

Diana Rill Laguna

**FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN
ESPAÑA**

Treball de fi de grau

Dirigit per la Sra. Laura Ortega Sanz

Grau d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

El Vendrell, 2015

ÍNDICE	Páginas
<u>INTRODUCCIÓN</u>	3
<u>MARCO TEÓRICO</u>	4
DEFINICIÓN Y CONCEPTOS CLAVE	4
TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO	5
EPIDEMIOLOGÍA	8
CONTINUUM RESPUESTAS DE AUTOPROTECCIÓN.....	10
CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	12
FACTORES PREDISPONETES A SUFRIR UNA CONDUCTA SUICIDA	14
FACTORES ESTRESANTES DE RIESGO DE SUICIDIO	17
HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA	19
<u>OBJETIVO</u>	22
<u>METODOLOGÍA</u>	23
<u>RESULTADOS</u>	25
<u>DISCUSIÓN</u>	35
<u>CONCLUSIÓN</u>	38
<u>Bibliografía</u>	39
<u>Artículo</u>	42
<u>Revista y normas de publicación</u>	57

INTRODUCCIÓN

Actualmente el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública de relevancia debido a su incremento considerable en los últimos años. El hecho de que el suicidio se encuentre en alza, es algo justificable, según las fuentes de información estadística que se pueden consultar en la web del INE (Instituto Nacional de Estadística), se contempla el suicidio como la primera causa de muerte dentro del grupo de causas externas, dicho grupo se encuentra en el número 7 dentro de las principales causas de mortalidad en España, además de ser la segunda causa de mortalidad entre el grupo de población de 25-34 años de edad y de haber aumentado en un 11'3% el número de casos totales el pasado 2012.

Como todo problema importante de salud, el suicidio requerirá que se desarrollen una serie de programas e intervenciones efectivas con fines de prevención de éste, ya que se considera que es un problema evitable si se da un abordaje integral desde el ámbito sanitario. Para conseguir dicho abordaje es necesaria una clara identificación de los factores de riesgo (entre otros aspectos) que se asocian a la conducta suicida como herramienta para poder enfrentarse al fenómeno del suicidio que cada vez está adquiriendo una mayor prevalencia en nuestra sociedad.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN Y CONCEPTOS CLAVE

El origen etimológico de la palabra suicidio proviene del término en latín "sui caedere" que tiene como significado "matarse a uno mismo". Hoy en día definimos el suicidio como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada¹.

La Organización Mundial de la Salud define la expresión "acto suicida" como: todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil. El término "parasuicidio" fue introducido por Kreitman² para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte, sino que hay más bien una voluntad de escapatoria a una situación estresante para el individuo y en consecuencia, este realiza un daño físico para atenuar dichos sentimientos de estrés.

En lo que a la historia se refiere, el suicidio como hecho humano transcultural y universal es un fenómeno tan antiguo como el origen de la sociedad, pese a que a lo largo de su historia ha sido en algunos momentos tolerado y en otros castigado en función de las características filosóficas y religiosas de cada etapa³.

En épocas antiguas y en algunas culturas que no lo son tanto, el suicidio se ha podido considerar a veces como un acto honroso, pero esa herencia no ha llegado a nuestra sociedad actual donde desde el año 533 d.C el suicidio ha sido condenado por la fe cristiana y hasta hoy en día ese estigma ha provocado parte del tabú que envuelve el tema de la muerte autoinfringida.

¹ Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, dirs.: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, S.A.; 1997

² Kreitman N: Parasuicide. London: Wiley Sons; 1977.

³ Bobes García, González Seijo y Saiz Martínez, 1997

TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO

Se han propuesto una serie de teorías a lo largo de la historia para explicar algunos posibles factores que influyen en la conducta suicida, con el fin de prevenir ésta. Estas teorías se dividen en los modelos biológicos, psicológicos y psicosociales.

- **Modelos biológicos**

- *Hipótesis genéticas*: Según los estudios publicados, casi la mitad de pacientes en donde encontramos existencia de suicidio en el núcleo familiar, realizan un intento de suicidio⁴. También vemos que la tasa de concordancia entre el suicidio y los intentos suicidas son mayores entre los gemelos que provienen de un solo óvulo monocigóticos que los llamados dicigóticos o coloquialmente conocidos como mellizos. Y es frecuente el suicidio entre los niños adoptados provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio, a pesar de la diferencia en el ambiente familiar en que crecieron⁵. En conclusión podemos ver un factor hereditario genético que puede estar relacionado con la herencia de una enfermedad mental como la depresión mayor o únicamente con la conducta suicida independiente de trastorno mental.
- *Hipótesis neurobioquímicas*: El principal neurotransmisor implicado en las conductas suicidas es la serotonina. Se ha constatado un déficit de esta sustancia mediante gran número de estudios, los más frecuentes tienen que ver con la relación entre la serotonina y los lugares de unión de la corteza frontal postsináptica, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) que es el metabolito más presente en la serotonina humana y se localiza normalmente en el líquido cefaloraquídeo (LCR) y el colesterol sérico, son los objetivos

⁴ Roy A. Family history of suicide. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 971-974

⁵ Contreras C, Gutiérrez García A. Bases biológicas del suicidio. Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana 2007; 20 (1)

centrales de las investigaciones sobre la conducta suicida en neurobioquímica. Los resultados de dichas investigaciones indican que la presencia de un mayor número de lugares de unión disminuye la disponibilidad de la serotonina para regular la conducta agresiva. Una concentración baja de 5-HIAA en el LCR es indicador de riesgo de suicidio a corto plazo, respaldando así la hipótesis que relaciona la serotonina y el riesgo de suicidio. Por último, una concentración baja de colesterol sérico indica una disponibilidad menor de serotonina además de una reducción de la inhibición de la conducta agresiva⁶

- **Modelos psicológicos.**

- Teorías psicoanalíticas: Freud explica el suicidio como un problema que se encuentra dentro del alma humana. En su obra *Duelo y melancolía* considera los impulsos hacia el suicidio como impulsos homicidas, orientados anteriormente hacia otras personas⁷. Por otro lado, el autor Karl Menninger reeditó los conceptos freudianos sobre el suicidio y explica 3 componentes de la conducta hostil presente en el suicidio que son: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.⁸ Por último encontramos a Littman que añade entre los aspectos a resaltar en la dinámica del paciente suicida a parte de la hostilidad: la culpa, la ansiedad y la dependencia.⁹
- *Teorías existenciales*: EL filósofo Ludwig Wittgenstein mantuvo que el tema ético principal del hombre es el suicidio. También habla de que existen conductas de acercamiento al suicidio que se alejan de la concepción

⁶ Ruiz P, Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2 tomos. 9ª edición. Baltimore: Lippincott William & Wilkins, 2009.

⁷ Freud S. Traner und melancholie. Int Z Psychoanal 1917; 4(6): 288-301.

⁸ Menninger K: Man against himself. New York: Harcourt Brace and World; 1938.

⁹ . Litman RE. Sigmund Freud on suicide. En: Shneidman ES, dir. Essays in self-destruction. Science House; 1967.

patológica de éste y que no ofrecen pautas de actuación para el profesional sanitario pero son indispensables para aquel que desee estudiar la cuestión.

- **Modelos psicosociales**

- La teoría que ha contribuido de forma decisiva desde la sociología a la comprensión del fenómeno suicida fue la propuesta por el sociólogo francés Émile Durkheim, quien ha identificado a la sociedad como un factor que influye en las tasas de suicidio. Durkheim dividió el suicidio en tres categorías en función del grado de socialización del individuo : egoísta, altruísta y anómico.

En el suicidio altruísta la persona acaba con su vida como consecuencia de las reglas sociales que así lo piden bajo unas determinadas circunstancias, continuar con su vida sería lo inaceptable por la sociedad (ejemplo: el bombero que sacrifica su vida en un incendio para salvar las de las personas que se encuentran en peligro). El suicidio egoísta es aquel decidido por la persona y en contra de la sociedad en la cual no se siente integrado (ejemplo: varón divorciado, sin hijos y que vive solo). Por último encontramos el suicidio anómico que se refiere al que se produce en personas que tienen dificultad en integrarse en la sociedad debido a factores de vida estresantes y abrumadores que no le permiten adaptarse. (ejemplo: suicidios después de catástrofes económicas)

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel nacional según las fuentes de información estadística que se pueden consultar en la web del INE (Instituto Nacional de Estadística), se contempla el suicidio como la primera causa de muerte dentro del grupo de causas externas, dicho grupo se encuentra en el número 7 dentro de las principales causas de mortalidad en España. Según más datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁰ del 2010, en España se suicidan nueve personas al día, siendo el suicidio en los varones (78,09%) más del triple que en las mujeres (21,90%). Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa¹¹.

En Europa mueren cada año 58 000 personas por suicidio, 7000 más que por accidentes de tráfico¹². Si en España comparamos ambas causas de muerte a lo largo de los últimos años, podemos comprobar una disminución importante de los fallecimientos por accidentes de tráfico, mientras que las tasas de suicidio se mantuvieron similares, llegando a ser desde el 2008 la primera causa de muerte no natural¹³.

Los datos recogidos por el INE muestran que la conducta suicida en España sigue las pautas del resto del mundo, produciéndose la mayoría de los suicidios en la población de sexo masculino y aumentando su tasa conforme aumenta la edad. Analizando los datos por comunidades autónomas, las que presentan mayores tasas por 100 000 habitantes son Asturias y Galicia (13,74 y 9,83), mientras que Madrid y Melilla presentan las tasas más bajas (1,89 y 1,32)¹⁴.

Respecto a los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar

¹⁰ Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2010. Datos provisionales Notas de prensa [Internet]. Madrid: INE; 2012 [actualizado 2012; citado 05 jun 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np703.pdf>

¹¹ Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 [citado 8 feb 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E93348.pdf>

¹² Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit. 2006;20(1):25-31.

¹³ Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2011 [citado 24 jun 2011]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2010. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2012 [actualizado 12 mar 2012; citado Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2010/I0/&file=06001.px&type=pcaxis&L=0>

por la dificultad de la recogida de datos. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes¹⁵ y de 170/100.000 habitantes en medio hospitalario¹⁶.

A nivel mundial , el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones¹⁷.

En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio¹⁸, siendo los trastornos más frecuentemente asociados, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros. En este sentido es importante destacar las previsiones del estudio ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) que nos muestra que un 14,7% de la población europea presentará un trastorno afectivo a lo largo de su vida (casi un 20% en el caso de España), el 14,5% un trastorno de ansiedad y un 5,2% un trastorno por abuso de alcohol¹⁹

¹⁵ Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008;20:328-31.

¹⁶ Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *An Med Interna*. 2004;21(2):62-8.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en:www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

¹⁸ Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.

¹⁹ Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.

CONTINUUM RESPUESTAS DE AUTOPROTECCIÓN.

Basándonos en la teoría psicológica de Abraham Maslow propuesta en su obra de 1943 "Una teoría sobre la motivación humana" (*A Theory of Human Motivation*) existe una jerarquía de necesidades humanas básicas que conforme se van satisfaciendo por la propia persona, se van generando nuevas necesidades y deseos más elevados. En esta jerarquía piramidal encontramos en el segundo eslabón el concepto de seguridad en todos los ámbitos, son una serie de respuestas de autoprotección que debemos satisfacer para conseguir un estado emocional y psíquico de tranquilidad, es decir, la protección y la supervivencia son necesidades fundamentales de todos los seres vivos.

