



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Georgina Casanova Garrigós

Diferencias en los factores de riesgo entre la población que consulta por un intento de suicidio y la que acude por otros motivos en un servicio de urgencias de una unidad de salud mental



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Georgina Casanova Garrigós

Diferencias en los factores de riesgo entre la población que consulta por un intento de suicidio y la que acude por otros motivos en un servicio de urgencias de una unidad de salud mental

TESIS DOCTORAL

Dirigida por la Dra. Pilar Montesó Curto y el Dr. Carlos López Pablo

Departamento de enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Terres de l'Ebre
2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat "Diferencias en los factores de riesgo entre la poblaci3n que consulta por un intento de suicidio y la que acude por otros motivos en un servicio de urgencias de una unidad de salud mental", que presenta Georgina Casanova Garrig3s per a l'obtenci3 del t3tol de Doctor, ha estat realitzat sota la meua direcci3 al Departament d'Infermeria d'aquesta universitat.

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado "Diferencias en los factores de riesgo entre la poblaci3n que consulta por un intento de suicidio y la que acude por otros motivos en un servicio de urgencias de una unidad de salud mental", que presenta Georgina Casanova Garrig3s para la obtenci3n del t3tulo de Doctor, ha sido realizado bajo mi direcci3n en el Departamento Enfermeria de esta universidad.

I STATE that the present study, entitled "Risk Factors Differences between the population that consults for a suicide attempt and who visit for other health complains in an emergency service of a mental health unit", presented by the award of the degree of Doctor, has been carried out under my supervision at the Department of Nursing of this university.

Tortosa, 23/03/2017

El/s director/s de la tesi doctoral
El/los director/es de la tesis doctoral
Doctoral Thesis Supervisor/s

[signatura] / [firma] / [signature]

Pilar Montesó Curto

[signatura] / [firma] / [signature]

Carlos López Pablo

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

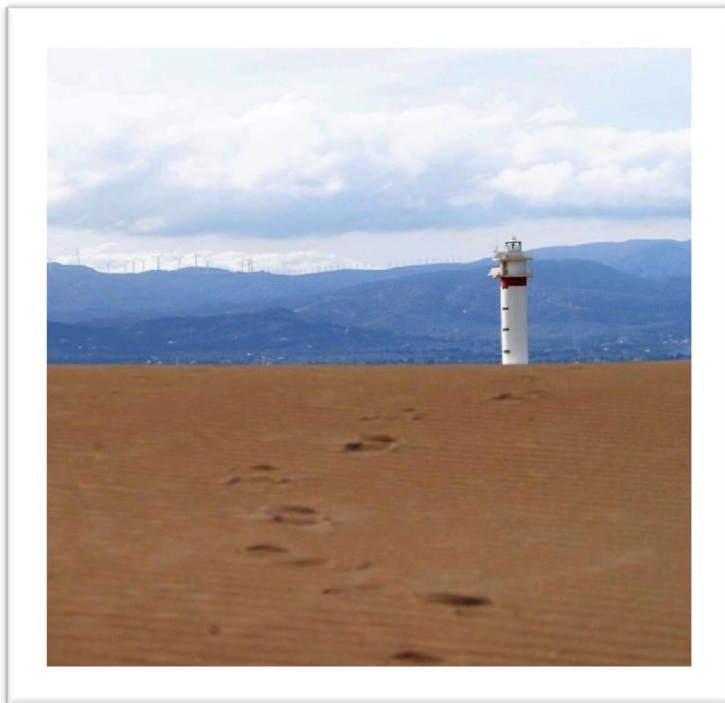
DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós



Faro del Fangar -Delta de l'Ebre- (foto: Jordi Casanova)

“Pongamos un faro en la oscuridad para encontrar mares”

G. Ungaretti

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

A Agustín y Faustina, mis padres

A Gerard, Nicol y Justin, mis sobrinos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

*“Si ayudo a una sola persona a tener esperanza,
no habré vivido en vano”*

Martin Luther King

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Agradecimientos

Con esta tesis no solo terminan los estudios de doctorado, sino que acaba un periodo en mi vida donde han prevalecido el esfuerzo, el sacrificio y la dedicación, que sin duda alguna, yo sola no habría podido culminar.

Gracias a los compañeros del Pere Mata Reus por hacerme sentir como en casa, Jordi, Marc, Rosa, Jose Maria, Carri, Claudia, Tere, Mónica, Inés, Maite, Elvira, Esperanza, Antonia y sobre todo a mis niñas, Natalia y Laura, por su amistad.

Gracias a todas las personas que forman la Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre, dirección, gerencia, administración, mantenimiento, limpieza, personal de CSM (Amposta, Tortosa y Mora), CSMIJ, HD, HDIJ y especialmente, a mis compañeros de hospitalización, gracias por vuestra empatía, comprensión y apoyo constante.

Pere, gracias por tu confianza y por hacerlo todo tan fácil.

Bárbara, gracias por acompañarme desinteresadamente siempre, por dedicar tu tiempo a mis dudas y trabajos, por ser un ejemplo de saber hacer y saber estar.

Jose, gracias por transmitirme tu pasión por la psiquiatría, tus ganas de hacerlo bien, por enseñarme tanto, por escucharme pacientemente y por ser mi guía en los días grises.

Giovanna, gracias por ser el espejo donde me puedo mirar sin miedo, por tu aceptación y amistad incondicional.

Rocío, gracias por estar siempre ahí, por creer en mí incluso cuando yo dejo de hacerlo, eres una pieza clave en mi vida.

Eva, gracias por cruzarte de nuevo en mi vida y ofrecerme tu amistad.

Yasmina, gracias por retarme a ser mejor enfermera, mejor profesora y mejor persona.

Anna y Carme Martí, gracias por los ánimos, la confianza y por celebrar mis alegrías como si fueran vuestras.

Gracias a los compañeros de aventuras, por hacer mi poco tiempo libre más divertido y bonito, Joan, Edu, Ruben, Santi, Marcos, Patri, Magda, Bea y Soria.

Carolina, gracias por enseñarme el verdadero significado de la palabra amistad, sin duda alguna, mi vida es más bonita porque tú formas parte de ella.

Pilar y Carlos, directores de esta tesis, gracias por vuestro tiempo y dedicación.

Y por último, Agustín y Nicol, gracias por animarme y acompañarme siempre. Gerard, Nicolet y Justin, gracias por vuestro amor incondicional y especialmente, gracias a mis padres que lo han dado todo, se han entregado en cuerpo y alma para que yo llegue hasta aquí.

¡Gracias infinitas a todos/as!

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Índice

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Índice

Resumen	1
Abstract	7
Introducción	13
Capítulo I: Antecedentes y estado actual del tema	23
1.1. Antecedentes históricos de la conducta suicida	25
1.2. Aproximación conceptual y definición	31
1.3. Clasificación clínica de las conductas suicidas	37
1.3.1. Clasificación actual	42
1.4. Modelos teóricos del fenómeno del suicidio	46
1.4.1. Teoría psiquiátrica	46
1.4.2. Teoría sociológica	48
1.4.3. Teoría psicoanalítica	51
1.4.4. Teoría cognitiva	52
1.5. Epidemiología	53
1.5.1. Epidemiología del suicidio en Europa	55
1.5.2. Epidemiología de los intentos de suicidio	56
1.5.3. Epidemiología del suicidio en España	57
1.5.4. Epidemiología del suicidio en Cataluña	59
1.6. Factores de riesgo de la conducta suicida	61
1.6.1. Factores sociodemográficos	61
1.6.2. Factores de temporalidad y método utilizado	67
1.6.3. Factores de riesgo clínico	68
1.7. Intento de suicidio y servicio de urgencias	73
1.8. Factores protectores del suicidio	75
1.9. Estrategias de prevención	76

Capítulo II: Justificación del estudio	81
Capítulo III: Objetivos de la investigación e hipótesis	87
3.1. Objetivos	89
3.1.1. Objetivos generales	89
3.1.2. Objetivos específicos	89
3.2. Hipótesis	90
Capítulo IV: Metodología de la investigación	93
4.1. Diseño del estudio	95
4.2. Ámbito del estudio	96
4.3. Población y muestra	97
4.4. Variables objeto de estudio	98
4.4.1. Variables relacionadas con las características sociodemográficas	99
4.4.2. Variables relacionadas con las características clínicas	100
4.4.3. Variables relacionadas con el intento de suicidio	102
4.5. Instrumentos de recogida de información	103
4.6. Aspectos éticos	104
4.7. Procedimiento y recogida de datos	104
4.8. Análisis estadístico	105
Capítulo V: Resultados	107
Capítulo VI: Discusión	159
Capítulo VII: Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras	181
Capítulo VIII: Conclusiones	187
Capítulo IX: Referencias bibliográficas	193
Capítulo X: Financiación y difusión de la investigación	219
Capítulo XI: Anexos	225

Índice de tablas

Tabla 1.	Clasificación de las conductas suicidas según Diekstra, 1992	41
Tabla 2.	Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al, propuesta por Silverman et al	44
Tabla 3.	Clasificación psiquiátrica del suicidio en el siglo XIX	47
Tabla 4.	Correspondencias entre las tipologías de suicidio e individuales según Durkheim	49
Tabla 5.	Comparativa entre las variables sociodemográficas de los dos grupos	114
Tabla 6.	Comparativa entre las variables sociodemográficas de los dos grupos [continuación]	115
Tabla 7.	Comparativa entre los datos clínicos de los dos los grupos	121
Tabla 8.	Comparativa entre los datos clínicos de los dos grupos [continuación]	122
Tabla 9.	Comparativa entre los factores de temporalidad de los dos grupos	125
Tabla 10.	Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas (intentos de suicidio)	129
Tabla 11.	Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas (intentos de suicidio) [continuación]	130
Tabla 12.	Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas (otros motivos de consulta)	134
Tabla 13.	Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas (otros motivos de consulta) [continuación]	135
Tabla 14.	Comparativa entre sexos y las variables clínicas (intentos de suicidio)	140
Tabla 15.	Comparativa entre sexos y las variables clínicas (intentos de suicidio) [continuación]	141
Tabla 16.	Comparativa entre sexos y las variables clínicas (otros motivos de consulta)	145
Tabla 17.	Comparativa entre sexos y las variables clínicas (otros motivos de consulta) [continuación]	146
Tabla 18.	Comparativa entre sexos y los factores de temporalidad (intentos de suicidio)	150
Tabla 19.	Comparativa entre sexos y los factores de temporalidad (otros motivos de consulta)	152
Tabla 20.	Comparativa entre sexos y las características del intento	156

