

## Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay

### Suicide attempts and suicide ideation among the elderly in Uruguay

María Cristina Heuguerot Fachola<sup>1</sup>  
Rossana Lucero<sup>1</sup>  
Viviana Porto<sup>1</sup>  
Elizabeth Díaz<sup>1</sup>  
María de los Angeles París<sup>1</sup>

**Abstract** *An investigation is presented into Suicide Attempts (SA) among the Elderly in Uruguay conducted in 2014 in a Public Health institution in Montevideo linked to a Claves/Fiocruz project. Starting with an initial project, semi-structured interviews were conducted with institutionalized individuals with a history of suicide attempts, as well as a review of the literature and research into preventive norms and actions by public health authorities in the country. The results reveal difficulties of individuals in talking about SA as well as shame associated with aging. There was also a major difficulty talking about family ties, confirming gender differences in the method of SA and greater suicide ideation among women, although the possibility of SA repetition does not appear to be a concern. The study elicits reflection on the importance of attention, care, quality of life and the effects of institutionalized life upon the elderly.*

**Key words** *Suicide attempts, Elderly, Uruguay.*

**Resumen** *Se presenta una investigación sobre Intentos de Suicidio en Adultos Mayores en Uruguay realizada en una institución de Salud Pública de Montevideo en 2014 vinculada a un proyecto de Claves/Fiocruz. A partir de un proyecto inicial se realizaron entrevistas semiestructuradas a sujetos institucionalizados con historias de Intentos de Autoeliminación, una revisión bibliográfica, búsqueda de normativas y acciones preventivas de las autoridades de salud pública del país. Los resultados muestran: dificultades de los sujetos al hablar del IAE, vergüenza también asociada a la vejez, gran dificultad en los vínculos, confirma diferencias de género en el método de tentativas, una mayor ideación en mujeres, aunque la posibilidad de repetir el IAE no parece preocupante. El estudio permite reflexionar sobre la importancia del dispositivo de atención, el cuidado, la calidad de vida y los efectos de la vida institucionalizada en el adulto mayor.*

**Palabras clave** *Intentos de suicidio, Adulto mayor, Uruguay*

<sup>1</sup> Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Magallanes 1577. 11.200 Montevideo Uruguay. mheuguer@gmail.com

## Introducción

Se presentan resultados de una investigación sobre los Intentos de Suicidio (IAE) en Adultos Mayores en Uruguay realizada en el Hospital-Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” (HC-GPC) de la ciudad de Montevideo en 2014.

Forma parte de un proyecto multicéntrico del cual participan investigadores brasileños, uruguayos y colombianos. Se comparte marco teórico-epistemológico y metodológico pero, para Uruguay se diseñó un proyecto que tomó algunos aspectos que vale la pena señalar:

En primer lugar, partió de un análisis actual centrado en algunas características sociohistóricas y culturales vinculadas a los procesos de globalización que alteró el mundo existencial de los sujetos, y a través la vida social en un fenómeno que Rebellato<sup>1</sup> denominó “cultura neoliberal”. El autor sostiene que el neoliberalismo no es sólo un conjunto de prácticas económicas, sino también una nueva cultura que impone valores diferentes impactando los vínculos sociales, incluso los más íntimos como la familia. Entre otros signos, hay un individualismo creciente, migración permanente y desarraigo que suelen dejar a los adultos mayores desprotegidos al no disponer del cuidado familiar y de la responsabilidad filial. Asimismo, el atravesamiento del mercado en las relaciones sociales y familiares, que sobrevalora la multiplicación constante de los recursos económicos visualiza a la vejez como una etapa improductiva y además, preocupada por la estética y el deseo de una permanente juventud, produce nuevas vergüenzas en los adultos mayores perturbando su identidad y provocando aislamiento y precariedad. Por ello, un supuesto de este trabajo es que además de las enfermedades mentales como la depresión<sup>2</sup>, clásicamente asociadas al acto o a los intentos de autoeliminación (IAE) algunos aspectos de esa cultura neoliberal propician conductas suicidas especialmente en adultos mayores en Uruguay.

El análisis contextual precedente permitió visualizar una pregunta que fue orientadora del proyecto: ¿Qué significa el suicidio en esta cultura y en estos tiempos?

Un análisis diacrónico indica que el acto suicida se presenta con significados distintos, asociado al honor, a la vergüenza, a la valentía o a su contracara a la cobardía: pero mayormente interpretado como un asunto de valores. Así se comprende que el acto suicida es un escenario que representa valores sociales y posee un significado otorgado por el sujeto del acto, entramado en su

historia y mediado por el contexto socio-histórico-cultural.

Aquí se considera que contexto y significado son claves para comprender el IAE con lo que se justifica la metodología utilizada en la investigación.