En el continuum de las respuestas de autoprotección del individuo arriesgarse para mejorar y para crecer serían las respuestas más adaptativas, mientras que respuestas mal adaptativas serían la conducta autodestructiva indirecta, las autolesiones y por último el suicidio. Una conducta autodestructiva puede ser directa o indirecta.

La conducta autodestructiva directa incluye cualquier actividad suicida, desde la ideación suicida hasta las amenazas o el propio suicidio consumado. La intención de esta conducta es la muerte y la persona es consciente del resultado que desea.

Por otro lado la conducta autodestructiva indirecta es cualquier acto que perjudica el bienestar físico de la persona y que puede producir a ésta la muerte, pero a diferencia de la conducta autodestructiva directa, en estos casos el individuo puede ignorar la posibilidad de muerte e incluso negarlo si se le pregunta, es decir, no hay una consciencia total. Un ejemplo de este tipo de conductas indirecta serían los trastornos de conducta alimentaria, el abuso de drogas, la promiscuidad sexual, la participación en deportes de alto riesgo, el incumplimiento terapéutico etc.

Es importante también entender que estas conductas autodestructivas suelen solaparse con los trastornos del estado de ánimo, se debe tener presente que para pensar en destruir el yo o intentarlo, la persona debe

tener un bajo amor propio. La baja autoestima conduce a la depresión, que siempre está presente en las conductas autodestructivas.

Para poder valorar las respuestas de autoprotección mal adaptativas, por parte del personal de enfermería deberá haber un control y valoración respecto a los cambios en el estado de ánimo y la conducta de los pacientes.

El acto de autolesión, es interesante hacer hincapié en el concepto de autolesión dentro de nuestro trabajo, pues a menudo existen confusiones.

Hoy en día nuestra sociedad acepta algunas formas de autolesión como algo normal. Entre los ejemplos podemos situar la perforación para colocarse pendientes, los tatuajes, la circuncisión etc., pero de forma general definiríamos el término autolesión como el acto de hacer daño de forma deliberada al propio cuerpo. La lesión se hace a uno mismo sin ayuda de otras personas y suele ser lo bastante grave como para dañar los tejidos.²⁰ Las formas habituales de conducta autolesivas son cortarse y quemarse la piel, golpearse la cabeza y las extremidades, tocarse las heridas y morderse los dedos.

Es común que los profesionales de enfermería confundan las autolesiones con la posibilidad de suicidio, pero son dos fenómenos diferentes. Las autolesiones suelen tener una letalidad baja, y por lo general los pacientes que llevan a cabo este tipo de conducta lo hacen porque quieren liberarse de la tensión que sienten en vez de suicidarse (Gallop, 2002).

La conducta autolesivas puede clasificarse según el tipo de paciente y el contexto en el que se produce, así, veremos que ésta se puede dar en personas con retraso mental, pacientes psicóticos que tienen conductas autolesivas de carácter esporádico normalmente como repuesta a delirios o alucinaciones, personas encarceladas y pacientes con trastornos de personalidad, sobretodo en pacientes con trastorno de personalidad límite que suelen tener una baja tolerancia a la ansiedad,

²⁰ Rebraca Shives L: Enfermería psiquiátrica y de salud mental. McGraw Hill. 2007; 366-367.

estrés e ira que tienen como desenlace este tipo de conductas autolesivas mencionadas anteriormente.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA.

La conducta suicida se puede dividir en 4 fases o categorías, que serían la ideación suicida, amenaza suicida, tentativa suicida y suicidio consumado.

La ideación suicida es el pensamiento de provocarse la muerte a sí mismo, si esto se comunica a los demás también se considera ideación suicida. Podemos clasificar dos tipos de ideación suicida en función de su gravedad, rdtos serían la ideación *pasiva* donde solo hay pensamientos pero no intentos de hacerlo, y por otro lado encontraríamos la ideación *activa* done además de pensamientos sobre provocarse la muerte a uno mismo, también hay una planificación de cómo hacerlo. Todas las conductas suicidas son graves y se deben priorizar asistencialmente por parte del personal de enfermería, omitir asistencia en casos donde el individuo solo muestra comentarios poco infundados sobre ideas de muerte es un grave error por parte de los profesionales sanitarios.

La amenaza suicida se trata de una advertencia directa o indirecta, verbal o no verbal que nos informa de que la persona está planeando quitarse la vida. Ésta a veces pasa desapercibida pero normalmente suele producirse antes de que tenga lugar una actividad suicida evidente. El individuo puede hacer afirmaciones como <<¿Me recordarás cuando me haya ido?>>. Si esto tiene también como contexto factores estresantes recientes y de la situación de vida de la persona, debemos considerar esas declaraciones como signo de alarma.

También se debe tener en consideración la comunicación no verbal que puede revelarnos una amenaza suicida, ejemplos de comunicación no verbal serían actos como que la persona regale sus pertenencias más preciadas, que realice un testamento o prepare su entierro.

Captar la amenaza suicida es un éxito para el profesional enfermero ya que representa el momento en que el individuo aún tiene esperanza de que alguien se percate de su situación y le ayude a alejarse de sus impulsos autodestructivos.

La tentativa de suicidio es cualquier acción dirigida contra uno mismo que producirá la muerte si no es detenido. A la hora de valorar la conducta suicida, se debe descartar la letalidad del método que con el que se ha amenazado o se ha usado, pese a que todas las amenazas o intentos deben considerarse graves se deberá prestar especial atención a aquellos casos en que la persona ha planificado o intentado un método muy letal. Los métodos considerados más letales serían los disparos con armas de fuego, el ahorcamiento, saltar desde una gran altura etc., en cambio métodos de menor letalidad serían la sobredosis con fármacos, el monóxido de carbono puesto que aquí hay consciencia de que existe un margen de tiempo más amplio para encontrar a la persona y detenerla antes que se produzca la muerte.

A la hora de valorar las tentativas de suicidio tendremos especial cuidado con aquella planificación más violenta (disparo en la cabeza) que ha planificado de forma específica (cuando los familiares se vayan de casa a comprar) y que ya dispone de los medios (tiene el arma cargada en el cajón). Aquí tendremos especial cuidado porque existe poca ambivalencia en su plan suicida. Sin embargo aquella persona que comunica que se tomará un frasco de fármacos si su situación en el trabajo no mejora a la vez que comunica una planificación suicida también está dejando entrever algo de esperanza, en realidad nos está pidiendo ayuda porque existe un mal afrontamiento a situaciones estresantes.

El suicidio consumado es la muerte debida a lesiones producidas a uno mismo y puede tener lugar después de que se hayan pasado por alto o ignorado señales de aviso, es decir, no siempre podremos preveer un posible suicidio pero para ayudarnos a detectar futuros casos es

importante el hecho de la autopsia psicológica que es la exploración psicobiográfica de las conductas y de la vida anímica de la persona, encaminada a esclarecer las causas de su muerte. Se realiza a través de una serie de investigaciones retrospectivas, indirectas y postmortem. La víctima deja "evidencia psicológica" en la escena de la muerte, en los espacios que habitó y en sus obras. Estas evidencias pueden ser útiles también para establecer comportamientos comunes en las conductas suicidas que si son correctamente detectados podrán ayudar en una futura prevención.

En conclusión, el paciente suicida puede tener muchas conductas clínicas diferentes. Suele tener trastornos del estado de ánimo, y síntomas somáticos. Los sentimientos de desesperanza e indefensión son relevantes para explicar la ideación suicida, por eso el personal de enfermería debe recoger los antecedentes médicos y psiquiátricos de forma cuidadosa, prestar atención a la exploración del estado mental, a los antecedentes psicosociales y evaluar las pérdidas recientes del paciente, los factores estresantes de la vida y el consumo y abuso de sustancias.

FACTORES PREDISPONENTES A SUFRIR UNA CONDUCTA SUICIDA

No existen teorías que por sí solas expliquen las conductas autodestructivas en el individuo, si bien hay teorías que hablan sobre antecedentes en la infancia y adolescencia que refuerzan la conducta autolesiva o otras que refieren el hecho de haber sufrido un trauma con una consiguiente ansiedad mal tratada como inicio de futuros episodios de autolesiones, se clasifican cinco factores predisponentes que contribuyen al modelo biopsicosocial para comprender las conductas autolesivas en la persona. Estos son los siguientes:

1. **Diagnóstico psiquiátrico:** Existe un elevado porcentaje de adultos con trastornos psiquiátricos que se suicidan, entre todos

estos trastornos encontramos cuatro que suponen un riesgo especial de suicidio:

- a. Trastornos del estado de ánimo
- b. Patología dual
- c. Esquizofrenia
- d. Trastornos de ansiedad.

Los pacientes con trastorno bipolar y depresión psicótica son de máximo riesgo. El alcoholismo también se asocia al 25-50% de los suicidios.²¹ La esquizofrenia se asocia a una elevada tasa de suicidio, según la *American Psychiatric Association* (APA) el 40% de pacientes con esquizofrenia refiere pensamientos suicidas, el 20-40% intenta suicidarse sin éxito y el 10-15% lo consigue.

Los trastornos de ansiedad, sobre todo el trastorno de estrés postraumático, se asocian a un aumento de la tasa de ideación suicida, tentativas suicidas y suicidio consumado. Otros grupos en riesgo son los trastornos de conducta alimentaria, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de personalidad límite y los trastornos de conducta en adolescentes.

2. **Rasgos de personalidad:** Existen una serie de aspectos en la personalidad del individuo que se asocian de forma estrecha a un aumento del riesgo de suicidio, estos son la hostilidad, la impulsividad, la depresión y la alexitimia. La coexistencia de síntomas antisociales y depresivos parece ser una combinación letal. La asociación entre hostilidad y suicidio proviene de la teoría propuesta por Freud que explica que la persona suicida enfoca su ira hacia sí misma.

La alexitimia es un concepto introducido en 1972 por el psiquiatra Peter Sifneos, el término significa literalmente "carecer de palabras para describir las emociones". Es un fenómeno real y las

²¹ Sher L, Stanley BH, Harkavy-Friedman JM, Carballo JJ, Arendt M, Brent DA, et al. Depressed patients with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):907-15.

personas que lo experimentan están en riesgo de automutilarse y mostrar una conducta suicida.

Otros estudios ponen en manifiesto que las personas suicidas presentan también rasgos de baja autoestima, desconfianza en la sociedad que les rodea, pesimismo y formas de pensar inflexibles.

3. **Entorno psicosocial:** Aquí encontramos aspectos que predisponen a una conducta suicida como son la pérdida, la falta de apoyo social, los sucesos negativos en la vida y las enfermedades crónicas.

La pérdida reciente de un ser querido, la separación o divorcio y la disminución de ayuda social son factores relevantes en la posibilidad de suicidio. Por otro lado las enfermedades crónicas y debilitantes muestran que el riesgo de suicidio se duplica prácticamente en los pacientes con cáncer y se eleva de manera significativa en los afectados por sida. Los pacientes en hemodiálisis presentan una tasa de suicidio superior a la esperada (llega al 5%) y es tan alta como la de los pacientes con esquizofrenia. Otros enfermos con un riesgo mayor de lo esperado son los que presentan Delirium Tremens y enfermedades respiratorias.

4. **Antecedentes familiares:** El hecho de tener antecedentes familiares de suicidio (como hemos explicado en los modelos genéticos) es un factor de riesgo significativo para la conducta autodestructiva. Así vemos que los descendientes de las personas que han intentado suicidarse por trastornos de estado de ánimo tienen mucho más riesgo de intentar suicidarse.

5. **Factores Bioquímicos:** Cada vez más estudios muestran que hay una relación entre el suicidio o las tendencias suicidas y un nivel bajo de serotonina (5-HT) a nivel cerebral.