Índice de figuras

Figura 1.	Tasas de suicidio a nivel mundial según la OMS (estandarizadas por edad)	55
Figura 2.	Evolución de la tasa de mortalidad estandarizada por edad (por 100.000h) por suicidio y autolesiones, por sexos (2000-2014)	60
Figura 3.	Mapa de la región Sanitaria Teres de l'Ebre	96
Figura 4.	Pirámide de población de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre	97

Lista de abreviaturas

CAS	Centro de Atención y Seguimiento
CCI	Comisión Clínica de Investigación
CDC	Center for Disease Control
CD	Centro de día
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CRS	Código Riesgo Suicidio
CSMA	Centro de Salud Mental Adultos
CSMIJ	Centro de Salud Mental Infante Juvenil
EAAD	European Alliance Against Depression
EEUU	Estados Unidos
ESEMED	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
GRANMO	Calculadora de Tamaño Muestral
HDA	Hospital de Día Adultos
HDIJ	Hospital de Día Infante Juvenil
INE	Instituto Nacional de Estadística
IDESCAT	Instituto de Estadística de Cataluña
NIMH	National Institute of Mental Health
OCDS	Operational Criteria for the Determination of Suicide
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio
OH	Alcohol
THC	Tetrahidrocannabinol
UE	Unión Europea
WHO/EURO	World Health Organization/Europe

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Resumen

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Resumen

Se calcula que cada año se suicidan más de 800.000 personas en el mundo y que por cada suicidio se cometen aún más intentos de suicidio, por ello, se considera una de las principales causas de muerte a nivel mundial y un problema de salud pública importante. De acuerdo a la bibliografía científica consultada, son muchos los factores de riesgo asociados a este fenómeno, aunque ha sido poca la evidencia encontrada donde se compararan dos grupos de pacientes por diferentes motivos de consulta en los servicios de urgencias.

Los principales objetivos del presente estudio son:

1. Evaluar las diferencias en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad entre las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio y las personas que acudieron por otros motivos.
2. Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio.
3. Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por otros motivos diferentes al intento de suicidio.

4. Averiguar si hay diferencias entre sexos y las características del intento de suicidio.

Se ha seguido una metodología cuantitativa, concretamente hemos llevado a cabo un estudio transversal analítico, debido a que tanto la tentativa de suicidio (efecto) como toda la información del estudio, se recogió de las hojas de urgencias como posibles variables asociadas al intento de suicidio (causa). Para ello, se seleccionaron dos muestras, las personas que acudieron al servicio de urgencias de la *Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre* cuyo motivo de consulta fue un intento de suicidio (498 personas) y el resto de personas atendidas por otros motivos de consulta (502 personas) durante el mismo periodo de tiempo, del 1 de enero del 2007 al 31 de julio del 2014.

En los resultados se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en múltiples variables para el grupo que cometió un intento de suicidio respecto al otro grupo. Las principales son: mayor porcentaje de mujeres, mayor número de personas que estaban casadas o en pareja, mayor número de personas inactivas laboralmente, con más dificultades económicas, mayor porcentaje de personas con problemas de relación con la pareja, con menos antecedentes de enfermedad mental, inferior consumo de tóxicos, menos ingresos psiquiátricos previos y menor presencia de síntomas psicóticos en el momento de la atención.

El presente estudio es una primera aproximación cuantitativa a la situación epidemiológica de los intentos de suicidio en les Terres de l'Ebre, el cual nos permite conocer algunos factores a considerar para identificar de manera precoz a las personas que potencialmente pueden llevar a cabo una conducta suicida y con ello, diseñar estrategias de intervención específicas que permitan mejorar el abordaje del problema.

Palabras clave: suicidio, factores de riesgo del suicidio, epidemiología del suicidio, prevención del suicidio, servicio de urgencias.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Abstract

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Abstract

It is estimated that more than 800,000 people commit suicide every year in the world and that for each suicide there are even more suicide attempts, hence it is considered one of the leading causes of death worldwide and a major public health concern. According to the scientific bibliography consulted, there are many risk factors associated with this phenomenon, although there has been little evidence found where two groups of patients are compared for different consultation reasons in the emergency department.

The main objectives of this study are:

1. Assess the differences in the sociodemographic and clinical characteristics and in the temporary factors among the people who went to the emergency department for a suicide attempt and those who went for other reasons.
2. Know whether there are sex differences in the socio-demographic and clinical characteristics and in the temporary factors of the people who went to the emergency department for a suicide attempt.
3. Know whether there are sex differences in the socio-demographic and clinical characteristics and in the temporary factors of people who went to the emergency department for reasons other than suicide attempt.
4. Find out whether there are differences between the sexes and the characteristics of the suicide attempt.

A quantitative methodology has been followed, specifically a cross-sectional study, since both the attempted suicides (effect)

and all the study information were collected from the emergency department documents as potential variables associated with suicide attempt (cause). To do so, two samples were selected, the people who came to the emergency department of the *Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre* whose consultation reason was a suicide attempt (498 people) and the rest of people attended for other consultation reasons (502 people) during the same time period, from 1 January 2007 to 31 July 2014.

Significant statistically differences in multiple variables have been obtained in the results, for the group that committed an attempted suicide with respect to the other group. The main are: higher percentage of women, greater number of people who were married or in pairs, greater number of unemployed people, with more economic difficulties, higher percentage of people with couple problems, with minor history of mental health, lower consumption of substances, less previous psychiatric admissions and lower presence of psychotic symptoms when they were assisted.

This study is a first quantitative approach to the epidemiological situation of suicide attempts in *Terres de l'Ebre*, which allows us to know some factors to consider for early identification of people who can potentially perform a suicidal behaviour and thus design specific intervention strategies to improve the approach to the problem.

Keywords: suicide, suicide risk factors, epidemiology of suicide, suicide prevention, emergency department.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Introducción

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Introducción

En mayo del 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, proponiéndose reducir un 10% la tasa de suicidio en los países para el 2020 (1). No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego, pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona. Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y el suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda. A pesar de que los datos científicos indican que numerosas muertes son evitables, con demasiada frecuencia el suicidio tiene escasa prioridad para los gobiernos (2).

Se calcula que cada año se suicidan más de 800.000 personas en el mundo y que por cada suicidio se cometen aún más intentos de suicidio. Los efectos sobre las familias, las amistades y las comunidades son abrumadores y de amplio alcance, aún mucho tiempo después de que la persona se haya quitado la vida (3). Concretamente en España en el año 2014 se suicidaron 3910 personas, 2938 eran hombres y 972 mujeres, esto representa que cada día mueren en nuestro país 10 personas a causa del suicidio. Desde el año 2000 han

aumentado un 15.2% y es la primera causa de muerte no natural de defunción por delante de los accidentes de tráfico y las muertes por violencia de género. Todos sabemos que en España existen políticas preventivas de los accidentes de tráfico y la violencia de género, pero no las hay para la prevención del suicidio (4). Según el Plan de Salud de Cataluña, desde el año 2007 la tasa de mortalidad por suicidio mostró una tendencia creciente, y se situó en el año 2013 en el 6.3 por 100.000 habitantes (2.9 entre las mujeres y 10.1 entre los hombres). Este aumento se produjo entre las personas de 40 a 60 años (población en edad laboral). Ante de estos datos, la *Generalitat de Catalunya* se plantea como horizonte para el 2020, mantener las tasas de suicidio por debajo del nivel actual (5).

Si hablamos del contexto histórico de las prácticas basadas en evidencias y lo centramos en la enfermería, no podemos dejar de hablar de Florence Nightingale (1820-1910), enfermera, estadista, escritora y fundadora de la enfermería moderna. Su trabajo personifica la definición actual de todas las enfermeras como profesionales prácticas, investigadoras, educadoras y líderes (6). Luchó por fundamentar los cuidados en evidencias científicas y por afianzar el cuerpo de conocimientos de los profesionales de la salud mediante la epidemiología. Siguiendo los pasos de Nightingale, nos planteamos un estudio epidemiológico sobre los factores de riesgo que se asocian a la conducta suicida en un territorio concreto en el sur de Cataluña, les Terres de l'Ebre. El objetivo principal es averiguar si las personas que llevan a cabo un intento de suicidio en esta zona presentan unas características sociodemográficas y

clínicas diferentes a las del resto de personas que acuden al servicio de urgencias de una unidad de salud mental por otros motivos. Para ello, nos planteamos estudiar y comparar dos muestras según el motivo de consulta, ya que según la evidencia científica, el primer paso para establecer programas eficaces de prevención de la conducta suicida, es conocer las características de la población a quien irán dirigidos esos programas (7,8). Como enfermeras, cuando se realiza una valoración por ideación autolítica, el primer factor de riesgo a tener en cuenta es la presencia de un trastorno mental. Muchos trastornos mentales, incluyendo la depresión, dan lugar a un dolor psíquico insoportable que puede conducir a la muerte. Shneidman escribió que un dolor psíquico inaguantable es una característica universal de las personas que intentan suicidarse (9). Las variables demográficas incluyendo la edad, el sexo, la etnia entre otras, influyen en el riesgo de suicidio. Como hecho aislado, el suicidio a menudo produce perplejidad. En tanto que es, con certeza, el último mensaje desesperado del individuo al mundo; las enfermeras así como otros profesionales sanitarios, deben saber que la mayoría de los individuos que intentan suicidarse no quiere terminar con sus vidas, más bien buscan aliviarse de la emoción insoportable o del dolor físico referidos por Shneidman (9,10).