El siguiente supuesto es que el suicidio es un problema de la salud pública en el país. Desde 1989 hasta 2012 las cifras oficiales de actos consumados en Uruguay presentan un aumento constante según informa la Comisión Honoraria para la Prevención del Suicidio. Esa fuente afirma que entre los años 2007 y 2012 hubo 3293 casos, con una tasa de 16,8 suicidios cada 100.000 habitantes. En 2012 el suicidio duplicó a los homicidios y superó a los accidentes, sin tomar en consideración que alguno de ellos pudiera ser un tipo de suicidio encubierto. Igual que en otros países el fenómeno es mayormente masculino: en 2012 un 81% contra un 19% en mujeres. Asimismo el fenómeno se manifiesta en dos grandes grupos etarios: adolescentes y adultos mayores.

En general, los eventos se concentran en el interior del país (67% en 2012) mientras que Montevideo, con casi el 50% de la población sólo registra 33% de los casos. Los departamentos más afectados son Treinta y Tres (35,35%) y Flores (31,9%) aunque otros departamentos también exhiben tasas considerables. El informe de 2013 no arroja cambios significativos.

En ese año el Programa del Adulto Mayor de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) presentó datos sobre el suicidio durante los años 2011-2012. De un total de 1103 casos, 363 correspondieron a sujetos mayores de 55 años. En esos años se suicidaron 288 hombres (144 en cada año) y mientras que en 2011 se suicidaron 44 mujeres, en 2012 lo hicieron 31. La década de mayor incidencia está situada entre los 60 y 70 años. A ella corresponden un 2% de los casos. La mayoría de esos eventos se produce en Montevideo y en los departamentos que rodean la capital. Se genera así un mapeo del suicidio distinto del que arroja el fenómeno, en general en el país.

Asimismo la brecha bruta entre suicidio masculino y femenino se estrecha en una relación de 3 a 1 y a pesar de lo que pudiera pensarse, la mayoría de los suicidas son casados (49%) a lo que hay que agregarle un 3% de personas que viven en unión libre. En este sentido cabe agregar que en Uruguay, casi el 50% de los mayores de 60 años son casados<sup>3</sup>. De los casos restantes (48%): 21% son viudos, 18% son solteros y sólo 9% están separados o divorciados.

En cuanto a los métodos utilizados en este período, la mayor parte de los casos fue por envenenamiento (181) seguido de defenestración (130); arma de fuego (18 casos) y ahogamiento (16), entre otras formas. Las diferencias de género también se manifiestan en el método: las mujeres optan por el envenenamiento, los hombres utilizan el ahorcamiento y métodos combinados.

Los datos cuantitativos presentados anteriormente muestran la necesidad de investigar el IAE.

Para ello es preciso mencionar antes otras características del Uruguay que posee una población de 3.286.314 habitantes (Censo 2011). El 52% de la población es de sexo femenino y 48% masculino. La tasa de natalidad es la más baja de América del Sur (2,1%) pero la expectativa de vida es alta, siendo actualmente 76 años; 73 para hombres, 80 para mujeres. La expectativa de vida sana es de 67 años en general. Montevideo, ciudad capital, posee 1.305.082 habitantes de ellos 15,4% son mayores de 65 años. Es la más grande aglomeración urbana del país mientras que la población rural sólo es del 5,34%.

Según CEPAL, Uruguay pertenece al grupo de países con un envejecimiento avanzado<sup>4</sup>. Posee más de 600.000 habitantes mayores de 60 años, de éstos el 35% supera los 75 años y el 59% de esa población es femenina. El 92,5% de la población adulta mayor habita zonas urbanas; la mayor densidad de los sujetos con 65 años o más se encuentra al sur del país.

Hay una amplia cobertura de prestaciones sociales para adultos mayores. Un 88% recibe ingresos del Banco de Previsión Social (BPS) estatal y otro 8% de prestadoras privadas. Un 54,8% de las prestaciones son recibidas por mujeres, esa situación es resultado de la feminización del envejecimiento y las pensiones por viudez, a las que los hombres también accedieron desde 1998. El Estado también otorga prestaciones sociales no contributivas como la Pensión a la Vejez desde 1919, el Programa de Asistencia a la Vejez que es parte del Plan de Equidad de 2008, dirigido a personas en situación de emergencia de entre 65 y 69 años no beneficiarios de otras prestaciones.

Los datos precedentes ponen de manifiesto el envejecimiento creciente de la población uruguaya, su concentración en las ciudades, especialmente en la capital. Justifica así la importancia para el país de esta investigación centrada en esta franja etaria y muestra la pertinencia de iniciar el trabajo de campo en la ciudad de Montevideo.

Importa agregar que la expectativa de vida sana sugiere la necesidad de indagar características y posibilidades de acceso al sistema de salud

en el país; mientras que la cobertura de las prestaciones sociales informa sobre las posibilidades de acceder a recursos económicos en un momento de la vida en que el trabajo ya no es una opción. Esto permitirá reflexionar luego sobre la calidad de vida en los adultos mayores.