Esto sugiere que los niveles de 5-HT deben estar en equilibrio para proporcionar respuestas adaptativas en el individuo. La medición de los niveles de serotonina y ácido 5-hidroxiindolacético cerebral y en el LCR serán un dato relevante a la hora de establecer un nivel de riesgo suicida.

En conclusión vemos que una disminución de la actividad de la 5-HT en combinación con agresividad y sentimientos de desesperanza es más frecuente en varones que mujeres, pudiendo ser la explicación de porqué se suicidan más varones que mujeres pese a que ellas tienen mayores tasas de depresión. Pese a que se puede realizar un examen sérico de serotonina, éste no es un indicador claro de riesgo de conducta suicida puesto que no indica a nivel cerebral los niveles de 5-HT con lo cual actualmente ninguna prueba diagnóstica diferencia las personas que se suicidan de las que no.

FACTORES ESTRESANTES DE RIESGO DE SUICIDIO

Los factores de riesgo ofrecen un contexto general para una evaluación. Cada paciente requiere una evaluación individual y no solo una "puntuación" en una escala numérica de factores de riesgo.

1. Enfermedades médicas crónicas
2. Edad avanzada. Los ancianos de raza blanca presentan una incidencia rápidamente creciente de suicidio consumado, cuatro veces mayor que la tasa nacional.
3. Sexo masculino: (Las mujeres lo intentan más a menudo y los hombres lo consuman con mas frecuencia)
4. La existencia de una enfermedad psiquiátrica:
 - Depresión mayor (50%)
 - Alcoholismo crónico (20%)
 - Esquizofrenia (10%)
 - Personalidad límite (5-15%)

5. Tentativas de suicidio previas
6. Ideación suicida (Comunicada en el 60%)
7. Crisis de angustia (el 20% de los sujetos con trastorno de angustia tiene antecedentes de tentativas de suicidio en algún momento de su vida)
8. Sueño deficiente
9. Soltero
10. Desempleo
11. Alta reciente de un hospital
12. Deseos de morir inferidos.
13. Verbalización del deseo de morir, que puede responder a motivaciones diversas: intención de destruirse, dejar de sufrir, salir de la crisis, etc.
14. Existencia de planes suicidas: Planificación del acto, método a emplear y grado de letalidad del mismo, precauciones para no ser descubierto, intento de búsqueda de ayuda antes y después.
15. Impulsividad en las tentativas.
16. Conductas sugerentes o indicativas de autolesión tales como fugas, caídas, convulsiones, accidentes etc.
17. Fallecimientos o pérdidas recientes de familiares o amigos.
18. Separación, divorcio o ruptura de una relación.
19. Heridas narcisistas.
20. Estrés crónico.
21. Dificultades académicas o laborales.
22. Procesos legales inminentes, encarcelamiento o próxima excarcelación.
23. Abusos físicos o sexuales recientes o en la infancia. Abuso y humillaciones sociales, acoso escolar o laboral, etc.
24. Antecedentes personales de violencia, agresión, tentativas de suicidio o autolesiones. **El intento de suicidio es el predictor más fuerte de suicidio y el más universal de todos los conocidos** (Retterstol y Melum, 2001).
25. Historia familiar de suicido o autolesiones.

26. Baja tolerancia a la frustración.
27. Desesperanza.
28. Patología somática grave (dolor no tratado, pérdida de movilidad, desfiguración física), con pérdidas de relación o rol y problemática asociada a la enfermedad.
29. Presencia de depresión clínica asociada al padecimiento somático
30. Presencia de depresión clínica asociada al padecimiento somático (hipotiroidismo, déficit de vitamina B12) y depresiones de etiología orgánica.

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

El riesgo de suicidio es difícil de evaluar de manera eficaz en los pacientes psiquiátricos individuales, la valoración del riesgo suicida es una de las más difíciles en la práctica psiquiátrica, no sólo debido a la existencia de falsos positivos y negativos, sino también por la ansiedad que genera en el evaluador (Wasserman, 2001).

Actualmente, la entrevista clínica es el elemento clave en la valoración del riesgo de suicidio. Afrontar dicha entrevista supone un reto para el profesional debido al grado de responsabilidad al que se ve sometido y a los aspectos emocionales que supone esto.

La entrevista como herramienta de valoración permite al profesional lo siguiente:

- Identificar factores específicos, signos y síntomas implicados en el riesgo de suicidio.
- Garantizar la seguridad inmediata del paciente y tomar decisiones sobre el tratamiento más indicado a seguir.
- Realizar un diagnóstico, marcarse unos objetivos y unas intervenciones a seguir.

La evaluación se debe realizar de forma respetuosa en un ambiente que garantice intimidad y privacidad. La evaluación debe tener un carácter exhaustivo y ha de utilizar la información relativa a la historia clínica del

paciente, su desarrollo psicopatológico, la presencia de factores de riesgo etc.

Otra herramienta útil para el profesional será la exploración psicopatológica que incluye los siguientes ítems:

- Aspecto y comportamiento del paciente (vestimenta, higiene, expresión facial, actividad motora, actitud ante la entrevista etc.)
- Nivel de contacto: visual, suficiente o insuficiente, abordable o inabordable
- Nivel de conciencia, evaluar si está orientado en espacio y tiempo.
- Alteraciones en la atención, concentración y memoria.
- Habla y lenguaje del paciente (rapidez, ritmo, estructura etc.)
- Rapidez de movimiento y presencia o no de posturas involuntarias o poco comunes.
- Presencia de alteraciones sensorio-perceptivas: alucinaciones, alucinosis, ilusiones etc.
- Expresiones del estado de ánimo y afectividad del paciente, tanto manifestaciones verbales como no verbales: ideas de muerte, expresión facial, tono de voz, actividad motora en las relaciones o interacciones con otras personas, suspiros, llantos, risas, expresión de dolor, expresión de angustia o tristeza, cambios de humor frecuentes sin desencadenante, anhedonia etc.
- Nivel de tolerancia a las frustraciones.
- Alteraciones de la forma y contenido del pensamiento: ideas de muerte, pesimismo, de culpa, de autolesión etc.
- Conocimiento que el paciente tiene de su estado de salud, si existe o no conciencia de enfermedad en el caso que ésta esté presente.

Por último encontramos las escalas de valoración, que pueden utilizarse para complementar la evaluación pero nunca sustituyendo a una evaluación clínica exhaustiva. (APA 2006).

Las escalas más recomendadas por la APA son:

- **Escala de estimación del riesgo de suicidio** (Risk Estimator Scale for Suicide) (Motto y cols., 1985). Esta escala es el resultado de un estudio prospectivo de 2 años realizado con 2753 pacientes con depresión o tendencias suicidas en quienes se observaron suicidios consumados. Se incorporaron 15 variables en una escala que proporcionaba una estimación del riesgo de suicidio en un intervalo de 2 años. Se incluyeron variables demográficas, antecedentes psiquiátricos y factores estresantes, así como factores de interpretación como la reacción del entrevistador frente al paciente.
- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) ya que el grupo de Beck identificó la desesperanza como variable central de la tentativa de suicidio. Es un instrumento de autoevaluación construido para medir la desesperanza. Consta de 20 elementos, puntuado cada uno 0 ó 1. (Beck y Steer, 1988)
- La Escala de Intención Suicida (SIS) es un instrumento de evaluación por especialistas con 15 elementos, puntuado cada uno de 0-2 y construido para la evaluación de un intento de suicidio. (Beck y cols, 1975)

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo será realizar una búsqueda bibliográfica sobre cuáles son los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en población española, para contribuir en una mejor delimitación de los grupos de riesgo con fines preventivos. A la vez que realizamos esta búsqueda, otro objetivo será clasificar dichos factores según su relevancia para establecer cuáles son más indicadores de riesgo inminente de suicidio y cuáles menos.

Poder realizar esta clasificación nos permitirá tener una herramienta que afine la identificación del riesgo de conducta suicida y en consecuencia poder trabajar de forma individualizada la prevención con aquellos pacientes que entren dentro del perfil.

Otro de nuestros objetivos será que dicha clasificación sea actualizada, es decir, creemos que es importante revisar de forma periódica los factores de riesgo en cualquier ámbito, puesto que muchos de éstos son fluctuantes y van estrechamente relacionados con la situación actual del país y su sociedad. También hemos de tener en cuenta que algunos factores desaparecen a la par que aparecen nuevos factores predisponentes, por eso otro de nuestros objetivos será proporcionar una clasificación actualizada que sea acorde con las características del momento en que vivimos.

Nuestra hipótesis: Los factores de riesgo son una herramienta de relevancia suficiente para realizar un cribaje de individuos con riesgo de suicidio?

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos que muestren estudios epidemiológicos no experimentales, de tipo analítico observacional que incluya estudios de casos y controles y estudios de cohortes (retrospectivos y prospectivos).

La búsqueda bibliográfica se ha efectuado en las bases de datos electrónicas PubMed, SciELO y Cuiden con los siguientes términos descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) : *suicide, risk factors i spanish* (esta última palabra como *keyword* ya que no existe como MeSH) para PubMed. Y con las palabras clave: Suicidio y factores de riesgo para SciELO y Cuiden. Entre los diferentes términos Mesh y las palabras clave se incluyeron los operadores booleanos "AND" quedando de la siguiente manera para PubMed:

- *Suicide AND risk factors AND Spanish.*

Y para SciELO y Cuiden:

- *Suicidio AND factores AND riesgo*

En una primera búsqueda se intentó incluir solamente estudios publicados por revistas de enfermería, pero debido a que el suicidio es un tema que se consideró de relevante para actuar de forma multidisciplinar, se amplió la búsqueda a revistas del ámbito clínico tanto en Medicina y Ciencias de la enfermería, y en revistas tanto nacionales como internacionales.

El período de selección y recogida de artículos ha sido durante los meses de noviembre y diciembre del 2014; enero y febrero del 2015. En los idiomas inglés y castellano, dicha búsqueda de artículos se ha limitado a publicaciones realizadas entre enero del 2004 hasta octubre del 2014, la razón por la que se ha limitado este período a 10 años es para poder actualizar los factores de riesgo a los más relevantes actualmente y para

eso, era necesario hacer una comparación entre publicaciones con fecha más antigua a 5 años.

Los criterios de selección en nuestra revisión bibliográfica son los siguientes:

- Que el formato sea artículo científico
- Estudios que analicen en sus resultados los factores de riesgo de suicidio.
- Estudios que analicen en sus resultados los factores protectores de suicidio.
- Artículos completos disponibles en revistas científicas de la rama de ciencias de la salud.
- Que la muestra de los estudios sea población española adulta.

Además de los criterios de inclusión establecidos por nosotros, en la base electrónica de datos PubMed tuvimos la oportunidad de agregar los siguiente filtros a la búsqueda que afinaron más nuestros resultados:

- Fechas de publicación: *10 years*
- Lenguaje: *English* y *Spanish*

Por último, para analizar los artículos en cuanto a su calidad metodológica se ha hecho de forma cualitativa y de manera dicotómica "sí" o "no" de acuerdo con la presencia o ausencia de los criterios de selección.

RESULTADOS

Se han encontrado un total de 165 estudios en la búsqueda de las bases de datos electrónicas mencionadas anteriormente.