Con esta investigación podremos conocer las características clínicas y psicosociales de las personas que llevan a cabo una conducta suicida en la zona de estudio y también podremos comparar si realmente hay diferencias entre estas y otras personas que acuden a los servicios de salud mental por otros motivos. Conocer el perfil de las personas que intentan

suicidarse nos servirá para mejorar las intervenciones en nuestra práctica diaria y consecuentemente, mejorar la calidad de vida de las personas afectada por estas conductas. Como profesionales de la salud y concretamente en el campo de la salud mental, tenemos un papel importante en la identificación precoz de las personas en riesgo, para poder prevenir dichas conductas.

Además se pretende justificar la necesidad de desarrollar e implementar programas de intervención dirigidos a estos usuarios para poder prevenir el diagnóstico de enfermería “riesgo de suicidio”(11) y poder mejorar la calidad de atención que reciben estas personas, teniendo en cuenta que estos programas pueden estar formados por un equipo multidisciplinar y liderados por enfermeras/os.

La presente tesis doctoral constará de once capítulos, al principio una parte más teórica y conceptual, seguida de los resultados, la discusión y una última parte más reflexiva y práctica.

En el capítulo I encontraremos los antecedentes y el estado actual del tema, empezando por la aproximación histórica, seguida de la terminología utilizada a lo largo del tiempo para referirnos al suicidio y a los intentos de suicidio, así como referencias bibliográficas acerca de los factores de riesgo, los factores protectores y los programas de prevención que se están llevando a cabo en diferentes países por diferentes profesionales sanitarios, entre ellos los/las enfermeros/as.

En el capítulo II se presenta la justificación del estudio desde una mirada profesional y personal sobre el tema. A continuación, en el capítulo III, conoceremos la hipótesis planteada y los objetivos de la investigación llevada a cabo. En el capítulo IV se describirá la metodología utilizada, que es de tipo cuantitativa, así como el diseño del estudio, el ámbito de estudio, la población y el muestreo, las hojas de recogida de información y el análisis estadístico.

El capítulo V presenta los resultados, después de aplicar las pruebas estadísticas posteriormente descritas y estos se discuten en el capítulo VI.

En el capítulo VII expondremos las limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación para poder seguir trabajando en esta área y en el capítulo VIII se expondrán las conclusiones, y el rol de la enfermería en la prevención de la conducta suicida.

Las referencias bibliográficas utilizadas para llevar a cabo el estudio se encuentran en el capítulo IX y en el X se exponen las fuentes de financiación, así como las aportaciones derivadas de la Tesis Doctoral a la comunidad científica hasta el momento. Para finalizar, en el capítulo XI se anexan los certificados de conformidad de la Comisión Clínica de Investigación (CCI) y del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), entre otra información referente al estudio.

A menudo hemos oído algunas afirmaciones erróneas acerca del suicidio y de los suicidas, son mitos que envuelven estas conductas, y que contribuyen a aumentar el estigma acerca de

ellas; por esto, al inicio de cada capítulo encontraremos un mito y lo que dice la ciencia al respecto, para contribuir a la desmitificación de estas conductas, mejorar la intervención y respetar a las personas y familias que han sufrido o sufren por esta causa.

La complejidad del fenómeno suicida se traslada también a la terminología utilizada al respecto, como veremos más adelante, hay diferentes definiciones y clasificaciones según el momento y/o el país donde se aplica; por ello, queremos aclarar que en la presente tesis utilizaremos el término *intento de suicidio* para referirnos a un acto suicida cuyo resultado no fue la muerte, y el término *suicidio* para definir la muerte que resulta de un acto suicida (12).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo I: Antecedentes y estado actual del tema

Mito: *“Todo el que se suicida es un enfermo mental”*

Criterio científico: Ni todas las personas que padecen un trastorno mental se suicidan, ni todas las personas que mueren a causa del suicidio son enfermos mentales. Es cierto que las personas que padecen un trastorno de salud mental se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero la cuestión que parece ser común en el suicidio es la existencia de un gran sufrimiento emocional (13–16).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

1.1. Antecedentes históricos de la conducta suicida

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las culturas y épocas de la historia. No obstante, las actitudes mantenidas hacia éste, han diferido enormemente de unas a otras en función de las condiciones filosóficas, religiosas e intelectuales de cada momento.

Al igual que otros aspectos humanos, la valoración que se ha dado al acto del suicidio ha tenido opiniones considerablemente opuestas. Dependiendo del momento histórico y del lugar, ha despertado temor o fascinación, ha sido considerado un acto de valor y libertad o de cobardía y debilidad, e incluso algunas culturas han llegado a condenarlo; sin embargo, encontramos que los argumentos a favor o en contra se reiteran a lo largo de la historia.

En Oriente, el suicidio se consideró durante siglos como un acto elogiado o indiferente, probablemente influido porque consideraban la muerte un cambio de forma (17). En la India, desde la Antigüedad, bajo la influencia considerable del brahmanismo, los sabios, en búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en “*la nada absoluta*”), frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China, esta doctrina se expandió bajo el impulso del buda *Siddharta Gautama*. Se distinguían entonces dos tipos de suicidas, el que buscaba la perfección o el que huía ante el enemigo. Las reacciones suicidas eran a veces masivas: después de la muerte de Confucio, 500 discípulos se precipitaron al mar para no sobrevivir a la quema de sus libros

sagrados. En Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el *harakiri* y durante el culto, algunos creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar a sus divinidades (18).

Sin embargo, estudiaremos la evolución del tema del suicidio a través de la cultura occidental. En Europa, los celtas escogían el suicidio para poner fin a sus vidas, ya que se glorificaba a los que se daban muerte voluntariamente. En España, las causas desencadenantes de suicidio entre los íberos eran: separar de las armas a los guerreros por vejez u otros motivos; evitar caer en manos del enemigo, lo que determinaba a veces la muerte de toda la población, como en Numancia o de una ciudad entera, como Astapa; o un acto obligado por la muerte del jefe (17).

En Grecia, dentro de un mismo periodo histórico, la reacción ante el suicidio era diferente. En general variaba entre la tolerancia y la condena: era permitido siempre y cuando hubiera sido autorizado por los magistrados públicos. Dentro de las escuelas filosóficas griegas también hay diferentes respuestas al suicidio, si bien Aristóteles lo condenaba, Cicerón expresaba su rechazo, no exento de cierta admiración, como manifestaba ante el caso de Catón de Utica, aquel que se mató para no sobrevivir a la pérdida de su libertad y la victoria del César. Sófocles, aceptaba el suicidio en el '*hombre-doliente*' definido como: "*víctima de la inflación de la locura, até*", aunque no era el resultado de una elección" (19). Los estoicos, epicúreos y los cínicos lo justificaban como forma de escapar del sufrimiento físico o moral (20).

En los primeros tiempos de Roma, según un texto de Quintiliano, al igual que en Grecia, existía una institución que autorizaba o no los suicidios tras oír las razones del solicitante, incluso determinaba la forma de morir. Posteriormente, no existía una prohibición legal o religiosa del suicidio para los hombres libres. En cambio, los esclavos no eran dueños de su vida, por lo que tampoco tenían derecho a suicidarse, de tal manera que si un esclavo se suicidaba tras ser adquirido por otro dueño, éste recuperaba el importe de la transacción, que era abonado por el anterior propietario (21). La vida no era considerada algo sagrado, ni un regalo de los Dioses, y el ciudadano romano podía disponer de ella (22).

En estos pueblos de la antigüedad, el patriotismo, la amistad, el amor, la castidad, la enfermedad física y psíquica, el honor y la gloria fueron causas aceptadas y loadas como desencadenantes de un acto suicida. Luego, la tiranía de algunos emperadores provocó el suicidio como solución para evitar la confiscación de los bienes o la condena de muerte, como el suicidio de Séneca (ordenado por Nerón) (17).

En los primeros años del cristianismo no hay una condena explícita del suicidio y en algunos casos era considerado como un gesto heroico. Aceptar el martirio era una manera de escapar al deshonor, a la violación, y en todo caso, entrada directa al reino de los cielos (19).

Esto se fue modificando hasta asumir una actitud intransigente, quizá por la fascinación de la muerte voluntaria de algunos aspirantes al martirio para alcanzar antes la vida eterna o por la gran autoridad de san Agustín, que negó su justificación

diciendo que cualquier forma de suicidio estaba en contra de la ley natural. En el Concilio de Arles, celebrado en 452, declararon que el suicidio estaba inspirado en el demonio, y en el año 533, en el Concilio de Orleans, se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo. Más tarde, en el año 562, en el Concilio de Braga, se ampliaron los castigos a los suicidas y, en 693, en el Concilio de Toledo, se indicó el castigo que se daría a los que habían intentado suicidarse (17).

En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino exalta la figura de San Agustín, y añade a los argumentos de éste, que no se puede disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo, sino que se es criatura de Dios. Consideraba el suicidio como el más grave de los pecados contra Dios. Sin embargo, consideraba también la existencia de ciertas enfermedades mentales que no tenían nada que ver con las posesiones diabólicas con las que se relacionaba el suicidio en otras épocas, y que una persona podía actuar de esta manera por ofuscaciones pasajeras. Con todo ello se comenzó a crear la idea de separar el mundo religioso de las enfermedades mentales (19).

En la Edad Media, el derecho canónico condenaba el suicidio en toda la cristiandad. En Francia, San Luis estableció la primera ley laica (18,23). Además del predominio del cristianismo, esta época se caracterizó también por el dominio del Islamismo (decididamente contrario al suicidio, considerado en el Corán como delito más grave aún que el homicidio). La influencia de estas dos religiones, favoreció la reducción de la frecuencia del suicidio durante esta época de la historia (23).

En el Renacimiento, aunque a nivel popular persistían las mismas actitudes de condena al suicida, aparecieron observaciones de tipo filosófico que gradualmente disentían del suicidio valorado como un pecado o un crimen, y argumentaban sobre determinadas circunstancias que justificaban el suicidio para mitigar el dolor y el sufrimiento. Los movimientos en defensa del suicidio, en diversos países europeos, se manifestaron a través de la filosofía, el derecho y la literatura (17).