El sistema de Salud<sup>5</sup> se organiza en dos sectores: público y privado.

El sector público se financia con rentas generales y cubre a la mayor parte de la población (42,3%) especialmente en el interior del país. En éste se encuentran ASSE que cuenta con 65 establecimientos de salud, 47 hospitales generales, 12 hospitales especializados y 17 centros de salud. Además se encuentra el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República (UdelaR); el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial; servicios médicos de Intendencias Municipales, BPS y entes autónomos.

Dentro del sector privado están las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) que cubren 45,7% de la asistencia, también hay seguros parciales de salud e instituciones privadas.

En el año 2005 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el objetivo declarado de universalizar el acceso a la salud buscando justicia y equidad en el gasto y el financiamiento, así como la calidad asistencial. Esto generó tres modificaciones con respecto al sistema existente hasta entonces: (1) un modelo integral que enfatiza el Primer Nivel de Atención; (2) el Ministerio de Salud Pública (MSP) pasó únicamente a ser rector del sistema de salud; (3) creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) conformado por el aporte obligatorio de los residentes mayores de 18 años.

A continuación se procederá a explicar el diseño metodológico y el trabajo de campo realizado así como sus principales resultados. Se plantearán algunas discusiones y las principales conclusiones.

## Metodología

Se comparte con el proyecto del Centro Latinoamericano de Estudios de Violencia y Salud (CLAVES) que tanto el suicidio consumado como las tentativas son fenómenos complejos cuya comprensión sólo es posible por los dichos de los sujetos que narran su experiencia. Así, la contextualización del momento socio-histórico, las especificidades locales, las vivencias de los sujetos y la comprensión e interpretación de los investigadores a través de una metodología de tipo cua-

litativa son elementos esenciales que atraviesan ambos estudios.

Las técnicas y herramientas del mismo proyecto se ajustaron a las características del Uruguay.

Asimismo vale la pena aclarar que:

Se comenzó a trabajar en 2013 con una investigadora de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE) de Udelar. Allí se realizaron múltiples gestiones con el fin de obtener la autorización del Comité de Ética. Surgió gran preocupación por el modo en que se seleccionarían los sujetos, recomendaciones sobre las dificultades que puede generar este tema y cuestionamientos sobre las herramientas a utilizar. Se exigió enviar los Consentimientos Informados traducidos y sintetizados antes de dar su aprobación.

En el MSP y en ASSE se solicitó elaborar y presentar un proyecto para el país y se plantearon las dificultades para acceder a la identidad de los sujetos del IAE por la privacidad de las historias clínicas y la confidencialidad médico-paciente. Así, el trabajo partió de un proyecto inicial denominado “Intentos de Suicidio en adultos mayores en Uruguay”.

Finalmente, por sugerencia de las autoridades de ASSE se estableció contacto con el HCGPC dónde se realizó la investigación. Esta institución es parte de la red de servicios estatales dependientes de ASSE y además, el centro polivalente de referencia nacional para adultos mayores.

Este hospital brinda atención a personas mayores de 65 años a través de una canasta de prestaciones socio sanitarias integrales. Para ello dispone de 280 camas de estancia prolongada, organizadas en cuatro unidades: Alta Dependencia y Cuidados Paliativos; Semidependencia; Psicogeriatría y Demencias Graves, un Centro diurno, un servicio de atención e inserción familiar y una unidad de media estancia para rehabilitación. Cada uno de estos servicios tiene criterios estructurados de ingreso y exclusión.

Cabe señalar que el HCGPC es una institución que surgió en 1922 como un hospicio asilar lo que se mantuvo hasta la década de los 90'. En ese período la oferta y organización eran las de una “institución total” con todos sus efectos. Por eso desde 1997 se solicitó el asesoramiento de organismos internacionales de la salud para modificar esa situación. La misma se concretó en el año 2000 por una acción conjunta del MSP y de la Facultad de Medicina lo que derivó en un proceso de cambio y reconversión total que comenzó en 2001. Se cambió la Dirección, se establecieron criterios de ingreso y una nueva organización del centro geriátrico, se recuperó la planta física,

las condiciones ambientales, se buscó fortalecer la calidad de los recursos humanos. También se organizaron las Unidades de Atención mencionadas previamente instalando un dispositivo de trabajo en equipos interdisciplinarios (geriatras, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales) para planificar, asistir y supervisar el trabajo en cada una de ellas, definidas en base al perfil de necesidades de los usuarios. Se reglamentó el estatuto de convivencia de los residentes, la personalización de la indumentaria y cartelería. En concordancia con los cambios mencionados se percibe una atención personalizada de los equipos multidisciplinarios lo que beneficia las condiciones de vida y la salud de los adultos mayores. En este hospital viven los sujetos entrevistados; allí se realizó la investigación y en él trabajan cuatro de las cinco integrantes del equipo de pesquisa que se constituyó a partir de la presentación del proyecto en el hospital. El trabajo de campo tuvo varios momentos:

**Preparación de las entrevistas:** La selección de los sujetos se realizó a partir de la revisión de la historia clínica de los 138 pacientes internados en las unidades de Semidependientes y de Psicogeriatría. Se buscó los que tenían historias de IAE y se relevaron las situaciones existentes. Luego se los consultó sobre su deseo de participar en el estudio, con exclusión de aquellos que, por las características de su enfermedad mental, no pudieran otorgar su consentimiento, cumpliendo con las recomendaciones internacionales sobre investigación clínica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Accedieron a participar en el estudio dos mujeres y dos hombres, que por razones de anonimato serán identificados como Norma, Enrique, Andrés y Julia.

**Realización de la entrevista, primeras impresiones y críticas sobre lo actuado:** Las entrevistas fueron en la modalidad semiestructurada, con registro de voz consentido. Se utilizó la guía orientadora diseñada por el equipo brasileño de CLAVES. La consigna era dejar hablar a los sujetos sobre su propia historia, aunque el tema jerrarquizado es el IAE y todo lo que lo rodea. Las intervenciones de los investigadores buscaban dinamizar la entrevista, clarificar ideas confusas o indagar aspectos no abordados por el sujeto. Todas las entrevistas se desarrollaron con la presencia de dos integrantes, siempre las mismas personas del equipo, con roles definidos pero intercambiables frente a la necesidad de enriquecer o dinamizarlas. Los dos roles fueron: el que dirige la entrevista y el observador.

**Trabajo post entrevista:** Luego de la entrevista se destinó un tiempo a analizarla. Después de cada una se reunía el grupo para realizar el preanálisis, se completaba o contrastaba con datos provenientes de la historia clínica y con el diagnóstico situacional que el grupo de los profesionales podían aportar. Se consideró importante, dado que se trataba de sujetos institucionalizados, realizar un seguimiento de estos pacientes para comprobar si la entrevista había generado efectos posteriores.

Al finalizar el trabajo de campo se realizó una tarea de análisis general y su correlación con las categorías definidas por CLAVES: relación entre la tentativa con la ideación suicida, la enfermedad mental y física y factores sociales.

Se cruzaron los datos obtenidos con los provenientes de otras fuentes centralizadas en una base de datos que contiene: (1) revisión bibliográfica de publicaciones en Uruguay; (2) relevamiento de prácticas y sugerencias de los profesionales de la salud en torno al tema; (3) relevamiento de disposiciones, normativa y acciones de las autoridades sanitarias.

También se implementó un diario de trabajo ordenado cronológicamente para reunir las acciones desarrolladas, impresiones de los investigadores, sugerencias y proyecciones futuras que la propia pesquisa permite visibilizar. En todo momento, como ya se señaló, se respetaron las normas de ética establecidas en el país.

## Resultados

La búsqueda en las historias clínicas mostró que 9 sujetos internados (6,5%) de los 138 que están en ambas unidades poseen antecedentes de IAE. Seis en la unidad de Psicogeriatría, cuatro mujeres y dos hombres y tres en la unidad de Semidependientes: dos mujeres y un hombre. Dos mujeres fueron excluidas por presentar deterioro cognitivo y delirio agudo. Sólo cuatro accedieron a ser entrevistados. De ellos, sólo dos han realizado el IAE en tiempo reciente, uno en 2009 y otro en 2012. Los otros sujetos tienen una historia de IAE pero en otras épocas de su vida. De las cuatro entrevistas realizadas tres sujetos brindaron información sobre el IAE. Sin embargo, Andrés negó en todo momento esa vivencia, descalificando a quienes lo intentaban, se mostró muy poco colaborador aunque había sido informado de las características de la investigación y había aceptado participar voluntariamente.

Los IAE femeninos fueron consumados en el ámbito privado (el hogar y la familia) y el méto-

do la ingesta de medicamentos o tóxicos. Los IAE masculinos fueron ejecutados en la vía pública, arrojándose frente a un vehículo.

Aunque Julia y Andrés provienen de familias pobres y los dos restantes de familias acomodadas en sus relatos se observa siempre el efecto de los aspectos económicos en sus vidas y su relación con el IAE. A modo de ejemplo, Enrique pasó de vivir en un apartamento y tener un trabajo formal a vivir en la calle y mendigar. Julia y Andrés relatan la realización de trabajos poco calificados y habitualmente mal pagos: empleada doméstica, juntar huesos o cartón, o ser feriante. Este aspecto coincide con una baja escolarización.