Como se puede apreciar en los siguientes diagramas, se han separado las búsquedas según el idioma utilizado, por un lado tenemos la búsqueda en inglés de Pubmed ([figura 1](#)) dónde se encontraron 118 estudios de los cuales 110 estudios fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión tras leer el título, 3 fueron excluidos por estar duplicados, 5 fueron seleccionados como relevantes para leer el *abstract* y tras la lectura excluimos 1 estudio y establecimos que los 4 estudios restantes eran útiles para la lectura completa y el posterior análisis.

En segundo lugar ([figura 2](#)) encontramos el diagrama que representa la búsqueda en las bases de dato en castellano Cuiden y SciELO. De esta búsqueda encontramos un total de 47 estudios de los cuales tras seguir los mismos criterios de inclusión que utilizamos en la búsqueda de PubMed, nos han resultado 5 estudios relevantes para leerlos completamente y útiles para analizar. Así en total contamos con 8 estudios susceptibles de análisis para nuestra revisión.

Dado que los estudios seleccionados para la revisión no cuentan con unas variables sobre los factores de riesgo exactamente iguales, hemos diferenciado en las tablas que se pueden ver a continuación cuales son los factores de riesgo y protectores que trabaja cada estudio y su epidemiología, junto al establecimiento de un perfil estándar de conducta suicida relevante para la identificación temprana de ésta.

Figura sobre resultados de la revisión bibliográfica en la base de datos PubMed

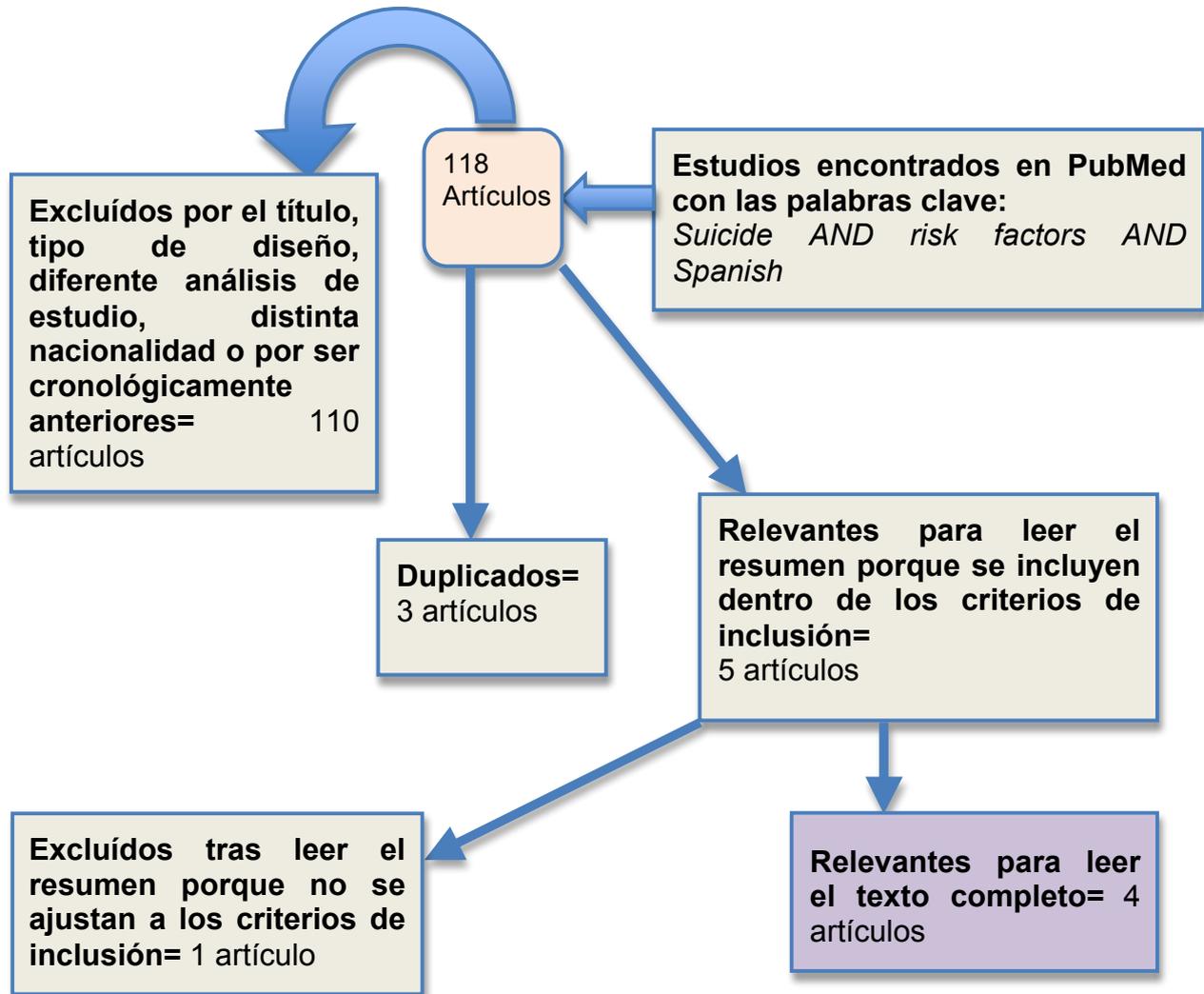
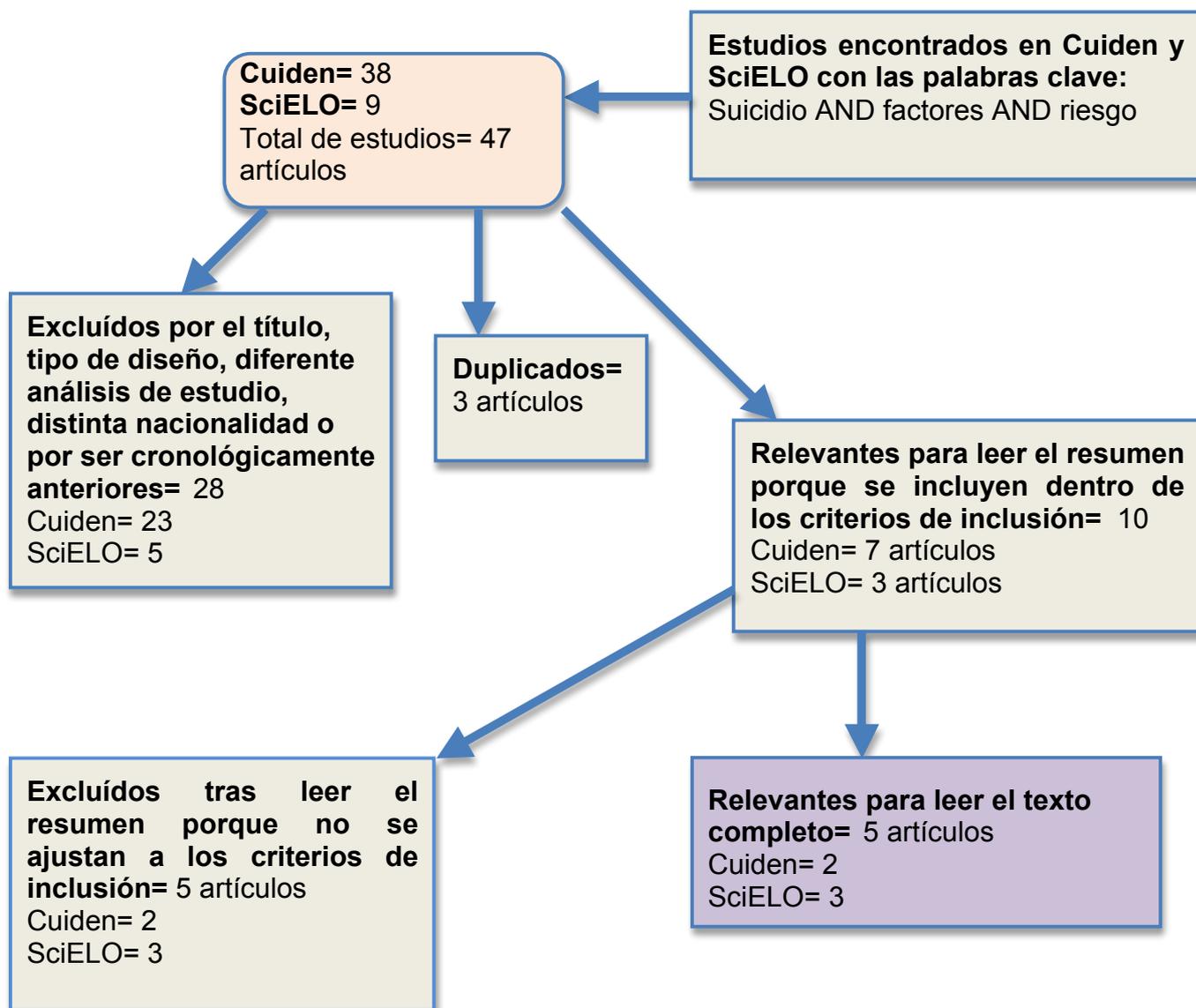


Figura sobre los resultados de la revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden y SciELO



EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: EL PACIENTE SUICIDA.

Pacheco Tabuenca T. Robles Sánchez JL

Zona del estudio: Madrid

Año: 2008

Tipo de estudio: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.

Muestra: 96p

VARIABLES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA.

Características del suceso: 48'4% tentativa de suicidio. 44'2% Suicidio consumado. 7'4% Ideación suicida.

Características sociodemográficas

Sexo: 60'4% varones frente a un 39'6% en mujeres

Edad: 0-15 años 1'1%. 16-24 años 11'8%. 25-35 años 25'4%. 36-45 años 21'2%. 46-55 años 11'7%. 56-65 años 17%. 66-75 años 4'3%. >76 años 8'8%

Nacionalidad: Española 82'3%. Extranjeros 16'7%. No consta 1%

Estado civil: Solteros 47'4%. Casados 23'2%. Viudos 4'2%. Divorciados 3'2%. No consta 17'9%.

Características clínicas de la población

Tentativas previas: 46'7% No. 25% Sí. 8'3% No consta

Métodos utilizados en tentativa: Intoxicación por fármacos sedantes 60'9%. Defenestración 17'4%. Fármacos no sedantes 8'7%. Armas 4'3%

Métodos utilizados en el suicidio consumado: Defenestración 76'8%. Ahorcamiento 9'5%. Armas 5'3%. Arroyamiento 4'2%. Otros 1'1%

Verbalización del paciente sobre sus intenciones: Sí 47'1%. No 22'4%. No consta 30'6%

Diagnóstico psiquiátrico previo: Sí 60%. No 40%

Trastorno del estado de ánimo depresivo 24'2%

Consumo de sustancias 12'6%

Esquizofrenia 11'6%

Trastorno afectivo bipolar 5'3%

Trastorno personalidad límite 4'2%

Trastorno ansiedad 2'1%

Factor desencadenante: Enfermedad física o psíquica 43'5%. Acontecimiento vital estresante 4'3%. No consta 38%.

Análisis en función de sexo y edad:

Media edad en hombres 47'17 años. En mujeres 41'5 años.

Ideación suicida en varones 71'4%. Mujeres 28'6%. Edad media 47 años.

Tentativa en varones 52'2%. Mujeres 47'8%. Edad media 36 años.

Suicidio consumado en varones 66'7%. En mujeres 33'3%. Edad Media 51 años.

Perfil suicida según factores de riesgo: Varón de entre 25-35 años de edad, español, soltero con patología psiquiátrica, sin tentativa previa pero que ha verbalizado sus intenciones, con factor desencadenante la enfermedad física y que elige como método la defenestración.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN EL SUICIDIO

Antón-San-Martín JM. Sanchez-Guerrero E. Pérez-Costilla L. Et al.