A finales del siglo XVIII i principios del siglo XIX surge el Romanticismo. En este movimiento opuesto al pensamiento clásico, se ponen por encima de la ética los sentimientos y las motivaciones psicológicas. El campo de la literatura se inunda de textos melancólicos y el acto suicida se muestra como una expresión de libertad del individuo, lleno de desesperanza (19). Durante estos siglos, en España se puede observar la ética predominante sobre el suicidio a través de los *romances de ciego*. Los actos suicidas se condenaban porque iban en contra del orden establecido o contra Dios. La pena era menor si estos actos eran debidos a la miseria, enfermedad o la falta de trabajo (17).

También en el siglo XIX surge la Psiquiatría como ciencia, que estudia el suicidio como fruto de la enfermedad y busca las localizaciones cerebrales de los síntomas. La estadística aparece como ciencia y la cuantificación de los suicidios se va extendiendo en muchos países (20). En España, a través de un Real Decreto, el instituto Nacional de Estadística comienza a recoger los casos de suicidio a través de los juzgados de

instrucción (17,19). Muchos autores comienzan a considerarlo como un problema social, junto con la pobreza, el alcoholismo, el crimen, o la enfermedad. Esta causalidad de los problemas individuales por parte de la sociedad hace que se ensalcen los valores comunitarios, como la solidaridad, como remedio de la convivencia en sociedad (19).

La concepción patológica del suicidio apareció en la primera mitad del siglo XIX, una época donde predominaron los trabajos de los psiquiatras de la escuela francesa. Pinel, en su clasificación de las enfermedades mentales, pone el suicidio como una forma de conducta mórbida. Su discípulo Esquirol, ofrece una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica. Éste centró su estudio sobre el suicidio como un síntoma de trastorno mental, pero también apuntó al suicidio provocado por las pasiones humanas (17,24).

Ya en el siglo XX, el existencialismo analiza desde un punto de vista filosófico las grandes preguntas trascendentales del ser humano como son el sentido de la vida y de la muerte. Para Sartre y otros, la muerte es la única certeza de la vida, pero aun así Camus: *“No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no la pena de que se la viva, es responder a la pregunta fundamental de la filosofía.”...“Es un absurdo y por ello debe rehusarse la muerte prematura”* (25).

La época moderna del estudio del suicidio comienza en el cambio de siglo del XIX al XX, con dos líneas de investigación diferentes. La psicológica tuvo como representante a Freud, y buscaba la explicación del suicidio en base a los fenómenos

psíquicos inconscientes intrapersonales. La sociología estuvo representada por Durkheim, sociólogo francés, quien defendía que las motivaciones principales del suicidio se encontraban en las propias raíces de la sociedad (19).

1.2. Aproximación conceptual y definición

El comportamiento suicida o la tendencia al suicidio se puede conceptualizar como un continuo que abarca desde las ideas suicidas hasta los intentos de suicidio y su consumación. A menudo, se denomina proceso suicida al que conduce a ideas suicidas, comportamiento autodestructivo y, en algunos casos, incluso al suicidio. No existe una definición unánimemente aceptada del suicidio, aunque en las definiciones propuestas se lo considera un acto mortal de autolesión con intención autodestructiva más o menos consciente, aunque ésta sea vaga o ambigua (26–28).

La voz ‘suicidio’ proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. Aparece tardíamente con un carácter más abstracto y culto que las voces más antiguas de “matarse”, “destruirse” o “asesinarse”, que reflejaban un significado de crimen contra uno mismo.

En inglés la palabra *suicide* aparece utilizada por primera vez en Inglaterra en la edición de 1643 de *Religio Medici*, escrita por Thomas Browne, y su primera inclusión en un diccionario data de 1656, en el *Glossographia* de Blunt (12).

La palabra latina *suicidium* parece que se había utilizado en Francia en el siglo XVII, pero clásicamente el empleo de la pa-

labra suicidio es atribuido en 1734 al abate Prévost o en 1737 al abate Desfontaines. La Academia Francesa lo inscribió en 1762 como sustantivo masculino, que indica el acto del que se mata a sí mismo (17).

En España, la palabra se usó por primera vez en la obra de Fray Fernando de Ceballos, *“La falsa filosofía y el ateísmo”*, publicada en 1.772 y no sería incluida en el diccionario de la Real Academia Española hasta su quinta edición, en el año 1.817 (29).

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia (vigésima segunda edición, 2001) define el ‘suicidio’ como voz formada, desde un punto de vista etimológico, a la semejanza de homicidio, del latín *sui*, de sí mismo y *caedere*, matar. *Acción y efecto de suicidarse. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar a la persona que lo realiza. Además encontramos otros términos al respecto: ‘suicida’ (como sustantivo): persona que se suicida; ‘suicida’ (como adjetivo): dicese del acto o conducta que daña o destruye al propio agente; ‘suicidarse’: quitarse violenta y voluntariamente la vida* (30). El diccionario introduce en su definición el concepto plural de conducta suicida, pues se admite en ella, no solo la muerte auto provocada, sino también el concepto de cualquier acción perjudicante para el que la realiza, y este matiz ha sido objeto de diversas precisiones y puntualizaciones por los diversos autores (31).

Según Sarró, desde el punto de vista de la ciencia, las concepciones sobre el suicidio evolucionaron desde su enfoque de mero acto hasta contemplarlo como parte de un concepto más

amplio y complejo, como es el comportamiento (17). Coincidiendo, Baechler dice que el suicidio es un comportamiento más que un acto y con *suicida* se haría referencia a 'toda conducta que busca y encuentra una solución a un problema existencial mediante un acto que atenta contra la vida del sujeto'. El acto suicida en sí mismo no sería más que un punto de un proceso, la culminación de toda otra serie de actos llevados a cabo en función de la ideación y plan suicida del sujeto, de su intencionalidad suicida (12,32).

De otro lado, hablar de suicidio implica necesariamente adentrarse en obras de autores que han sido grandes investigadores del tema. La definición del sociólogo Durkheim posiblemente sea una de las más citadas:

“Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte (33) (p.5).”

La obra de Durkheim, fue básicamente un estudio sociológico eminentemente estratégico destinado a probar que un fenómeno tenido por puramente individual puede explicarse como hecho social profundamente dependiente del grado de integración de las instituciones sociales (religión, economía, familia)(34).

Por su parte, Freud, según la teoría psicoanalítica, dice que el suicidio es entendido como un asesinato de 180º, representando así la dirección de la agresividad y del instinto de muerte como el núcleo del acto suicida (22). El sujeto proyecta hacia sí mismo la agresividad anteriormente dirigida hacia un objeto; hostilidad que representa la reacción primitiva del yo contra los objetos del mundo exterior (35). Menninger será quien tratará el suicidio desde los presupuestos de Freud, considerándolo como un homicidio a sí mismo, surgido al dirigir hacia sí el deseo de matar a otro, de ser matado y de morir (36). Además propone una tipología de conductas autodestructivas que generalmente no se consideran suicidio, pero cuyo fin es la muerte, concluyendo que son igualmente suicidios solapados en una forma diferente (17).

Stengel en el 1965 escribió: *'Suicidio significa el acto fatal, e intento suicida el acto no fatal de auto perjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante puede ser vago y ambiguo'*. Añade que *'el acto suicida, entonces, es una pauta de conducta muy compleja que refleja tendencias en conflicto y cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores imprevisibles'* (17,37).

Kreitman (1969) propone el abandono de la palabra intento de suicidio e introduce el término *parasuicidio*, como un acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica (38). En este concepto se elimina el criterio de la intencionalidad de morir (37,39).

Shneidman, considerado por algunos el *'Padre de la Suicidología moderna'*, acuñó el término *'suicidología'* y forjó una nueva disciplina donde él mismo apuntaba: "la Suicidología pertenece a la psicología porque el suicidio es una crisis psicológica". Consideró que más que una enfermedad mental, el fuerte dolor psicológico (*psychache*) resultaba ser el mayor común denominador del comportamiento suicida. En sus propias palabras: *el suicidio es el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución* (9).

El concepto de acto suicida fue introducido por la OMS en 1969 como *'todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil'* (40). Años más tarde (1986), en una reunión de un grupo de trabajo sobre prácticas preventivas del suicidio y de los intentos de suicidio (*Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide*) organizada por la OMS, donde se reunieron representantes de quince países europeos, discutieron la necesidad de definiciones comunes y coincidieron en la siguiente:

'El suicidio es un acto con resultado de muerte, que fue iniciado deliberadamente y realizado por el difunto con el conocimiento o expectativa de su fatal resultado y destinado a realizar los cambios deseados por la persona difunta'.

La definición de un acto suicida no fatal es más compleja. Según este grupo, lo ven como un grito de ayuda de la persona para realizar los cambios y así, hacer su vida más soportable. Definieron el intento de suicidio como:

‘Un acto con un resultado no fatal, en el que un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás le causará una autolesión, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso por encima de la prescrita o reconocida dosis terapéutica, la cual está destinada a realizar cambios que el sujeto desea a través de las consecuencias físicas o reales esperadas’ (37).

La terminología referida a los comportamientos autolesivos sin resultado de muerte es diferente según el país en el que se aplica. El término ‘tentativa suicida’ (*attempted suicide*) reconoce un alto riesgo de suicidio en personas con autolesiones, aunque es una etiqueta poco precisa. Este término es comúnmente usado en América del Norte al igual que el término ‘autolesión’ (*deliberate self-harm*) que indica daño corporal sin intento de suicidio. Sin embargo, en el Reino Unido esta última acepción se usa para referirse a cualquier episodio con resultado de supervivencia, independientemente de la intención suicida. En Europa se usa el concepto ‘parasuicidio’ que recoge los episodios sin intención letal real, así como los comportamientos autolesivos agudos intencionados que no producen la muerte, pero ponen en riesgo la vida, con independencia de que exista o no una intención clara de morir (39,41,42).

