIONES

Fue posible probar la pertinencia de la escala ENARS para clasificar el riesgo de conducta suicida al encontrar alta correspondencia entre los grupos clasificados de riesgo y el nivel de actitud para cometer un intento suicida.

V. REFERENCIAS

- 1- Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de Psiquiatría. Suicidio. Edición Revolucionaria. La Habana. 1987:592-97.
- 2- Prevención del suicidio un imperativo global. Organización Mundial de la Salud 2014 WHO/MSD/MER/14.2 [Internet]. [citado 15 de septiembre 2017]. Disponible en: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- 3- Muñoz Morales E J, Gutiérrez Martínez MI. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 2 / 2010. [Revista en la Internet]. 2010 [citado 8 de septiembre 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a06>
- 4- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2015 [monografía en Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2016 [citado 15 de junio de 2016]: [aprox. 180 p.] Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne
- 5- ONE. Anuario Estadístico Provincial. Salud y Asistencia Social. Provincia Granma. 2014. [Internet]. [citado 26 de septiembre 2017]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/granma/pdf>.
- 6- Programa de prevención Herramientas para la identificación y el manejo de las personas con riesgo de suicidio en la Atención Primaria de Salud. Cuba. 2009.

- 7- González Sábado R, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón R. Validez y confiabilidad de la Escala ENARS para evaluar actitud de riesgo suicida. Revista Multimed 2012; 16(3), [citado 2 de julio 2017]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-3/8.html>
- 8- Leiva E, Álamos Lara A, Prüssing Santibáñez L, Uriarte Ruiz A. Intento de suicidio: características clínicas y epidemiológicas. Sexta Región de Chile 2002-2004. [Internet]. [citado 4 de enero 2016]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/intento-suicidio-caracteristicas-clinicas-epidemiologicas-/articulo/S1695403308720186/>
- 9- Echeburua E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Ter Psicol, Santiago, v. 33, n. 2, p. 117-126, jul. 2015. [Internet]. [citado 10 feb. 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200006&lng=es&nrm=iso.
- 10- Pérez SA. Lo que usted debe saber del suicidio... Suicidio. Ira edición, España 1999.
- 11- Pérez SA. Psicoterapia para aprender a vivir. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2001.
- 12- Guibert Reyes W, Del Cueto de Inastrilla E R. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, v. 19, n. 5, oct. 2003. [Internet]. [citado 1 abril 2017]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es&nrm=iso.