Zona: Málaga

Año: 2013

Tipo de estudio: Estudio de casos y controles a través de la autopsia psicológica.

Muestra: 40 casos de suicidio y 80 controles.

Características sociodemográficas.

Sexo: Varones 67'5%. Mujeres 32'5%. Ratio 2/1

Edad: 56'2 años

Estado civil: Soltero 15%

Nivel cultural: Bajo nivel de estudios 70%.

Situación laboral: Desempleados 70%

Variabes factores protectores según las características sociodemográficas

Creencias religiosas 95%. No se asocia como factor protector.

Creencia y práctica religiosa 40%. Sí se asocia como factor protector.

Características familiares y personales.

Antecedentes familiares de suicidio 45%.

Antecedentes familiares de tentativas 7'5%.

Trastornos mentales en miembros familiares 87'5%

Enfermedad crónica 35%

Tentativa previa del propio paciente 32'5%

Separación temprana madre-padre 12'5%

Características presencia patología psiquiátrica.

Presencia de trastorno mental 65%.

Trastornos afectivos 40%.

Psicosis 17'5%.

Alcoholismo 20%

Consumo de drogas 7'5%

Trastornos de la personalidad 35%

Esquizofrenia 20%.

Características de los factores desencadenantes.

Conflicto con la pareja 35%.

Conflicto familiar 60%.

Conflicto laboral 17'5%.

Dificultades económicas 25%.

Enfermedades familiares 22'5%.

Perfil suicida según factores de riesgo: Varón entre 50-60 años, soltero, desempleado con un bajo nivel de estudios, con previos antecedentes de tentativa de suicidio, trastorno mental en la familia, diagnosticado de patología psiquiátrica y que haya sufrido un conflicto familiar reciente.

ANÁLISIS DE LOS INTENTOS DE AUTOLISIS EN UN ÁREA DE SALUD.

González MD. Lorenzo MI. Luna A. Et al.

Zona: Murcia

Año: 2008-2009-2010

Muestra: 131 casos

Tipo de estudio: Descriptivo transversal y observacional.

Características sociodemográficas.

Sexo: Mujeres 67'2%. Edad media: 33'8 años.

Varones 33'8%. Edad media: 41'6 años.

Características ambientales.

Días de la semana: Lunes 22'1%. Martes 16'8%. Miércoles 13%. Jueves 9'2%. Viernes 13'7%. Sábado 15'3%. Domingo 9'2%.

Estación del año: Primavera 26'7%. Verano 22'1%. Otoño 35'9%. Invierno 15'3%.

Características psiquiátricas.

Diagnóstico previo:

Sin antecedentes 26%.

Trastorno afectivo bipolar 1'5%.

Trastorno depresivo 29'8%.

Trastorno personalidad límite 6'1%

Consumo de alcohol y sustancias 13%.

Síndrome ansioso depresivo + consumo de sustancias 8'4%.

No consta 6'1%.

Otros 8'1%.

Trastorno psiquiátrico previo: Sí 67'2%. No 32'8%.

Características del intento de autolisis.

Factor desencadenante: No consta 61'8%.

Problemas familiares 35'9%.

Problemas laborales 2'3%.

Intentos de autolisis previo: Sí 37'4%. No 62'6%.

Métodos

Benzodiacepinas 25'2%.

Benzodiacepinas + Alcohol 14'5%.

BZD + sustancias 22'1%.

Otros fármacos 13'7%.

Otros fármacos + alcohol 3'8%.

Ingesta productos tóxicos 4'6%.

No consta 1'5%.

Arma blanca 10'7%.

Defenestración 2'3%.

Ahorcamiento 1'5%.

Perfil de tentativa de suicidio establecido: Mujer de edad comprendida entre 30-40 años con síndrome depresivo y que utiliza como método la ingesta de fármacos más alcohol.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS IDEAS, PLANES E INTENTOS DE SUICIDIO.

Gabilondo A. Alonso J. Pinto-Maeza A. Vilagut G. Fernández A. Et Al.

Zona: España

Año: 2007

Muestra: 5473 individuos entrevistados. De los cuales 436 presentaron conducta suicida.

Tipo de estudio: Retrospectivo basado en encuestas directas.

Características sociodemográficas.

Sexo: Mujeres 67'2%.

Varones 33'8%.

Edad: 18-34 años 46'7%

35-49 años 21'6%.

50-64 años 7'1%

>65 años no consta.

Nivel de estudios: Estudiante 17'5%

Bajo nivel de estudios 25'4%.

Nivel de estudios bajo/medio 18%.

Nivel de estudios medios 15'8%.

Alto nivel de estudios 4%.

No consta 19'3%.

Planeación suicida: Sí 56'5%. No 31'4%. No consta 18'1%.

Características clínicas: Presencia Trastorno mental OR 3'1-10

Trastorno Ansiedad Generalizado OR 7'2

Trastornos del humor OR 5'3-6'8

Consumo Alcohol OR 4'9-10

Trastorno estrés post-traumático OR 28'5.

Perfil de la tentativa suicida: Mujer en edad joven y diagnosticada de trastorno mental asociado a la presencia de ideas e intentos de suicidio.

Perfil del suicidio consumado: Varón en edad joven de entre 18-36 años con presencia de trastorno mental depresivo, consumo de sustancias y que hace menos de 1 año que tiene planes o ideas suicidas.

Sesgo: En el estudio se recoge la información mediante una declaración retrospectiva del propio individuo la cual puede carecer de objetividad.

ESTUDIO PRELIMINAR DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO EN LA PROVINCIA DE GRANADA.

Mejías Y. Garcia MP. Schmidt J. Quero A. Gorlat B.

Zona: Granada.

Año: 2011

Tipo de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo.

Muestra: 535 casos.

Variables sociodemográficas.

Sexo: Mujer 52'3%. Varones 47'7%.

Edad: 10-20 años 6%.

21-30 años 20%.

31-40 años 26'4%.

41-50 años 26'2%.

51-60 años 9'5%.

61-70 años 5'5%.

71-80 años 4'7%.

>81 años 1'5%.

Variables ambientales.

Época del año:

Invierno 25'8%.

Primavera 30'2%.

Verano 20'2%.

Otoño 23'7%.

Día de la semana:

Lunes 12'7%.

Martes 12'5%.

Miércoles 15'1%.

Jueves 11'6%.

Viernes 19'4%.

Sábado 13'8%.

Domingo 14'8%.

THE INCIDENCE OF HOSPITAL-TREATED ATTEMPT SUICIDE IN OVIEDO

Luis Jimenez-Trevino, Pilar A. Saiz, Paul Corcoran, M. Paz Garcia-Portilla, Patricia Buron, Marlen Garrido et al.

Zona: Oviedo

Año: 2008-2009

Tipo de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo.

Muestra: 308 casos.

Variables sociodemográficas.

Sexo: Mujeres 38'6%. Varones 61'4%.

Nacionalidad: Españoles 95'8%. Extranjeros 5'2%.

Edad media: Mujeres 35-44 años / 15-24 años. Varones: 35-44 años / 24-34 años.

Estado civil: Mujeres separadas 23'4%. Varones separados 76'6%.

Nivel de estudios: Mujeres estudios secundarios. Varones estudios primarios.

Situación laboral: Mujeres cuando tienen incapacidad física para trabajar.

Varones cuando son despedidos.

Variables psiquiátricas.

Consumo de substancias: Mujeres 3'7%. Varones 11'8%.

Trastorno psicótico: Mujeres 1'6%. Varones 10'1%.

Trastornos del humor: Mujeres 36'5%. Varones 26'1%.

Trastorno neurótico: Mujeres 23'8%. Varones 18'5%.

Trastorno de la personalidad: Mujeres 9%. Varones 11'8%.

Otros: Mujeres 3'2%. Varones 2'5%.

No especificado: Mujeres 22'2%. Varones 19'3%.

Método utilizado.

Sobredosis con fármacos: 86%

Consumo de alcohol: 21'1%

Productos tóxicos: 2'6%.

Ahorcamiento: 1'9%.

Corte de venas: 7'5%

Perfil del paciente suicida establecido: Mujer de nacionalidad española en una edad entre 35-44 años, con estudios de nivel secundario, divorciada, que sufre incapacidad física que no le permite trabajar, con trastorno del estado de ánimo y que utiliza como método la sobredosis con fármacos.

FACTORS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATION AFTER SUICIDE SPECTRUM BEHAVIORS.

Jiménez Treviño L, Saiz PA, Corcoran P, Burón P, García-Portilla MP, China ER, et al.

Zona: España.

Año: 2006-2008

Tipos de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo.

Muestra: 2281.

Variables sociodemográficas

Sexo: Mujer 62'6%. Varones 37'4%.

Estado civil:

Soltero 45'5%.

Divorciado 20'3%.

Casado 31%.

Viudedad 3'2%

Nivel de estudios.

Básico: 51'6%.

Secundaria: 34'2%.

Universitario: 14'3%.

Situación laboral.

Laboralmente activos: 43'6%.

En paro: 22'9%.

Económicamente inactivo: 33'5

Nacionalidad.

Española: 93'2%.

Extranjera: 6'8%.

Edad:

Mujeres 25-34 años.

Hombres 25-34 años.

Variables psiquiátricas

Trastorno orgánico: 2'7%.

Consumo de sustancias: 11'5%.

Esquizofrenia: 5'8%.

Trastorno del estado de ánimo: 25'4%.

Trastorno neurótico: 8'1%.

Trastorno de la personalidad 21'1%.

Trastorno de conducta 25'4%.

Hospitalizados:

No 73'2%.

Sí 26'8%

HIGH AND LOW SUICIDALITY IN EUROPE: A FINE-GRAINED COMPARISON OF FRANCE AND SPAIN WITHIN THE ESEMeD SURVEYS.

ESEMeD Investigators.

Zona: España.

Año: 2011.

Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo.

Muestra: 5473.

Variables sociodemográficas:

Sexo:

Mujeres 55'7%. Edad media 19 años.

Varones 44'3%. Edad media 26 años.

Estado civil:

Casado OR en mujeres 1 y en varones 1.

Separado o viudo OR en mujeres 1'14 y en varones 1'68

Soltero OR en mujeres 1'37 y en varones 1'36.

Situación laboral: En mujeres OR de 0'9 y en varones 1'54.

Variables psiquiátricas:

Trastorno del estado de ánimo OR en mujeres 3'8 y en varones 4'3

Trastorno de ansiedad OR en mujeres de 2'7 y en varones de 6'5.

Variables de creencias religiosas:

Religión declarada OR en mujeres de 1'10 y en varones de 10'8.

DISCUSIÓN

Como se puede observar en las tablas que muestran los resultados de los estudios revisados, vemos que no existe una unificación en cuanto a los ítems a tener en cuenta como valorables para ser considerados o no como factores de riesgo en la conducta suicida, este hecho dificulta la posibilidad de elaborar un perfil estándar y actualizado sobre aquellos factores presentes en el paciente con conducta suicida. Este hecho pone en discusión si son eficaces los sistemas de cribaje de dichas conductas ya que no se precisa de unos resultados que unifiquen unas características útiles para tal.

En referencia a la teoría revisada en los manuales de salud mental, si que vemos cambios significativos relacionados con las características sociales de las poblaciones estudiadas que hacen que varíen las

variables de riesgo puesto que éstas son fluctuantes y dependen de factores intrínsecos y extrínsecos de la población.