Otras definiciones más recientes, como por ejemplo la de Nock y colaboradores, dice que el suicidio es un acto con la intencionalidad de acabar con la propia vida. Y los comportamientos y pensamientos suicidas son clasificados más específicamente en tres categorías: ideación suicida, la cual se refiere a los pensamientos sobre un comportamiento con la intención de morir; plan suicida, que se refiere a la formulación de un méto-

do específico a través del cual hay al menos alguna intención de morir; y tentativa suicida, que se refiere a un comportamiento potencialmente autolesivo en el que al menos hay un intento de morir (43).

Por suicidio, según Maris, se entiende que: primero, hubo una muerte; segundo, la muerte fue lograda por la persona fallecida, tercero, la muerte fue intencional; cuarto, se produjo por un agente activo o pasivo. (39).

Baber et al, destacan los intentos de suicidio abortados (*aborted suicide attempts*) y lo describen como un evento en el que el individuo está a un paso del intento de suicidio pero no se completa el acto y por lo tanto no incurre en una lesión física. Sus características esenciales son a) intención de matarse a uno mismo, b) cambio de opinión inmediatamente antes del intento c) ausencia de lesiones. En el rango entre ideación suicida e intento de suicidio la definición de los intentos abortados añade una nueva categoría que cae entre la ideación y los intentos. Estos autores sostienen que se trata de una conducta muy frecuente que puede alertar sobre el riesgo de futuros intentos y suicidios (44).

1.3. Clasificación clínica de las conductas suicidas

Encontramos múltiples clasificaciones de las conductas suicidas, dependiendo del referente que tomemos, aunque no todas tienen la misma utilidad clínica.

La obra 'El suicidio' de Durkheim (1897), representó el primer intento de estudiar el tema desde una perspectiva sociológica. En ella afirmaba que la fuerza que determina el suicidio no es

psicológica sino social y para ello realizó un estudio comparativo de varias sociedades europeas e infirió tres categorías de suicidios (33):

- El suicidio egoísta: resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Ese tipo es común allí donde factores culturales, como en el protestantismo –lo señala el sociólogo- subrayan el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo. Este tipo de suicidios se reduce notablemente en tiempos de crisis, ya sea económica, política o en estado de guerra.
- El suicidio altruista: es el que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. El comportamiento suicida de los kamikazes en la Segunda Guerra Mundial, o las inmolaciones musulmanas, tendría que ser catalogado en este tipo. Es el suicidio que se comete animado por una fuerte ideología, o por una extrema vergüenza cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo.
- Suicidio anómico: es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como la rápida movilidad social, como lo relacionado con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos.

A pesar de esta clasificación, Durkheim mantendrá la idea de que en las tres categorías antes presentadas, la probabilidad de que un individuo dado sea expuesto a situaciones que conduzcan al suicidio está sobre determinada por la estructura social en la cual el individuo existe. Para el sociólogo, el que una persona determinada sucumba o no a esas situaciones es un caso particular, y es una cuestión que corresponde a otra disciplina: la psicología.

En un principio, el psicoanálisis prescinde de las tipologías de suicidas, al considerar Freud los actos suicidas relacionados con las dinámicas de las depresiones, fundamentalmente las melancólicas (9). En cambio Menninger, en su obra *El hombre en contra de sí mismo*, clasifica las conductas suicidas en (36):

- El suicidio crónico: En contraste con las súbitas y agudas manifestaciones de autodestrucción representadas por el acto del suicidio, aquellas formas de autodestrucción en las cuales el individuo perpetre un lento suicidio —podríamos tildarlo de suicidio palmo a palmo— podrían ser calificadas de suicidio crónico, o autodestrucción crónica (alcoholismo).
- El suicidio localizado: se trata de aquellas otras formas de suicidio en las cuales se concentra sobre el cuerpo, y habitualmente sobre una limitada parte del cuerpo. Estaría formado por la automutilación, simulación de enfermedades, compulsión hacia las intervenciones quirúrgicas, a determinados accidentes inconscientemente intencionales, y a la impotencia sexual.

- El suicidio orgánico: se produce en enfermedades de carácter psicossomático, cuando el ánimo o los deseos del sujeto influyen sobre la evolución de la enfermedad.

Al margen de las clasificaciones teóricas, encontramos otras realizadas para los clínicos, como por ejemplo la de Aaron T. Beck (45). En su esquema, el fenómeno suicida se considera como: ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio. Esta clasificación presenta una subclasificación que se basa en:

- A) Certeza del evaluador (0-100%)
- B) Letalidad o peligro por la vida (cero, bajo, medio o alto)
- C) Intencionalidad de morir (cero, baja o alta)
- D) Circunstancias modificadoras (cero, bajo, medio o alto)
- E) Método usado

Otra clasificación clínica es la propuesta por Maris, que recoge la clasificación de Beck y la modifica (46,47). Para ello se vale de distintos ejes:

- Eje I: estaría el tipo de conducta, ya sea ideación, tentativa o suicidio. Se subclasifican en escapistas, vengativos, altruistas, ordálicos y mixtos.
- Eje II: serían unas características secundarias del acto, como serían la certeza del evaluador, la letalidad médica, la intencionalidad, las circunstancias, los métodos, sexo, edad, raza, estado civil y ocupación.
- Eje III: recoge la presencia o ausencia de conductas autodestructivas indirectas crónicas, como son el consumo de tóxicos, antecedentes de automutilaciones o problemas relacionados con la alimentación.

Una forma de clasificación similar fue también planteada por Diekstra (48), con criterios operativos para cada conducta sui-

cida. En esta misma se dan unos claros criterios de inclusión para el clínico, aunque no permite clasificar la ideación suicida (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las conductas suicidas según Diekstra, 1992

	Suicidios	Tentativas	Parasuicidio
Definición	<p>Resultado mortal</p> <p>Desencadenó el acto que llevó a dicho resultado (autoinflingido)</p> <p>Conocimiento del sujeto de que la acción iniciada lleva al estado objetivo de muerte (deliberado o intencionado)</p>	<p>Resultado no mortal</p> <p>Desencadenó el acto que habría de llevarlo a la muerte de no haber sido por... (autoinflingido)</p> <p>Conocimiento o expectativa del sujeto de que la acción iniciada lleva al estado objetivo de muerte</p>	<p>Resultado no mortal</p> <p>Desencadena el acto que lleva dañarse o a las sobredosis de una sustancia –o lo hará a no ser que... (autoinflingido)</p> <p>Conocimiento del sujeto de que la acción iniciada lleva a lesiones o sobredosis objetivamente</p>
Considerar	<p>No es necesaria la intención de morir para su consideración como suicidio</p> <p>El resultado mortal es un efecto a corto plazo del acto realizado</p> <p>Una situación terminal no excluye el suicidio</p>	<p>No es necesaria la intencionalidad de morir para su consideración como tentativa de suicidio</p> <p>El resultado mortal es un efecto a corto plazo del acto realizado</p> <p>Una situación terminal no excluye la tentativa</p> <p>La gravedad médica no es decisiva para su consideración como tentativa</p> <p>Las situaciones se formulan según el método</p>	<p>La motivación es irrelevante para su consideración</p> <p>Lo condicional se formula según el método</p>
Criterios de inclusión-exclusión	<p>Para su inclusión han de existir datos respecto a que el sujeto tenía conocimiento de lo que hacía</p> <p>Se incluyen los suicidios terroristas y la sobredosis con drogas de adicción</p> <p>Se excluye acting-out de grandiosidad o megalomanía en psicóticos</p> <p>Se excluyen las erosiones suicidas (han de considerarse comportamientos autodestructivos indirectos)</p>	<p>Se incluyen las tentativas terroristas y la sobredosis con drogas de adicción</p> <p>Se incluyen las sobredosis por alcohol que no sean habituales</p> <p>Se excluyen si son habituales</p> <p>Se excluyen acting-out de grandiosidad o megalomanía en psicóticos</p> <p>Se excluyen las erosiones suicidas (han de considerarse autodestructivos)</p>	<p>Para su inclusión han de existir datos de que el sujeto tenía conocimiento de lo que hacía</p> <p>Se incluyen los actos "manipulativos"</p> <p>Se incluyen repeticiones agrupadas de actos parasuicidas</p> <p>Se incluyen las intoxicaciones agudas por alcohol</p> <p>Se excluye el comportamiento habitual y las automutilaciones (han de considerarse comportamientos autodestructivos indirectos crónicos)</p>

1.3.1. Clasificación actual

Las clasificaciones de las conductas suicidas, siguen llevando confusión terminológica a la literatura sobre el suicidio. Por ello,

O'Carroll y otros autores, entre los que se encuentra Maris, introducen la diferencia entre nomenclatura y clasificación – más comunicativa aquella y más etiológica ésta- y proponen por tanto una nomenclatura para poder llegar a entenderse mínimamente en la babel suicidológica (12). Dicha nomenclatura está basada en un grupo de trabajo multidisciplinar creado a mediados de la década de los ochenta por el *Center for Disease Control* (CDC) con el fin de establecer criterios operativos para determinar el suicidio como causa de muerte. Los resultados fueron publicados en 1988 como *Operational Criteria for the Determination of Suicide*, (OCDS). Definen el suicidio como 'muerte como resultado de un daño autoinfligido intencionalmente', con lo que se consideran tres componentes: la muerte por daño, la conducta contra sí mismo y la intencionalidad (46).

A través de estas definiciones se va ajustando la imagen de la conducta suicida como un continuo que va de la ideación al suicidio consumado. La OMS, siguiendo esta línea conceptual, evita los términos 'suicidio' y 'tentativas de suicidio' y los sustituye por 'actos de suicidio', que define como 'hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del móvil' (49).

En resumen y citando nuevamente a O'Carroll y colaboradores (46), añadir que posiblemente la clasificación más completa y clarificadora sea la propuesta por éstos y su posterior revisión llevada a cabo por Silverman y otros autores (50,51). Los primeros, plantearon una nomenclatura sobre los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por *el National Institute of Mental Health (NIMH)* de Estados Unidos (EE.UU), en ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Los segundos, intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta. En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye amenaza y plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida (Tabla 2)(28,51).