La adhesión religiosa (cristiana católica) aparece en tres de los cuatro entrevistados, pero solo Norma admite que no volvería a intentar el IAE por motivos religiosos.

Los conflictos familiares aparecen explícita e implícitamente en todos ellos. En Julia está directamente ligado al IAE; en Norma aparece como violencia doméstica por efecto del alcoholismo de la pareja; aunque los conflictos familiares también se repiten luego, en este mismo caso con la nuera lo que determinó su internación. En los dos casos masculinos investigados el IAE tiene relación con la pérdida de los vínculos familiares y de pareja. El alcohol y la agresión aparecen en forma reiterada en relación directa con el evento. Cabe agregar que el aislamiento social y las dificultades de relacionamiento aparecen en todos los casos: algunos afirman ser muy selectivos con quienes se relacionan, incluso actualmente en el hospital como admitieron Norma y Enrique. Andrés relata una situación de violencia y se pelea con una persona porque lo mira; o con más fuerza Julia declara que no quiere relacionarse con nadie porque “me gusta estar sola para evitar problemas”.

De todas formas y al tratarse de sujetos institucionalizados la soledad y el aislamiento también se manifiestan en las escasas visitas y la poca atención que reciben de la familia, situación que suele esconderse por medio de una explicación reiterada al decir que no vienen porque no tienen tiempo, porque están trabajando como manifestaron directamente Andrés, Norma y Julia.

Es en las entrevistas realizadas con mujeres que aparecen pensamientos de muerte e ideación. En una de ellas, Julia amenaza explícitamente con reiterar el IAE aunque se expresa en el contexto de un pensamiento delirante. Los tres sujetos que declararon haber cometido IAE poseen otros eventos similares en su historia. En el caso de Enrique se puede pensar de IAE por



autonegligencia al relatar que no salía, ni comía, hasta que un vecino lo encontró y debió ser internado en estado grave.

En cuanto a la relación con la enfermedad mental a partir de las historias clínicas y las entrevistas se puede afirmar que en todos se presenta esta asociación: sea trastorno depresivo y/o rasgos acentuados de personalidad y trastorno por consumo de alcohol. Cabe agregar que Norma relata con detalle un suicidio en la historia familiar.

Aunque en casi todas las entrevistas aparece por lo menos una enfermedad física crónica: Artritis psoriásica en Enrique, Enfermedad de Parkinson en Julia, Artrosis, en Norma que los vuelve dependientes de cuidados especiales, impide o dificulta la movilidad; sólo en el caso de Enrique se puede asociar fácilmente esa enfermedad con el acto. Importa destacar que como consecuencia del IAE Andrés es portador de una secuela motora de brazo izquierdo por traumatismo.

Consultados luego sobre su estado de ánimo posterior a la entrevista, no hubo repercusiones negativas de la misma y en dos casos fue evaluada como positiva.

La revisión bibliográfica muestra que las investigaciones realizadas y publicadas en Uruguay sobre el suicidio son escasas: entre 1968 y 1990 hay sólo 7 artículos publicados en revistas médicas especializadas. Los trabajos de la Dra. Lucero (1998<sup>6</sup>, 2003<sup>7</sup>) son casi pioneros<sup>8</sup>; recién en 2005 la Revista Médica del Uruguay publicó un trabajo centrado en el suicidio de niños y adolescentes<sup>9</sup>. En otros ámbitos, la literatura parece ser aún más escasa, a modo de ejemplo se relevó un trabajo de 2011 con enfoque sociológico cuyo autor sostiene que la precariedad vital, entendida como falta de expectativas, desprotección y la dificultad para imaginar futuros podría explicar el creciente aumento de suicidios entre adolescentes<sup>10</sup>.

El relevamiento de la normativa, las acciones y las herramientas desarrolladas por las autoridades de la salud en relación al suicidio en Uruguay muestra que a pesar de la relevancia del problema y de algunos trabajos puntuales, recién en el año 2004<sup>11</sup> se tomaron medidas creando una "Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio". Su principal objetivo fue diseñar, facilitar, supervisar y evaluar un Plan Nacional de Prevención del Suicidio que quedó constituido en 2011 y que estableció metas hasta 2015. El Plan considera al suicidio como un fenómeno multicausal con impactos en lo individual, familiar y social a través de varias generaciones. Se aborda el tema desde enfoques interdisciplinarios e

intersectoriales para aportar soluciones y se estructuraron cinco ejes estratégicos a partir de los cuales se vienen realizando acciones en el primer nivel de salud. A partir del año 2012 y con la intención de crear un sistema de vigilancia y monitoreo de los IAE una Ordenanza del MSP estableció una ficha de registro obligatorio (FRO) de los IAE a ser utilizada por todos los prestadores de salud. Supone la notificación obligatoria del IAE al MSP con fines epidemiológicos. El FRO vigente desde octubre del año 2013 consigna datos personales y cobertura de salud de que dispone el sujeto, método utilizado e intentos previos así como otros antecedentes médicos relevantes. Los datos deben ser enviados mensualmente en una planilla online al MSP que reúne toda la información del país.