Por ejemplo en el manual de enfermería en salud mental (Shives, L. 2007) vemos un perfil que muestra que en el sexo las mujeres cometen un mayor número de intentos mientras que en estudios como el de Trevino, J. Corcoban, P. Et al, vemos que hay discrepancias y que los varones cometen en mayor porcentaje intentos de suicidio versus a las mujeres, aún así la mayoría de estudios muestran que el sexo femenino es más susceptible a llevar a cabo conductas suicidas que el masculino, sin embargo éste consumará el acto en un mayor porcentaje que el sexo femenino.

Respecto a las variables de edad, encontramos que las etapas más susceptibles en las que las personas pueden cometer conductas o ideación suicida serían entre los 25-35 años pese a que en estudios como el de (San Martín, JM. Et al) en que se considera la edad de 56 años como la más frecuente para llevar a cabo dichos comportamientos.

Respecto a las variables psiquiátricas, aquí encontramos otro ámbito en el que podemos establecer una discusión sobre que factores influyen más, dado que todos los estudios lo tienen en cuenta. Tanto en la literatura como en la revisión queda reflejado que en la mayoría de casos de conducta suicida existe la presencia de un trastorno mental. Por ejemplo vemos que los trastornos del ánimo depresivos prevalecen con un mayor porcentaje en todos los estudios revisados, sin embargo en la literatura consultada para el marco teórico encontramos que además de los trastornos depresivos, los trastornos afectivos bipolares contarían también con un elevado riesgo de condicionar futuras conductas suicidas.

Por otro lado, dentro de las variables estudiadas y revisadas, encontramos interesante el factor sociodemográfico que estudia la situación laboral, nivel académico, estado civil y creencias religiosas. En los manuales consultados veríamos que coinciden los ítems con los estudios revisados y que es indicativo de riesgo suicida el desempleo dentro del primer año posterior al despido, la falta de creencias

religiosas frente a la religión cristiana y el divorcio frente a las personas que declaran como estado civil la soltería.

CONCLUSIÓN

A raíz de esta revisión bibliográfica sobre los factores de riesgo en la conducta suicida, encontramos que existe una falta de investigación sobre dichas conductas y los factores que pueden llevar a éstas. Esta falta de investigación imposibilita establecer un perfil claro de paciente con conducta suicida que permita la detección inmediata para una posterior actuación por parte del sistema de salud.

Teniendo en cuenta los datos epidemiológicos que indican el aumento significativo de los casos de suicidio y autolisis en los últimos años, se debería enfocar la atención a este fenómeno, que se encuentra a la vez bajo un tabú que también dificulta la promoción de investigación por parte del sistema de salud en el tema.

Respecto a la hipótesis inicial sobre si los factores de riesgo son una herramienta eficaz y suficiente para realizar un cribaje en individuos con riesgo de suicidio y viendo las dificultades de unificar los patrones de cribaje a la hora de detectar el riesgo de suicidio, este estudio como conclusión propondría que se aumentase la investigación sobre conducta suicida para facilitar a los profesionales poder detectar a tiempo y prevenir futuros suicidios consumados, con lo cual, si se considera una herramienta relevante la aplicación del cribaje mediante presencia o no de factores de riesgo en los individuos evaluados por el personal de salud, pero siempre y cuando se tenga en cuenta como limitación el hecho de una escasez de estudios sobre el riesgo de conducta suicida que hasta la fecha no permiten establecer y delimitar unas características propias de dicha conducta. En consiguiente sería interesante realizar un estudio a nivel nacional y de tipo cualitativo para conocer más en profundidad las características que envuelven el aumento de suicidio en la población española.

Bibliografía

Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, dirs.: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, S.A.; 1997.

Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. An Med Interna. 2004;21(2):62-8.

Contreras C, Gutiérrez García A. Bases biológicas del suicidio. Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana 2007; 20 (1)

Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. Emergencias. 2008;20:328-31.

Freud S. Traner und melancholie. Int Z Psychoanal 1917; 4(6): 288-301.

Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51.

Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373(9672):1372-81.

Kreitman N: Parasuicide. London: Wiley Sons; 1977.

Litman RE. Sigmund Freud on suicide. En: Shneidman ES, dir. Essays in self-destruction. Science House; 1967.

Menninger K: Man against himself. New York: Harcourt Brace and World; 1938

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en:www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

Rebraca Shives L: Enfermería psiquiátrica y de salud mental. McGraw Hill. 2007; 366-367

Roy A. Family history of suicide. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 971-974

Ruiz P, Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2 tomos. 9ª edición. Baltimore: Lippincott William & Wilkins, 2009

Sher L, Stanley BH, Harkavy-Friedman JM, Carballo JJ, Arendt M, Brent DA, et al. Depressed patients with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population. J Clin Psychiatry. 2008;69(6):907-15

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA

Una revisión sistemática sobre los factores de riesgo relevantes en la conducta suicida para su temprana detección.

A systematic review about the relevant risk factors in suicidal behavior for his early detection.

Diana Rill Laguna* y Laura Ortega Sanz**

*Estudiante de grado de enfermería en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

**Enfermera en Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata, profesora asociada en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

RESUMEN

Las altas tasas de suicidio en la sociedad actual lo convierten en un importante problema de salud. Pese a su elevada epidemiología, es un problema de salud evitable que con una adecuada detección del riesgo y su correcta prevención, podría disminuir. El objetivo de nuestro estudio es realizar una búsqueda sistemática sobre cuáles son los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida para contribuir en una mejor delimitación de los grupos de riesgo con fines preventivos.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos que muestren estudios epidemiológicos no experimentales, de tipo analítico observacional que incluya estudios de casos y controles y estudios de cohortes (retrospectivos y prospectivos).

La búsqueda bibliográfica se ha efectuado en las bases de datos electrónicas PubMed, SciELO y Cuiden. **Resultados y conclusiones:** Se han encontrado un número total de 8 estudios relevantes según los criterios de inclusión, los cuales no demuestran que sea posible establecer unos criterios de cribaje para detectar de forma temprana la conducta suicida, esto se debe a la falta de investigación sobre el tema y a la diferencia entre los resultados de los estudios revisados.

ABSTRACT

The high rates of suicide in the current society turns it in an important health problem. Despite this high epidemiology, it is an avoidable health problem that with appropriate detection of risk and with proper precaution, there is the possibility for reduction. The goal of this work is to do a systematic review about which are the risk factors associated to suicidal behavior to contribute on a better definition of risk groups, with preventive purposes.

Methodology: We performed a systematic review of scientific papers that show no experimental epidemiological studies, including observational analytic case-control studies and cohort studies (retrospective and prospective). The literature search was performed in electronic databases PubMed , SciELO and care . **Results and conclusions :** There were a total number of eight relevant studies according to the inclusion criteria , which do not demonstrate that it is possible to establish criteria screening for early detection of suicidal behavior , this is due to lack of research the subject and the difference between the results of the studies reviewed.

PALABRA CLAVE/KEY WORDS

Suicidio/*Suicide* , Factores de riesgo/*Risk factors* , Intento suicidio/*Suicide attempt*
Cribaje de suicidio/*Suicide screening*

INTRODUCCIÓN

El suicidio (del latín *sui*= si mismo y *caedere*= matar) como hecho humano transcultural y universal es un fenómeno tan antiguo como el origen de la sociedad, pese a que a lo largo de su historia ha sido en algunos momentos tolerado y en otros castigado en función de las características filosóficas y religiosas de cada etapa²².

²² Bobes García, González Seijo y Saiz Martínez. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Barcelona. Editorial Masson. 1997

En épocas antiguas y en algunas culturas que no lo son tanto, el suicidio se ha podido considerar a veces como un acto honroso, pero esa herencia no ha llegado a nuestra sociedad actual donde desde el año 533 d.C el suicidio ha sido condenado por la fe cristiana y hasta hoy en día ese estigma ha provocado parte del tabú que envuelve el tema de la muerte autoinfringida.

Actualmente el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública de relevancia debido a su incremento considerable en los últimos años. El hecho de que el suicidio se encuentre en alza, es algo justificable, a nivel nacional según las fuentes de información estadística que se pueden consultar en la web del INE (Instituto Nacional de Estadística), se contempla el suicidio como la primera causa de muerte dentro del grupo de causas externas, dicho grupo se encuentra en el número 7 dentro de las principales causas de mortalidad en España. Según más datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)²³ del 2010, en España se suicidan nueve personas al día, siendo el suicidio en los varones (78,09%) más del triple que en las mujeres (21,90%). Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa²⁴.

En Europa mueren cada año 58 000 personas por suicidio, 7000 más que por accidentes de tráfico²⁵. Si en España comparamos ambas causas de muerte a lo largo de los últimos años, podemos comprobar una disminución importante de los fallecimientos por accidentes de tráfico, mientras que las tasas de suicidio se mantuvieron similares, llegando a ser desde el 2008 la primera causa de muerte no natural²⁶.

Los datos recogidos por el INE muestran que la conducta suicida en España sigue las pautas del resto del mundo, produciéndose la mayoría de los suicidios en la población de sexo masculino y aumentando su tasa

²³ Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2010. Datos provisionales Notas de prensa [Internet]. Madrid: INE; 2012 [actualizado 2012; citado 05 jun 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np703.pdf>

²⁴ Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 [citado 8 feb 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E93348.pdf>

²⁵ Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit. 2006;20(1):25-31.

²⁶ Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2011 [citado 24 jun 2011]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>

conforme aumenta la edad. Analizando los datos por comunidades autónomas, las que presentan mayores tasas por 100 000 habitantes son Asturias y Galicia (13,74 y 9,83), mientras que Madrid y Melilla presentan las tasas más bajas (1,89 y 1,32)²⁷.

Respecto a los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes²⁸ y de 170/100.000 habitantes en medio hospitalario²⁹.

Las conductas suicidas se definen como la preocupación, intento o acto de causarse daño a sí mismo de forma intencionada³⁰. Pueden tener un carácter episódico en el cual se da una ideación suicida aguda y breve o que puede durar varios días, por otro lado pueden ser conductas recidivantes. Dentro de la conducta suicida podemos diferenciar:

La ideación suicida que abarca ideas o deseos de muerte: entendemos ésta como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (el dónde, cómo y cuándo) y como éstas afectarán a las personas cercanas al individuo³¹. La ideación suicida es el inicio del proceso, es decir, el suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinfringida o suicidio consumado. La rápida detección de ésta es importante dado que estudiar la Ideación Suicida puede

²⁷ Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2010. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2012 [actualizado 12 mar 2012; citado Disponible en:<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2010/I0/&file=06001.px&type=pcaxis&L=0>

²⁸ Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008;20:328-31.

²⁹ Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *An Med Interna*. 2004;21(2):62-8.

³⁰ Alda J, Sibina S, Gago A. Conducta suicida. En: Alda J, Gabaldón S. *Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente*. Barcelona: Elsevier; 2006

³¹ Shafer, Pfeffer y Gutstein. Suicidios y tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia. En: Gelder M, López-Ibor JJ., Andreasen N (Eds.), *Tratado de psiquiatría*. Tomo III, (pp 2163-2172). Barcelona: Ars Médica. 2003.

resultar un hecho complejo para los profesionales sanitarios, porque hay mucha gente que no sabe que tiene Ideación suicida o no quiere reflexionar seriamente en ello. Hay muchos comportamientos que llevan a la muerte como un proceso largo y que no se toman como ideaciones suicidas propiamente llamadas debido a la falta de conciencia del individuo que las sufre, por ejemplo: una persona que tiene diabetes y que sin embargo no se cuida aún sabiendo las consecuencias que esto puede comportar a largo plazo.