Tabla 2. Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al, propuesta por Silverman et al

Ideación Suicida	A. Sin intencionalidad suicida B. Con grado indeterminado de intencionalidad C. Con alguna intencionalidad suicida	1.- Casual 2.- Transitoria 3.- Pasiva 4.- Activa 5.- Persistente
Comunicación suicida	A. Sin intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo I) B. Con grado indeterminado de intencionalidad: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo II) C. Con alguna intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo III)	
Conducta suicida*	A. Sin intencionalidad suicida: 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinflingida no intencionada) B. Con grado indeterminado de intencionalidad: 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinflingida no intencionada) C. Con alguna intencionalidad suicida: 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)	

*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suicida:

- Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)
- Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)
- Foco mixto

Silverman et al, añadieron los tipos I, II, III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas. Así, se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones (28).

Las definiciones de esta terminología son las siguientes (28,49–51):

Ideación suicida:	Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
Comunicación suicida:	Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida: <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano. • Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
Conducta suicida:	Conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que: <ul style="list-style-type: none"> • La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad. • La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera **conducta suicida**:

- **Autolesión/gesto suicida:** Conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinflingida no intencionada).
- **Conducta suicida no determinada:** Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinflingida con grado indeterminado de intencionalidad).
- **Intento de suicidio:** Conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- **Suicidio:** Muerte autoinflingida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

1.4. Modelos teóricos del fenómeno del suicidio

El interés por el fenómeno del suicidio ha existido desde tiempos antiguos en el hombre pero no es hasta el siglo XIX cuando se elaboran las primeras teorías que intentan explicar con cierta rigurosidad la conducta suicida. Tres han sido las teorías clásicas acerca del suicidio que alcanzaron mayor aceptación: la patológica o psiquiátrica, la sociológica y la psicoanalítica. A estas, más tarde se unió una cuarta, la aportación de la psicología cognitiva.

1.4.1 Teoría psiquiátrica

Después de la década de 1820, el debate moral pasó a ser *“medicalizado”*; o sea, fue configurado por cambios en la noción de la enfermedad mental y en la teoría psicológica. Como lo han observado Lantéri-Laura y Del Pistoia: *“Al final del siglo XVIII [el suicidio] dejó de ser condenado sobre la base de la tradición inspirada en la religiosidad: la secularización del derecho ya no permitió castigarlo como una rebelión contra Dios. No obstante, siguió siendo un acto escandaloso, por lo que se invitó a la psiquiatría a que se hiciera cargo de él, puesto que la sociedad todavía lo consideraba como una amenaza al orden establecido”* (24).

A principios del siglo XIX, la escuela psiquiátrica francesa elaboró una teoría sobre la concepción patológica del suicidio, la cual lo consideraba un síntoma de enfermedad mental. Pinel, en su Clasificación de las Enfermedades Mentales, incluyó el suicidio como una forma de conducta mórbida. Su discípulo Esquirol también se centró en el estudio del suicidio como sín-

toma de un trastorno mental, aunque también señaló que existía el suicidio desencadenado por pasiones humanas, al que se refería como una afección moral desencadenada por las múltiples incidencias de la vida. Además, indicó que las ideas de suicidio eran universales y a menudo normales (17,24). De Boismont (1856) recogió una casuística de cerca de 5000 suicidios, e indicó que el suicidio era la última manifestación de la desesperación (52).

En esta época se llegaron a investigar las anomalías morfológicas y funcionales de las personas que intentaban suicidarse, buscándose mediante la autopsia de los suicidas las lesiones que podían condicionar el suicidio, mientras que la escuela fenomenológica buscaba la causa en diferentes localizaciones cerebrales (17).

Como exponente de esta escuela psiquiátrica se recoge la siguiente clasificación de los suicidios, elaborada a partir de las investigaciones de Jousset y Moreau de Tours y que es citada por Durkheim (1897) en su obra (Tabla 3) (33).

Tabla 3. Clasificación psiquiátrica del suicidio en el siglo XIX

Suicidio maniático	Se produce como consecuencia de alucinaciones o concepciones delirantes. El enfermo se mata para escapar a un peligro o venganza imaginarios o para obedecer una orden misteriosa que ha recibido desde lo alto. Los motivos de este suicidio y su modo de evolucionar reflejan los caracteres generales de la enfermedad de que deriva: la manía.
Suicidio melancólico	Se relaciona con un estado general de extrema depresión y tristeza, con una visión negativa de la vida.
Suicidio obsesivo	Debido a una idea fija de muerte, sin razón sólida alguna se ha apoderado del individuo, aunque éste conozca la irracionalidad de la misma.
Suicidio impulsivo o automático	Es el resultado de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible sin que le preceda ningún antecedente intelectual.

Posteriormente, Achille-Delmas expuso su teoría acerca de los suicidios con tres puntos básicos: todo suicidio indica una enfermedad mental, el suicidio es un síntoma y no una enfermedad, el suicidio está ligado a la ansiedad “orgánica” (52).

1.4.2. Teoría sociológica

El principal representante de la teoría sociológica del suicidio es, sin duda, el sociólogo francés Emile Durkheim (1858-1917), quien en 1887 publica su libro ‘El suicidio’. Su obra se convierte desde el momento de su publicación, en un modelo para la investigación sociológica futura y cuyos argumentos siguen influyendo en las diferentes interpretaciones que se han realizado y se realizan sobre el suicidio (53). Esta teoría sociológica parte de la idea de que es la sociedad como marco, instrumento y modelo de desarrollo de los sujetos, quien directa o indirectamente orienta a los mismos hacia el suicidio, por cuanto no es capaz de vincular a los sujetos a la vida a través de ella. Para Durkheim el suicidio es ante todo un fenómeno social y consiguientemente, es la estructura de la sociedad la que determina, en función de sus características, el que los individuos sean más o menos susceptibles al suicidio (40). Además considera que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, es decir, como realidades exteriores al individuo. De esta forma la tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales. Es decir, no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de algunos de ellos (54). Durkheim concluye que el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad, y propone dos variables que hay que tener en cuenta: el grado de integración social del

individuo, y el grado de reglamentación social de los deseos individuales (52).

Distinguió tres tipos elementales de suicidio: el egoísta, el altruista y el anómico; y además estableció correspondencia entre las tipologías de suicidio sociales e individuales (tabla 4)(33).

Tabla 4. Correspondencias entre las tipologías de suicidio e individuales según Durkheim

Tipología social	Característica	Tipología individual
Egoísta	Apatía	Formas secundarias de debilidad melancólica
Altruista	Energía apasionada o voluntaria	Formas secundarias del sentimiento del deber
Anómico	Irritación, aversión	No enfermos

El suicidio egoísta es el resultado de la alienación del individuo respecto de su medio social, es decir, es consecuencia de la falta de integración social. En cierto modo, este tipo de suicidios depende de los nexos de integración conseguidos por esa sociedad en concreto, y es muy común allí donde los factores culturales subrayan el individualismo.

El suicidio altruista se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. Supone una integración social demasia-

do fuerte que reduce la libertad personal, de tal modo que la persona se quita la vida pretendiendo aliviar a la sociedad de su carga.

El suicidio anómico se produce cuando el quebrantamiento de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.

El termino anomia social, a muy grandes rasgos, es el concepto que nos señala que existirían sociedades donde la ausencia de normas o la existencia de normas contradictorias, determinan una comunidad en la que no se ha regulado debidamente una situación concreta. La anomia proviene del desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, sobre todo cuando hay una contradicción entre las leyes escritas y las exigencias sociales nuevas, vinculado todo esto con una desviación social, es decir, a la existencia de modelos de conductas marginales o no permitidos (55).

La teoría durkheimiana no es la única aproximación sociológica al suicidio, existe también, la teoría de la subcultura, recogida en la obra de Halbwachs, *Les causes du suicide*. Su autor está en desacuerdo en la teoría de Durkheim en la relación de las crisis económicas con el suicidio y en la relación de los problemas mentales y suicidio. Además, a diferencia de Durkheim, Halbwachs afirmó que en el origen del acto suicida juegan una gran importancia los significados y motivos situacionales (54,56).

1.4.3. Teoría psicoanalítica

Las teorías psicoanalíticas tienen como consideración básica que los factores intrapersonales son la causa principal del suicidio. Freud no se ocupó de forma amplia y explícita del suicidio pero sí que encontramos algunas referencias a él en su *Psicopatología de la vida cotidiana*, *Duelo y Melancolía* y *Más allá del principio del placer* (40). Por ejemplo, en *Duelo y Melancolía* (Freud 1917) afirma que *‘ningún neurótico experimenta impulsos al suicidio que no sean impulsos homicidas, orientados primero hacia otras persona y vueltos luego contra el yo’*. Para Freud en la melancolía, estos impulsos se convierten en actos cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible tratarse como un objeto; esto es cuando puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia un objeto (57). Propone el suicidio como un proceso cuyo origen estaría en el deseo de matar a otro, principalmente a un ser amado y previamente introyectado, esto provocaría un sentimiento de culpabilidad que llevaría al individuo a dirigir hacia sí mismo su agresividad, matándose a sí mismo (17,57). Las aportaciones más relevantes de su obra son: que el suicidio está relacionado con el homicidio, que en la dinámica de todo suicida está presente la ambivalencia amor y odio y por último, la asociación de la agresividad y por tanto del suicidio, a la manifestación de una pulsión de muerte (54).

En la obra *El hombre en contra de sí mismo* de Menninger (1938), considerada por muchos como la mejor teorización psicoanalítica del suicidio, se desarrolla ampliamente el concepto psicodinámico de la agresión y el suicidio siguiendo a Freud.

En él se encuentran los tres componentes agresivos del mismo: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir (36). El primer elemento (deseo de matar) aparece como respuesta a una frustración originada por un ser querido y hacia el que suelen existir vínculos de identidad; es decir, siguiendo a Freud, ha sido previamente introyectado. El segundo elemento (deseo de ser matado) se produce cuando la conciencia actúa, provocando al sujeto un sentimiento de culpabilidad, y alojándose en un estado melancólico o depresivo. El tercer elemento (deseo de morir) es el que determinará la consumación del suicidio. En este punto el autor pone de relieve que a la intención consciente de morir, ha de sumarse el deseo inconsciente (40).