## Discusión

Dado que la investigación se efectuó en una institución de internación permanente para ancianos es preciso señalar algunas de sus características.

En marzo de 2008 se realizó un estudio en el HCGPC<sup>12</sup> para evaluar el impacto que tiene la comorbilidad (presencia de dos o más enfermedades) en la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados. "Calidad de vida" es un concepto amplio que incluye además del estado objetivo de salud de una persona otros indicadores relacionados con la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación y el sistema de salud. Posee además aspectos subjetivos, personales, porque consiste en la percepción de un sujeto de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive, aunque vinculados a sus propios objetivos, expectativas y preocupaciones. Estudios internacionales ponen de manifiesto que las personas mayores poseen un enorme valor de satisfacción con la vida<sup>13</sup> aunque esto puede ser interpretado de diversas maneras. Algunos sostienen que los adultos mayores suelen tener menos aspiraciones lo que hace que las diferencias entre sus metas y logros sean menores<sup>14</sup>. Otros autores sostienen que la calidad de vida es óptima cuando la persona tiene oportunidades para lograr sus metas personales y cuando tiene la capacidad y los apoyos para satisfacer las demandas y las expectativas del entorno<sup>15-17</sup>.

En el estudio citado, se investigaron 65 pacientes de la Unidad de Semidependientes: datos demográficos, presencia de polifarmacia, y de comorbilidades. Además se realizó una valoración

funcional, cognitiva, afectiva y de espiritualidad, utilizando instrumentos probados a nivel internacional: los cuestionarios WHOQOL-OLD<sup>17,18</sup> y WHOQOL-BREF<sup>19</sup>. Los resultados indicaron que la calidad de vida está afectada por la polifarmacia, la dependencia funcional y la depresión; no encontrándose diferencias significativas entre los que tienen o no comorbilidad. Las mujeres tienen una mejor calidad de vida. Asimismo se encontró una baja prevalencia de depresión, lo que no está de acuerdo con otros trabajos realizados en pacientes institucionalizados<sup>20</sup>. La amplia mayoría no está preocupado por la muerte, ni tiene miedo a morir ni a sufrir cuando llegue el momento de su muerte. Se destaca que un 94% de los entrevistados manifestaron ser creyentes. Hay una buena percepción de su bienestar físico y del funcionamiento de los órganos de los sentidos, no relacionando el déficit de alguno de estos órganos con la capacidad de relacionarse con otras personas o de realizar actividades. Lo que ven más afectado es la autonomía e intimidad, reclamos que, junto con el deseo de tener más actividades diarias, surgieron como demandas insistentes en las entrevistas las que también son señaladas como factores de riesgo del IAE por las investigaciones previas en otros países. Asimismo el estudio referido igual que las entrevistas mostraron que en estos pacientes aparecen algunos factores de riesgo señalados por la literatura internacional como asociados al IAE como la depresión (aunque no grave) y otras enfermedades mentales o la comorbilidad. Sin embargo es preciso agregar que desde el año 2001 en que se introdujeron cambios significativos en la gestión y la modalidad de atención en el HCGPC no se ha producido ningún IAE. De todas formas cabe agregar que la categoría institucionalización y sus efectos no fue considerada específicamente en el proyecto aunque los resultados sugieren que estos aspectos deberían ser profundizados en investigaciones posteriores.

En principio las entrevistas permitieron visualizar los efectos de la institucionalización más clásicos como el acatamiento pasivo de Andrés ante la solicitud del médico de participar en la entrevista. Pero después la resistió y con el temor de ser expulsado del hospital expresó: “mientras no me echen” planteado en forma humorística; o la inseguridad que siente en el afuera al negarse a salir aunque posee la autorización correspondiente. Estos aspectos fueron percibidos con mucha perspicacia en un relato de Norma que manifestó: “este es otro mundo, el mundo de afuera y el mundo de acá... no sé cómo voy a volver

después... y yo sé que acá me tengo que quedar, entonces prefiero no salir”. Es la resignación, el acatamiento a una vida no elegida que denuncia la falta de apoyo familiar<sup>21</sup>.

Aunque las visiones más clásicas sobre la institucionalización destacan sus efectos perjudiciales, en el escenario de esta investigación no parece tener un impacto negativo. Según la literatura especializada la ausencia de parientes o amigos, la soledad y el aislamiento social son elementos a considerar en relación al IAE. Por eso, en una institución total la forma de gestión, el ambiente y clima institucional, el cuidado y la atención personalizada, el respeto continuo por los derechos de los sujetos puede beneficiar a los sujetos. Pero además, la institucionalización en muchos casos supone una mejora objetiva respecto de la seguridad y de las condiciones previas de existencia, es decir, la calidad de vida del adulto mayor. Este parece ser uno de esos casos y podría ser la contracara de lo que la literatura internacional señala como otro factor de riesgo: “la falta de soporte social”.