Las tentativas suicidas que serían aquellas conductas suicidas que se han llevado a cabo pero no han concluido con la muerte del individuo, varios autores las clasifican en dos tipos de tentativas; el primero tipo sería el intento de suicidio "maligno"³², éste se caracteriza por un acto impulsivo, escasamente reflexionado y planeado, por esos motivos es de gran peligrosidad ya que se encuentra también relacionado con un proceso psicopatológico previo que ha marcado el contexto vital del individuo, en este tipo de tentativa y debido a sus características es más complejo detectar los factores desencadenantes lo cual contribuye a que sea más nocivo. En la tentativa de suicidio clasificada como "maligno" se produce una ruptura del vínculo que une al individuo con la realidad, entorno, familia etc., por tanto no se da una llamada de atención ni mucho menos una petición de ayuda. Los intentos de suicidio malignos se desarrollan, en la mayor parte de las ocasiones, en la calle, sin testigos, lo que es indicativo de que el sujeto busca un lugar en el que no resulte posible ayudarlo.

El otro tipo de intento de suicidio es la tentativa de suicidio de tipo "benigno"³³, que se caracteriza por ser un acto compulsivo de menor peligrosidad, responde a características reactivas ante situaciones de cambio o pérdida en un contexto clínico de tipo depresivo. Aquí, a diferencia de en el otro tipo, no se produce una ruptura del vínculo con la realidad sino que se da un intento desesperado de reestablecer vínculos con los otros, con el entorno, es decir, es una petición de auxilio

³² Tubert. La muerte y lo imaginario en la adolescencia. Madrid: Ed. Saltés. 1982.

³³ Tubert. La muerte y lo imaginario en la adolescencia. Madrid: Ed. Saltés. 1982.

que debe ser detectada, escuchada y atendida de la manera adecuada.

Por último diferenciamos el suicidio consumado o completado que, como su nombre indica, trata del momento en que el individuo intencionadamente consigue poner fin a su vida³⁴.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos que muestren estudios epidemiológicos no experimentales, de tipo analítico observacional que incluya estudios de casos y controles y estudios de cohortes (retrospectivos y prospectivos).

La búsqueda bibliográfica se ha efectuado en las bases de datos electrónicas PubMed, SciELO y Cuiden con los siguientes términos descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) : *suicide, risk factors i spanish* (esta última palabra como *keyword* ya que no existe como MeSH) para PubMed. Y con las palabras clave: Suicidio y factores de riesgo para SciELO y Cuiden. Entre los diferentes términos MeSH y las palabras clave se incluyeron los operadores booleanos "AND" quedando de la siguiente manera para PubMed:

- Suicide AND risk factors AND Spanish.

Y para SciELO y Cuiden:

- Suicidio AND factores AND riesgo

En una primera búsqueda se intentó incluir solamente estudios publicados por revistas de enfermería, pero debido a que el suicidio es un tema que se consideró de relevante para actuar de forma multidisciplinar, se amplió la búsqueda a revistas del ámbito clínico tanto en Medicina y Ciencias de la enfermería, y en revistas tanto nacionales como internacionales.

³⁴ Moya J. La conducta suicida en adolescentes y sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. 2007 [consultado 14 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Depressio/ConductaSuicida.pdf>

El período de selección y recogida de artículos ha sido durante los meses de noviembre y diciembre del 2014; enero y febrero del 2015. En los idiomas inglés y castellano, dicha búsqueda de artículos se ha limitado a publicaciones realizadas entre enero del 2004 hasta octubre del 2014, la razón por la que se ha limitado este período a 10 años es para poder actualizar los factores de riesgo a los más relevantes actualmente y para eso, era necesario hacer una comparación entre publicaciones con fecha más antigua a 5 años.

Los criterios de selección en nuestra revisión bibliográfica son los siguientes:

- Que el formato sea artículo científico
- Estudios que analicen en sus resultados los factores de riesgo de suicidio.
- Estudios que analicen en sus resultados los factores protectores de suicidio.
- Artículos completos disponibles en revistas científicas de la rama de ciencias de la salud.
- Que la muestra de los estudios sea población española adulta.

Además de los criterios de inclusión establecidos por nosotros, en la base electrónica de datos PubMed tuvimos la oportunidad de agregar los siguiente filtros a la búsqueda que afinaron más nuestros resultados:

- Fechas de publicación: *10 years*
- Lenguaje: *English y Spanish*

Por último, para analizar los artículos en cuanto a su calidad metodológica se ha hecho de forma cualitativa y de manera dicotómica "sí" o "no" de acuerdo con la presencia o ausencia de los criterios de selección.

RESULTADOS

Se han encontrado un total de 165 estudios en la búsqueda de las bases de datos electrónicas mencionadas anteriormente.

Como se puede apreciar en los anexos, se han separado las búsquedas según el idioma utilizado, por un lado tenemos la búsqueda en inglés de Pubmed (figura 1) dónde se encontraron 118 estudios de los cuales 110 estudios fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión tras leer el título, 3 fueron excluidos por estar duplicados, 5 fueron seleccionados como relevantes para leer el *abstract* y tras la lectura excluimos 1 estudio y establecimos que los 4 estudios restantes eran útiles para la lectura completa y el posterior análisis.

En segundo lugar (figura 2) encontramos el diagrama que representa la búsqueda en las bases de dato en castellano Cuiden y SciELO. De esta búsqueda encontramos un total de 47 estudios de los cuales tras seguir los mismos criterios de inclusión que utilizamos en la búsqueda de PubMed, nos han resultado 5 estudios relevantes para leerlos completamente y útiles para analizar. Así en total contamos con 8 estudios susceptibles de análisis para nuestra revisión.

Dado que los estudios seleccionados para la revisión no cuentan con unas variables sobre los factores de riesgo exactamente iguales, hemos realizado una tabla resumen(figura 3) en la cual veremos reflejados aquellos factores que tienen un mayor predominio dentro de las muestras estudiadas para así poder conocer cual sería según nuestro sondeo, un perfil estándar de conducta suicida en las personas que se encuentran en grupos de riesgo.

DISCUSIÓN

Como se puede observar en la tabla realizada para mostrar de manera resumida aquellos factores relevantes en la conducta suicida , vemos que no existe una unificación en cuanto a los ítems a tener en cuenta como valorables para ser considerados o no como factores de riesgo en la conducta suicida, este hecho dificulta la posibilidad de elaborar un

perfil estándar y actualizado sobre aquellos factores presentes en el paciente con conducta suicida. Los resultados que se aprecian ponen en discusión si son eficaces los sistemas de cribaje de dichas conductas ya que no se precisa de unos resultados que unifiquen unas características útiles para tal.

En referencia a la teoría revisada en los manuales de salud mental, sí que vemos cambios significativos relacionados con las características sociales de las poblaciones estudiadas que hacen que varíen las variables de riesgo puesto que éstas son fluctuantes y dependen de factores intrínsecos y extrínsecos de la población.

Por ejemplo en el manual de enfermería en salud mental (Shives, L. 2007) vemos un perfil que muestra que la variable de género, las mujeres cometen un mayor número de intentos, mientras que en estudios como el de Trevino, J. Corcoban, P. Et al, vemos que hay discrepancias y que los varones cometen en mayor porcentaje tentativas de suicidio versus a las mujeres, aún así la mayoría de estudios muestran que el sexo femenino es más susceptible a llevar a cabo conductas suicidas que el masculino, sin embargo éste consumará el acto en un mayor porcentaje que el sexo femenino. No obstante, en los estudios revisados vemos que en 6 de los 8 estudios el sexo prevalente y susceptible a cometer conductas suicidas, ya sean intentos o el propio suicidio consumado, es el sexo femenino.

Respecto a las variables de edad, encontramos que las etapas más sensibles en las que las personas pueden llevar a cabo conductas o ideación suicida serían entre los 25-35 años pese a que en estudios como el de (San Martín, JM. Et al) se considera la edad de 56 años como la más frecuente para llevar a cabo dichos comportamientos.

Respecto a las variables psiquiátricas, aquí encontramos otro ámbito en el que podemos establecer una discusión sobre que factores influyen más, dado que todos los estudios lo tienen en cuenta. Tanto en la literatura como en la revisión queda reflejado que en la mayoría de casos de conducta suicida existe la presencia de un trastorno mental. Por ejemplo vemos que los trastornos del ánimo depresivos prevalecen

con un mayor porcentaje en todos los estudios revisados, sin embargo en la literatura consultada para el marco teórico encontramos que además de los trastornos depresivos, los trastornos afectivos bipolares contarían también con un elevado riesgo de condicionar futuras conductas suicidas.

Por otro lado, dentro de las variables estudiadas y revisadas, encontramos interesante el factor sociodemográfico que estudia la situación laboral, nivel académico, estado civil y creencias religiosas. En los manuales consultados veríamos que coinciden los ítems con los estudios revisados y que es indicativo de riesgo suicida el desempleo dentro del primer año posterior al despido, la falta de creencias religiosas frente a la religión cristiana y el divorcio frente a las personas que declaran como estado civil la soltería.

CONCLUSIÓN

A raíz de esta revisión bibliográfica sobre los factores de riesgo en la conducta suicida, encontramos que existe una falta de investigación sobre dichas conductas y los factores que pueden llevar a éstas. Dicha falta de investigación imposibilita establecer un perfil claro de paciente con conducta suicida que permita la detección inmediata para una posterior actuación por parte del sistema de salud.

Teniendo en cuenta los datos epidemiológicos que indican el aumento significativo de casos de suicidio y autolisis en los últimos años, se debería enfocar la atención a este fenómeno, que se encuentra a la vez bajo un tabú que también dificulta la promoción de investigación por parte del sistema de salud en el tema. Un ejemplo sería el aumento de la presencia de programas para solucionar temas como la obesidad infantil, el sedentarismo, enfermedades cardiovasculares etc., versus a la poca implicación de la sociedad respecto al suicidio.

En lo que refiere a la hipótesis inicial sobre si los factores de riesgo son una herramienta eficaz y suficiente para realizar un cribaje en individuos con riesgo de suicidio, viendo las dificultades de unificar los patrones de cribaje a la hora de detectar el riesgo de suicidio, este estudio como

conclusión propondría que se aumentase la investigación sobre conducta suicida para facilitar a los profesionales poder detectar a tiempo y prevenir futuros suicidios consumados, con lo cual, si se considera una herramienta relevante la aplicación del cribaje mediante presencia o no de factores de riesgo en los individuos evaluados por el personal de salud, pero siempre y cuando se tenga en cuenta como limitación el hecho de una escasez de estudios sobre el riesgo de conducta suicida que hasta la fecha no permiten establecer y delimitar unas características propias de dicha conducta. En consiguiente sería interesante realizar un estudio a nivel nacional y de tipo cualitativo para conocer más en profundidad las características que envuelven el fenómeno del aumento de suicidio en la población española.

BIBLIOGRAFÍA

Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, dirs.: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, S.A.; 1997.

Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. An Med Interna. 2004;21(2):62-8.

Contreras C, Gutiérrez García A. Bases biológicas del suicidio. Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana 2007; 20 (1)

Fernández Egidio C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. Emergencias. 2008;20:328-31.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en:www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

ANEXOS

Figuras y Tablas.