Para K. Horney el acto suicida se produce por una discordancia entre el '*yo real*' y el '*yo idealizado*' dando lugar a lo que él denomina como '*alienación del Yo*'. En el marco de una alienación grave, un impulso repentino de odio hacia sí mismo podría contribuir a un desenlace suicida (52,54). Finalmente, Litman incluye entre los aspectos a destacar del paciente suicida además de la hostilidad: desesperanza, inutilidad y abandono (52,58).

1.4.4. Teoría cognitiva

Las teorías cognitivas son más recientes que las anteriores y valoran como factores importantes para el paciente suicida, componentes no agresivos, como la desesperanza, huida, malestar emocional y mental intolerable, manipulación...que están presentes en la mayoría de estas personas.

El autor más importante de la teoría cognitiva es Aaron T. Beck, él la describe como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, entre ellas la depresión. Expone que la sintomatología depresiva surge progresivamente de patrones cognitivos negativos y distorsionados, a través de lo que denomina la Triada Cognitiva, en la que incluye: la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. El conjunto de esquemas relacionados con la depresión (modalidad depresiva) presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información (como generalizaciones, pensamiento dicotómico, magnificación, minimización y personalización). Estos sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, junto a la triada cognitiva producen las alteraciones a la hora de procesar la información en el paciente deprimido (59). Beck, considera la situación depresiva como fruto de la pérdida de vitalidad, a su vez efecto de la carencia de expectativas producida por sus percepciones erróneas (40). La persona puede llegar a verse a sí mismo como una carga inútil, por lo que piensa que lo mejor para todos y para sí mismo sería estar muerto (31).

1.5. Epidemiología

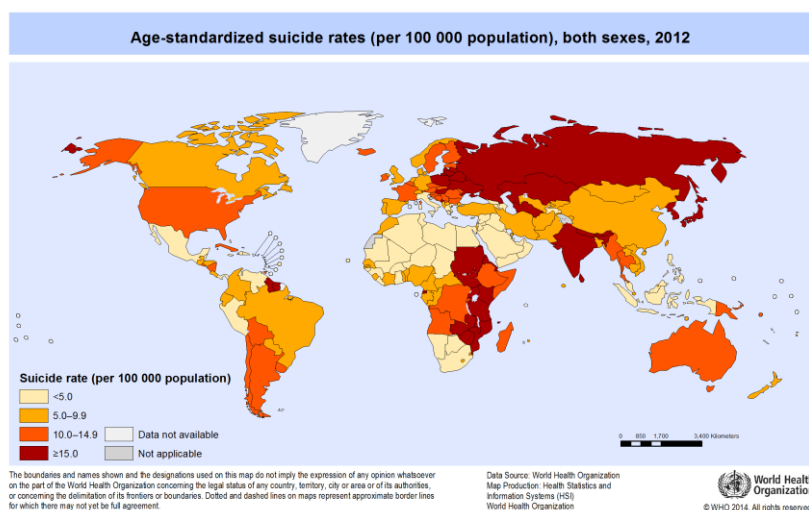
Se calcula que cada año mueren en el mundo un millón de personas a causa del suicidio, por lo que se considera una de las principales causas de muerte y un problema de salud pública importante (43,60). Según datos de la OMS, se sitúa entre las quince primeras causas de muerte a nivel mundial. En algunos países, es la segunda causa en el grupo de edad de 15 a 29 años. Su tendencia es ascendente, estimándose que en el año

2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones (61). Sin embargo, los diferentes procedimientos de registro, así como los valores sociales y las prácticas culturales de cada país, probablemente tienen efecto en el registro de defunciones y pueden conducir a errores de cuantificación del suicidio (42,62–64). En esta misma línea, algunos autores coinciden en que es difícil establecer la prevalencia de las tentativas de suicidio o parasuicidio y que en muchos países no existen datos oficiales (48,65,66) pero se estima que se producen entre 10 y 30 intentos de suicidio que no llevan a la muerte por cada suicidio consumado (39,67,68) y además estas cifras se elevan considerablemente entre los adolescentes (39,43).

La tasa ajustada de suicidios varía enormemente en función de los países (42). Las mayores tasas de suicidio, tanto en hombres como en mujeres, se dan en Europa, en concreto en Europa del Este, constituida por un grupo de países que comparten una serie de características socioculturales e históricas comunes, como Estonia, Letonia, Lituania, Hungría y Rusia (69). De todas maneras, existen otros países que comparten estas tasas elevadas de suicidio pero no las características mencionadas, como Sri Lanka o Cuba. Curiosamente, cuando se separan los datos por regiones OMS (exceptuando Europa), las tasas de suicidio más elevadas aparecen en países insulares como Cuba, Japón, Mauricio o Sri Lanka. En general, puede decirse que las tasas en América Latina son inferiores a las de EE.UU, y en el sur de Europa son más bajas que en el resto del continente europeo (60,69). Otros países con una mayoría de población con ascendencia europea, como Canadá y EE.UU, tienen tasas más elevadas. En los países asiáticos existe una

gran dispersión, pues se encuentran valores muy bajos, como en Tailandia, junto con tasas cercanas a las más elevadas en todo el mundo, como ya hemos visto en Sri Lanka o China (42). Por otra parte, una de las regiones con tasas más bajas de suicidio es el Este Mediterráneo, donde se encuentran la mayoría de los países islámicos, este hecho puede estar relacionado con que en estos países el suicidio está considerado un delito por lo tanto puede afectar la práctica del registro (60,69).

Figura 1. Tasas de suicidio a nivel mundial según la OMS (estandarizadas por edad)



*Fuente: OMS, 2014 (2)

1.5.1. Epidemiología del suicidio en Europa

Según la Comisión Europea, las tasas de suicidio en Europa varían significativamente de unos estados a otros, siendo en unos países de las más altas del mundo, mientras que en otros están entre las más bajas. Pueden ser hasta doce veces superiores en unos que en otros. Según datos de la misma organi-

zación, el suicidio es la causa de muerte prematura más importante entre los países miembros de la unión europea; se calcula que mueren por esta causa cerca de 60.000 personas al año y que nueve de cada diez casos va precedido de un trastorno psíquico (70).

1.5.2. Epidemiología de los intentos de suicidio

Determinar la tasa de intentos de suicidio resulta difícil y más aún la de la ideación suicida, esto se debe a la inexistencia de estadísticas oficiales entre los países, tanto en Europa como en el resto del mundo, para dichos términos (42,48,71,72). Hace unos años la OMS llevó a cabo el primer y más importante estudio a gran escala para obtener datos fiables y comparables de diferentes países respecto a los intentos de suicidio, el *WHO/EURO Multicentre Project on Parasuicide* (42,48). El estudio obtuvo datos de diferentes tipos de centros y estos se estandarizaron en función de la distribución de edades de la población de cada uno de los países. Los resultados reflejan una gran variación de las tasas de parasuicidio entre los países; así entre los varones las tasas más elevadas de comportamiento parasuicida se dan en Helsinki (340/100.000) y las más bajas en Guipúzcoa (20/100.000) con un ratio entre ambas ciudades de 17:1. En el caso de las mujeres, las tasas fueron más elevadas y oscilaron entre 384/100.000 en Oxford (Inglaterra) y 62/100.000 en Guipúzcoa (España). En general, puede decirse que las tasas más elevadas se observan en los países nórdicos mientras que las más bajas son las de los países latinos. Este mismo estudio muestra cómo las tasas más elevadas de comportamiento parasuicida se dan en personas jóvenes,

concretamente en la franja de edad comprendida entre los 25 y los 34 años (69).

Según un estudio más reciente, el ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), que se realizó en seis países europeos (Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España) y forma parte de una iniciativa de la OMS cuyo objetivo era mejorar el conocimiento sobre la epidemiología de los trastornos mentales, la prevalencia para la ideación suicida fue del 7.8% y para los intentos de suicidio del 1.8% (7,73,74)

1.5.3. Epidemiología del suicidio en España

Las primeras estadísticas oficiales de suicidio publicadas en España con carácter regular y periódico, recogidas por el Instituto Geográfico y Estadístico, se remontan al año 1888, aunque en aquella época, la fiabilidad de las mismas era baja y no existía separación entre los datos de los suicidios consumados y las tentativas. En 1911 este Instituto publica el sexenio de 1906-1911; esta estadística oficial se siguió publicando cada 6 años, hasta que en el año 1945 se creó el Instituto Nacional de Estadística (INE) (17). Desde entonces el INE publica anualmente los datos referidos al suicidio, que son suministrados por los juzgados de instrucción a sus delegaciones provinciales (69).

Desde mediados de los años 80 hasta finales del siglo XX, España mostró un aumento ligero de la mortalidad por suicidio al igual que Irlanda y a diferencia de la mayoría de los demás Estados de la Unión Europea (UE) (75). En los últimos años del siglo pasado, la mortalidad por suicidio en España no fue ho-

mogénea en cuanto a edad y sexo ya que hubo una disminución significativa en las mujeres y un ligero aumento en los hombres. En ambos sexos, la mortalidad tendió a subir entre los más jóvenes y a reducir en edades más avanzadas (76).