Como se expresó al principio del trabajo una interrogante sobre el significado del suicidio en el contexto de una cultura neoliberal orientó inicialmente el proyecto en Uruguay. Al escuchar las vivencias de los sujetos directamente involucrados buscando develar el significado de cada experiencia surge con fuerza en todos los casos la vergüenza asociada al IAE. Al relatar el evento, aunque el tiempo cronológico haya transcurrido, la palabra se quiebra y el pensamiento se hace más lento, la voz es menos audible. Es un relato emocionado al que sólo se llega luego de haberse establecido un acercamiento pero sobre el cual siempre es preciso interrogar directamente y hacer esfuerzos para lograr que agregue detalles y datos necesarios a los objetivos de la indagación. El relato se atraviesa de juicios sobre sí mismo. Por ejemplo, Norma afirma que “Era muy inmadura” como justificación; o Andrés que niega con fuerza el evento y descalifica a quienes lo hacen al sostener “Yo no soy de esos” lo que podría sugerir que operan juicios negativos de valor en torno al IAE.

Otro aspecto que surgió durante las entrevistas fue el asunto de la vergüenza por la vejez y la enfermedad, a veces dicho directamente como hizo Enrique, al no querer que lo filmen o que lo vean, por lo que no participa de las actividades culturales de la institución. Del mismo modo, Norma manifiesta lástima de sí misma y se niega a salir fuera del hospital aunque puede hacerlo; o la insistencia de Andrés que no quiere salir por-

que argumenta no tener dinero aunque todos los meses pide la autorización correspondiente. El no querer ser visto también es negarse a exhibir que se está viviendo en “el Piñeyro” lo que muestra la conveniencia de haber analizado brevemente la historia de la institución y los estigmas sociales asociados que aún hoy alcanzan a sus internados.

## Conclusiones

Esta investigación sobre tentativas e ideaciones suicidas está centrada en adultos mayores institucionalizados. Intentar investigar sobre los IAE supone superar algunos obstáculos que interfieren en ese conocimiento. En principio lograr la aprobación de las instituciones de salud para acceder a la información necesaria y conseguir la autorización para viabilizar el proyecto. Un obstáculo fue articular acciones entre instituciones distintas y destrabar el cerramiento institucional en torno a un tema muy sensible. Todo esto exigió la realización de ajustes al proyecto inicial si se deseaba realizar efectivamente la investigación. Una dificultad es la invisibilidad de los sujetos por el interjuego de la confidencialidad médico-paciente y cierta resistencia de los sujetos del IAE a hablar del hecho.

Sin embargo se considera una fortaleza la particular conformación del equipo investigador así como el lugar en que se realizó finalmente el trabajo de campo. La investigación despertó el interés de las profesionales que voluntariamente fusionaron así trabajo e investigación. Si bien podrían realizarse múltiples objeciones teóricas relacionadas con la implicación del investigador en lo investigado, esa decisión viabilizó, facilitó y enriqueció el proyecto al permitir extender la investigación para analizar sus efectos posteriores en los entrevistados. También permitió visibilizar la importancia del IAE en la población referida ya que un 6,5% de los internados ha vivido esa experiencia en algún momento de su vida, aspecto no tomado en cuenta hasta ahora por la institución. Asimismo los resultados sugieren una faceta distinta de la institucionalización en el adulto mayor. Señala la importancia del cuidado, la seguridad y la atención personalizada en un dispositivo de trabajo interdisciplinario y dejan abiertos nuevos supuestos para pensar la calidad de vida en la vejez institucionalizada. La investigación permite relevar necesidades y demandas de los pacientes relacionados con su calidad de vida las que al mismo tiempo son factores de riesgo señalados por la literatura internacional en

relación al IAE, todo esto debería ser considerado por la institución hospitalaria.

El trabajo de campo mostró la adecuación de la metodología a los objetivos de la investigación; también la conveniencia de realizar algunos ajustes a las herramientas como el Consentimiento Libre e Informado y al Guión orientador de las entrevistas al ser aplicadas en sujetos institucionalizados.