Figura 1

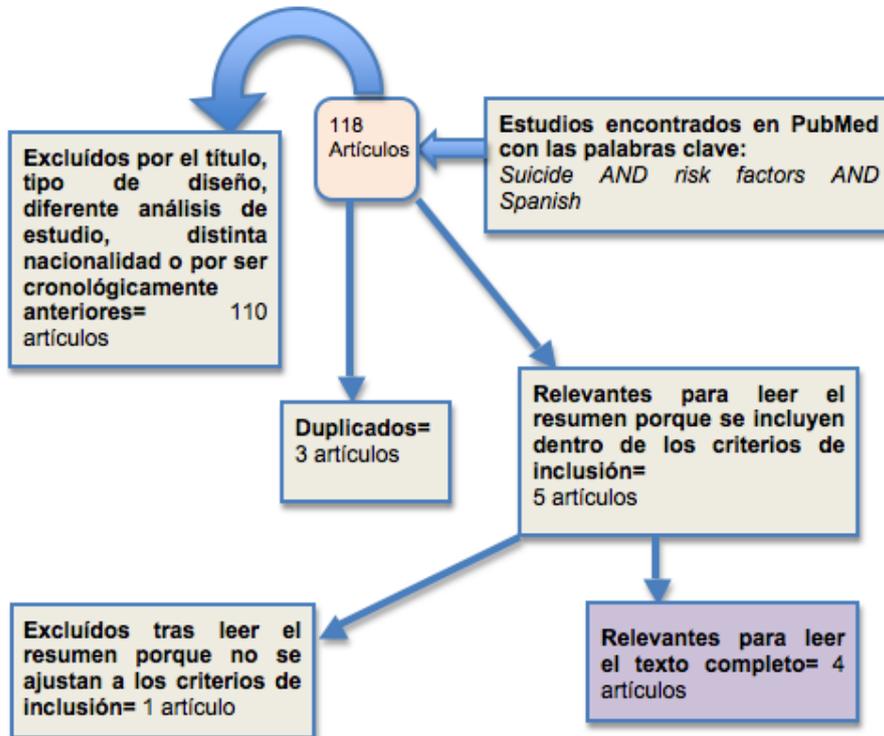


Figura 2

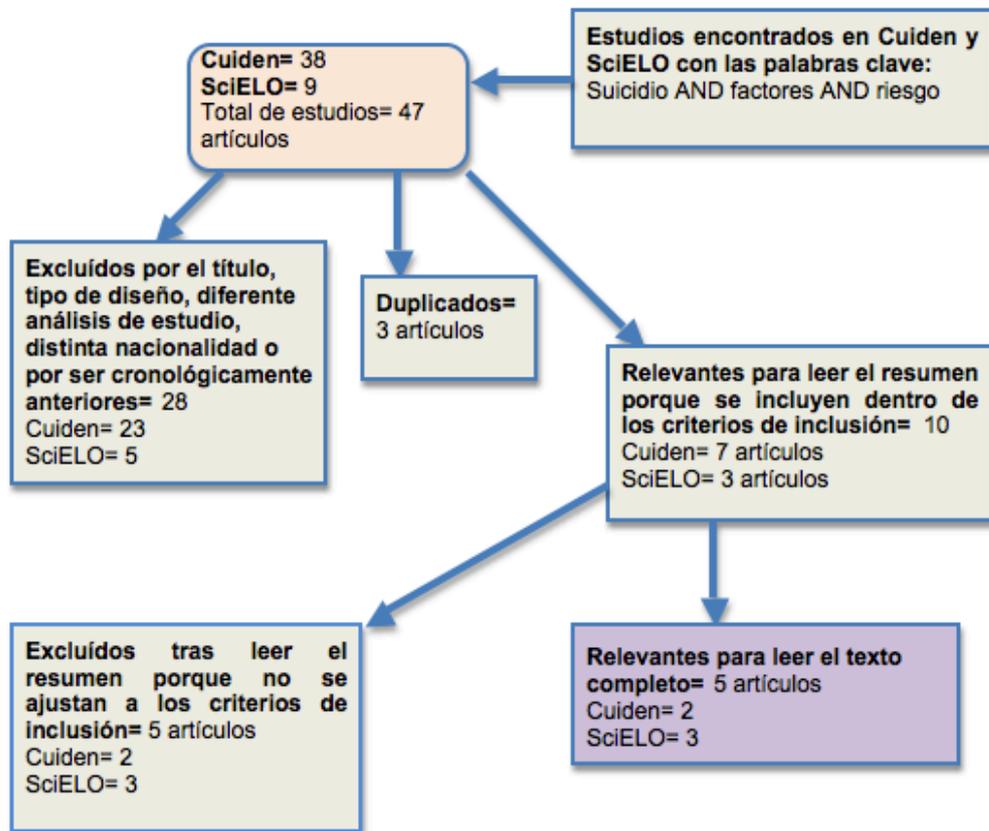


Figura 3.

<i>Factors associated with hospitalization alter suicide spectrum behaviors</i>	España 2006-2008	Estudio descriptivo retrospectivo Muestra 2281 personas	Sexo prevalente: Mujeres 62'6% Nacionalidad: Española 93'2% Edad prevalente: 25-34 años. Estado civil: Soltero 45'5% Nivel de estudios: Básico 51'6% Situación laboral: empleados 43'6%	Diagnóstico psiquiátrico previo: No 73'2% Trastornos del estado de ánimo 25'4%. Trastorno de conducta 25'4% Trastorno de personalidad 21'1%	No especifica	No especifica
			Nacionalidad: Española 82'3% Estado civil: Solteros 47'4%	prevalentes: Depresión 24'2% Consumo de sustancias 12'6%	47'1% Factor desencadenante : Enfermedad física o psíquica 43'5%	to 9'5%
<i>Factores de riesgo y protectores en el suicidio</i>	Málaga 2003	Estudio de casos y controles a través de autopsia psicológica Muestra 40 casos suicidio y 80 controles	Sexo prevalente: Varones 67'5% Edad media: 56'2 años Estado civil: Soltero 15% Situación laboral: en paro 70% Nivel de estudios: Básico 70%	Diagnóstico psiquiátrico previo: Sí 65% Trastornos prevalentes: Trastornos afectivos 40% Trastorno personalidad 35%	Previa tentativa: 32'5% Factor desencadenante : Conflicto familiar 60% Enfermedad crónica 35%	No especifica
<i>Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio</i>	España 2007	Estudio Retrospectivo basado en encuestas directas Muestra 5473 personas de las cuales 439 presentaron conducta suicida	Sexo prevalente: Mujeres 67'2% Edad prevalente: 18-34 años Nivel de estudios: Básico 25'	Presencia Trastorno mental: OR 3'1-10 TAG: OR 7'2 Trastornos del humor: OR 5'3-6'8	No especifica	No especifica
<i>Análisis de los intentos de autolisis en un área de salud</i>	Murcia 2008-10	Estudio descriptivo transversal y observacional Muestra 131 casos	Sexo prevalente: Mujeres 67'2% Edad media: 54'6 años	Diagnóstico previo: Sí 67'2% Trastornos prevalentes: Síndrome ansioso depresivo 29'8% Consumo de sustancias 13%	Intentos autolíticos previos: No 62'6% Factor desencadenante : conflicto familiar 35'9%	Intoxicación farmacológica 25'2% Arma 10'7%
<i>Estudio de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada</i>	Granada 2011	Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra 535 personas.	Sexo prevalente: Mujeres 52'3% Edad prevalente: 31-40 años.	No especifica	No especifica	No especifica
<i>High and low suicidality in Europe: A fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys</i>	España 2011	Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra 5473 personas	Sexo prevalente: Mujeres 55'7% Edad media: 22'5 años Estado civil: Viudedad OR 1'68 Situación laboral: desempleado OR 1'54	Diagnóstico psiquiátrico: Trastornos del estado del ánimo OR 4'35 Trastorno de ansiedad OR 2'75	No especifica	No especifica
<i>The incidente of hospital-treated attempted suicide in Oviedo</i>	Oviedo 2008-2009	Estudio descriptivo retrospectivo Muestra 308 casos	Sexo prevalente: Mujeres 61'4% Nacionalidad: Española 95'8% Edad prevalente: 35-44 años. Estado civil: Divorcio 76'6% Nivel de estudios: Básico	Diagnóstico psiquiátrico previo: Sí Trastornos del estado de ánimo 31'3%. Trastorno neurótico 21'2%	No especifica	Intoxicación farmacológica 86%

ELECCIÓN DE REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista escogida ha sido "ROL de enfermería" y a continuación se pueden ver las normas de publicación de artículos que exigen la editorial de la revista.

El trabajo se enviará teniendo presentes los siguientes puntos:

Textos en formato WORD.

Extensión no superior a 25 000-30 000 caracteres con espacio incluida la bibliografía.

El texto se presentará continuo, sin espacios en blanco, y alineado a la izquierda.

Un número de 6 a 9 fotografías en formato JPEG de buena resolución (mínimo 300 puntos por pulgada).

Si se incorporan tablas, cada una de ellas descontará el espacio de una fotografía.

El resto de las normas de publicación pueden encontrarse en este mismo sitio.

Estructura

1. El título del trabajo en mayúsculas. Este debe expresar en el mínimo espacio y de la manera más concisa posible el mensaje que los autores quieren transmitir a los lectores con su trabajo; los autores también pueden presentar un subtítulo cuya extensión no debe ser superior a dos líneas. Se incluirá su traducción al inglés.

Para unificar el estilo editorial Revista ROL de Enfermería se reserva el derecho de modificar dichos titulares.

2. El nombre y dos apellidos de los autores, su titulación académica y la institución o instituciones donde prestan sus servicios así como los créditos profesionales de los mismos. Las direcciones postales y electrónicas y teléfonos de todos los autores.

3. Un resumen estructurado comprendiendo los diferentes apartados del trabajo (descritos anteriormente). Este resumen ha de permitir la

comprensión del trabajo sin que el lector tenga que leer el artículo. Su extensión no ha de exceder de las 250 palabras. Irá acompañado de su correspondiente traducción al inglés.

4. De tres a diez palabras clave que a juicio de el / los autores identifiquen el contenido general del trabajo. También se incluirá su traducción al inglés.

El texto del trabajo

Deberá cumplir las normas antes mencionadas; en el texto los autores deberán indicar la inclusión ordenada y correlativa de las diferentes ilustraciones (fotografías, figuras o tablas), así como las referencias bibliográficas.

Las referencias bibliográficas

Dichas referencias bibliográficas deberán reseñarse de acuerdo con las directrices de los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos presentados a revistas Biomédicas (**Normas de Vancouver**), **siguiendo la actualización correspondiente a abril de 2010.**

Las citas bibliográficas deberán numerarse correlativamente y señalarse en el texto mediante un claudátor y su correspondiente numeración. p. ej. [1].

Ilustraciones, fotografías, figuras y tablas

A continuación de la bibliografía los autores deberán adjuntar las correspondientes ilustraciones; cuando se trate de figuras o tablas estas deberán presentarse cada una en una página, en un formato perfectamente inteligible y que puedan ser manipulables posteriormente. Deberán ir acompañadas de la correspondiente numeración (que habrá sido marcada en el texto), título, y en su caso el pie de nota correspondiente (p.e. fuente). Dichas ilustraciones deben ser propias de los autores, o bien pertenecer a fuentes de libre disposición, o bien los autores contarán con la autorización escrita, para reproducirlas, de los titulares del copyright.

Las fotografías se enviarán en un formato JPG, PDF o TIFF de alta resolución (mínimo 300 píxeles por pulgada) y deberá constar el correspondiente pie de foto y el nombre del autor. Siempre debe contarse con la autorización escrita de las personas que aparezcan en ellas, aceptando la publicación de su imagen. Revista ROL de Enfermería agradece de antemano el seguimiento del presente protocolo de redacción por parte de los posibles autores a la vez que su Consejo de Redacción está a la disposición de los mismos para la resolución de cualquier duda.