El trabajo con los sujetos mostró el IAE asociado a la vergüenza ya sea al negarlo durante la entrevista o la necesidad de racionalizar el acto en medio del relato o pudo ser uno de los motivos que influyeron al negarse a participar. Las entrevistas mostraron la presencia de creencias religiosas que bien pueden influir en este sentido aunque la vergüenza también aparece en el disgusto por la vejez, por no tener dinero, en cierto encerramiento protector para no ser visto, una imagen negativa de la ancianidad en consonancia con la cultura neoliberal del contexto. La información corrobora la diferencia de género en el método empleado en el IAE, la mayor ideación en el sexo femenino y la asociación estrecha y generalizada en las dificultades de relacionamiento y la vivencia del otro como conflicto o como ausencia. Asimismo la presencia de la enfermedad mental junto a por lo menos otra enfermedad crónica.

La revisión bibliográfica mostró que hay escasas investigaciones realizadas y publicadas accesibles sobre el acto consumado en nuestro territorio. Sobre el IAE no hay cifras oficiales. Es posible afirmar que sobre el IAE en Adultos Mayores en Uruguay, hasta ahora, no hay estudios; menos aún desde la perspectiva de los propios sujetos.

El análisis del estado del arte sugiere que la visibilidad del fenómeno fue posible por profesionales que en su trabajo cotidiano percibían su impacto en la salud de la población. El trabajo con suicidas y personas con IAE los llevó a desarrollar primero investigaciones teóricas; luego, a partir de una práctica clínica reflexiva y sistemática, a proponer soluciones prácticas orientadas a la atención.

Si bien en los últimos años las autoridades sanitarias han dado señales de reconocer el suicidio como un problema para la salud de la población creando organismos y herramientas para trabajar en la prevención, éstas son acciones recientes que aún generan grandes interrogantes. Como su implementación es muy reciente se desconocen sus resultados, pero han aparecido preocupaciones en torno a la confidencialidad médico-pacien-



te, a la circulación obligatoria y casi pública de la identidad del sujeto del IAE y algunas lagunas de la Ordenanza en cuanto al destino y ubicación del FRO en los centros de salud.

### **Colaboradores**

MCH Fachola, R Lucero, V Porto, E Díaz e MA París han participado igualmente en cada una de las etapas de elaboración de este artículo.

## Referencias

1. Rebellato JL. La globalización y su impacto educativo-cultural. El nuevo Horizonte posible. *Rev Multiversidad Franciscana de América Latina* 1998; 8:23-51.
2. Minayo MCS, Cavalcante FG. *Tentativas de Suicídio entre Pessoas Idosas: revisão de literatura (2002/2013)*. No prelo.
3. Paredes M, Ciarnello M. *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Lucinda editores; 2010
4. Berriel F, Pérez R, Rodríguez S. *Vejez y Envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción*. Montevideo: MIDES; 2011.
5. Uruguay. Ministerio de Salud Pública (MSP). *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: MSP; 2011.
6. Lucero R. Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992) *Rev Médica del Uruguay* 1998; 14:236-247
7. Lucero R, Díaz N, Villalba L, Caracterización Clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. El método de la autopsia psicológica. *Rev Psiquiatría del Uruguay* 2003; 67(1):5-20.
8. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. *Rev Médica del Uruguay* 2001; 17:24-32.
9. Almada HR, Maggi, I, Ciriacos C. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Rev Médica del Uruguay* 2005; 21:141-146.
10. González V. *Suicidio y precariedad vital. Jornadas de FCS (Udelar)* Montevideo: Udelar; 2011.
11. Uruguay. Presidencia de la República. Decreto 378/004. Diario Oficial 2004; 21 oct.
12. Diaz E, Diaz A, Favilla A. *Influencia de la comorbilidad sobre la calidad de vida en ancianos institucionalizados [monografía]*. Montevideo: Udelar; 2008.
13. Sancho MT, Vega JL. Calidad de vida y satisfacción con la vejez. Una percepción psicológica. *Rev. Española de Geriatría y Gerontología* 2004; 39(S3):1-7.
14. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. *The quality of American life*. New York: Sage; 1976.
15. Lamura G. *Research in quality of life in old age in Italy*. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
16. Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Cheung YT, Pirkis J. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMG Public Health* 2013; 13:214.
17. Conwell Y. Suicide prevention in later life: a glass half full, or half empty? *Am J Psychiatry* 2009; 166(8):845-848.
18. World Health Organization (WHO). The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties, 1998. *Soc Sci Med* 1998; 46(12):1569-1585.
19. World Health Organization (WHO). WHO-QOL-HIVBREF. *Mental Health: evidence and research department of mental health and substance dependence World Health Organization Geneva*. Geneva: WHO; 2002.
20. Scocco P, Fantoni G, Rapattoni M, Girolamo G, Pavan L. Death Ideas, Suicidal Thoughts, and Plans Among Nursing Home Residents. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2009 22(2):141-149.
21. Beeston D. *Older People and Suicide*. Stanfordshire: Stanfordshire University; 2006.

---

Artigo apresentado em 06/03/15

Aprovado em 16/03/15

Versão final apresentada em 18/03/15