Comenzando el siglo XXI, la mortalidad por suicidio en España continua siendo de las más bajas de la UE, solamente superior a las registradas en Grecia, Chipre e Italia (77). Según datos publicados por el INE, en el período 1999-2010 hay una leve tendencia decreciente en los varones y una relativa estabilidad en las mujeres. A pesar de esto, desde el año 2008 se sitúa como la primera causa no natural de defunción, superando los fallecidos por accidentes de tráfico. Esta situación se mantiene invariable hasta el 2014, año en que murieron por esta causa 3.910 personas, 2.938 hombres y 972 mujeres. La tasa de suicidio en los hombres se situó en 12.9 fallecidos por 100.000 habitantes (78). En 2014 y por tercer año consecutivo, los suicidios vuelven a registrar en España la cifra más alta desde que se poseen datos, tanto en mujeres como en hombres. Del año 2000 al 2014 la tasa de suicidio ha aumentado un 15.2%, y por el contrario, las muertes por accidente de tráfico y las muertes por violencia de género han disminuido un 69.3% y 14.3% respectivamente, siendo las tres causas externas de muerte pero con la diferencia de que hay políticas de prevención para los accidentes de tráfico y la violencia de género, no así para el suicidio (4). Los últimos datos publicados por el INE, concretamente el 27 de febrero del 2017, confirman que las muertes por suicidio en el 2015 bajaron un 7.9% respecto al 2014, en total murieron 3.602 personas, de las cuales, 2.680 eran hombres y

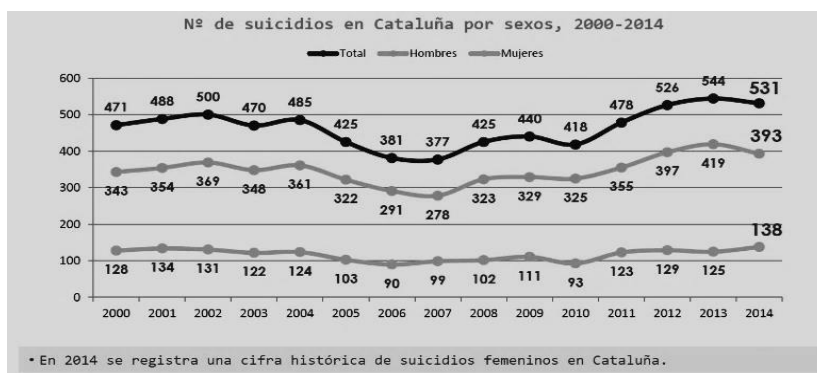
922 eran mujeres, aun así, todavía siguen duplicando las muertes por accidente de tráfico (79).

Respecto a los intentos de suicidio, es una tarea compleja conocer con exactitud el número que representan (80). Según el estudio ESEMeD en la población general española (7,73) la prevalencia estimada a lo largo de la vida de la ideación suicida, plan e intento de suicidio para el conjunto de la muestra fue del 4.4, 1.4 y el 1.5% respectivamente. Entre los individuos con ideación suicida, la probabilidad condicional de elaborar en algún momento un plan suicida fue del 33.1%, y la de realizar un intento suicida, del 33.9%. La probabilidad de realizar un intento entre los que presentaban la ideación suicida y habían elaborado un plan suicida fue claramente superior (73%) a la de quienes no tenían plan (14.4%; $p < 0.001$) (7).

1.5.4. Epidemiología del suicidio en Cataluña

En Cataluña la tasas de suicidio mantuvieron una tendencia ligeramente decreciente des del 2002 hasta el 2007, y fue a partir de entonces cuando la tasa de mortalidad por esta causa creció una media anual del 3.6% hasta el año 2013 (81).

Figura 2. Evolución de la tasa de mortalidad estandarizada por edad (por 100.000h) por suicidio i autolesiones, por sexos (2000-2014)



*Fuente: Observatorio del suicidio (2014)(4)

Según el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT) en el año 2014 se produjeron un total de 531 muertes por suicidio, de las cuales 393 fueron hombres y 138 mujeres; lo cual representa el 13.6% del total de muertes por suicidio de España (82). En 2014 se produjeron 13 suicidios menos que en 2013, aunque la realidad es diferente según sexos: se produjeron 26 suicidios menos en hombres (-60.2%) y 13 más en mujeres (+10.4%) (4).

El suicidio es la primera causa de muerte prematura en jóvenes, de 25 a 45 años, en ambos sexos y como en el resto del país y del mundo, supone un grave problema de salud pública. La OMS previene que para el 2020 representará un 2.4% del total de carga de enfermedad en los países desarrollados (versus el 1.8% del año 1998) (83).

1.6. Factores de riesgo de la conducta suicida

El suicidio es el resultado de la confluencia de un sinnúmero de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico de conductas suicidas que irían desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado (84). Las variables que intervienen en la producción de una conducta suicida son muchas, e incluyen factores genéticos y biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales, de manera que estas pueden actuar como predisponentes o precipitantes del comportamiento (84,85).

1.6.1. Factores sociodemográficos

Edad

De acuerdo con algunos autores (86,87) uno de los hechos más básicos acerca del suicidio es que su riesgo aumenta en función de la edad. Pero a pesar de esto, es extremadamente raro en niños menores de 12 años y empieza a ser más común después de la pubertad, con una incidencia cada vez mayor en la adolescencia (48).

Las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años o más, tanto entre hombres como entre mujeres, en casi todas las regiones del mundo (2,43,88,89). En algunos países, las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (2). Respecto a los intentos de suicidio, hay un aumento significativo del riesgo de autolesión durante la adolescencia y entre los adultos jóve-

nes (43) y la incidencia más alta se encuentra en el rango de edad de 18 a 24 años (88).

Sexo

Según la revisión de diferentes estudios sobre el tema, la tasa más elevada de suicidios consumados se da en el varón (43,65,90–92) con una frecuencia de 2 a 3 veces mayor que las mujeres (85). En cambio, la frecuencia de intentos de suicidio es mayor en las mujeres (41,65,90,92). Coincidiendo con estos datos, un estudio llevado a cabo en la UE reportó que la prevalencia era mayor entre las mujeres jóvenes. España estaba entre los países que tenían las tasas más bajas de ideación suicida junto con Italia (64), pero aun así, según Gabilondo et al. (7) y siguiendo los resultados del mismo estudio, las mujeres españolas parecen tener especial riesgo de plantearse el suicidio o de elaborar un plan, a pesar de lo cual, no muestran un mayor riesgo de realizar un intento de suicidio. Estos mismos autores coinciden con otros anteriormente citados en cuanto a que el suicidio consumado es más frecuente entre los varones. Otro estudio realizado en el norte de España coincide con lo mencionado anteriormente y muestra una mayor frecuencia de intentos de suicidio en las mujeres (93).

En EEUU, para el suicidio consumado el ratio hombre mujer era de 4 a 1 y para los intentos de suicidio, a pesar de que no existen datos oficiales, se estima que había entre 10 y 25 intentos de suicidio por cada uno de consumado (39). En los países desarrollados en general, el ratio hombre/mujer para el suicidio está entre 2 y 4:1, y parece que está creciendo.

Los países Asiáticos, muestran un ratio menor hombre/mujer, pero igualmente están creciendo estos datos, excepto en China, donde mueren más mujeres que hombres por suicidio (60).

Estado civil

La influencia del estado civil y la familia en la conducta suicida fue reconocida ya a finales del siglo pasado por Durkheim (33), quien pensaba que la integración en una unidad familiar suponía la subordinación de un individuo a los intereses del grupo familiar, lo que disminuía la tendencia al individualismo y, en consecuencia al suicidio (42). Según esta perspectiva, el matrimonio parece actuar como un factor protector frente al suicidio, tanto en mujeres como en hombres y especialmente si se tienen hijos (90,94). En cambio, en otros estudios se ha encontrado que el hecho de estar soltero, viudo o separado era un factor de riesgo más alto para los hombres que para las mujeres que vivían en las mismas condiciones o sólo lo era en las mujeres de 20 a 34 años (95,96).

Algunos artículos coinciden que el hecho de estar soltero/a, divorciado/a y viudo/a aumenta el riesgo de cometer el suicidio (41,65). En lo que respecta a la tentativa de suicidio, la relación entre el estado civil y la comisión de tentativas parece variar en función de la edad y del sexo; de modo que las tasas más elevadas se encuentran en mujeres adolescentes y jóvenes, tanto solteras como divorciadas (85).

Estatus socioeconómico

Las tasas de suicidio son altas entre la gente con situaciones precarias de empleo (41) o desempleada (89,90), aunque las

razones de esta asociación son complejas. En parte, las altas tasas están asociadas a la enfermedad mental, que contribuye al riesgo de los dos conceptos, desempleo y suicidio. Entre las personas con empleo, algunos grupos ocupacionales están en mayor riesgo de suicidio; por ejemplo, los médicos, las enfermeras, los veterinarios, dentistas, farmacéuticos, policías y granjeros. El riesgo entre estos profesionales parece estar relacionado con el fácil acceso a los métodos para el suicidio (43,60,65). Un bajo estado socioeconómico, un bajo nivel de educación, pocos ingresos y vivir en la pobreza, son todos factores de riesgo para realizar un intento de suicidio (41).

Salud física

El suicidio está asociado a una pobre salud física y a las discapacidades; entre los diversos desordenes físicos relacionados se encuentran: el cáncer, el VHI/SIDA, la enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, epilepsia, enfermedades renales, lupus eritematosos y el dolor (60,97). Según un estudio realizado en la población europea, se encontró que las personas que hacían un intento de suicidio, a menudo sufrían alguna enfermedad física, concretamente el 42% de los pacientes consideró que su enfermedad física había sido el desencadenante del intento de suicidio y el 22% consideró que era importante (98). La presencia de comorbilidad está asociada también con el aumento de depresión, tanto para hombres como para mujeres. Aunque esta afirmación se hace más evidente para las mujeres a lo largo de la vida, ya que según Montesó et al, un 64.9% de las mujeres que presenta comorbilidad presenta depresión mientras que solo un 35% de las que no presenta comorbilidad

tiene depresión. Por otra parte, en los hombres la comorbilidad aumenta la depresión después de los 65 años (99).

Creencias religiosas

El 25% de los pacientes que participaron en un estudio, afirmaron que sus creencias religiosas los protegieron de intentar suicidarse (100). En otro, realizado a 370 pacientes con diagnóstico de depresión, se observó que los que no tenían una creencia religiosa habían tenido más intentos de suicidio a lo largo de su vida (101). También se encontró en otra investigación, que las objeciones morales fueron claramente un factor protector entre los pacientes depresivos que no se habían producido una autolesión anteriormente, de los que sí se la habían producido (102).

Estrés y acontecimientos vitales importantes

El suicidio es comúnmente precedido por acontecimientos vitales estresantes que actúan durante períodos de tiempo más o menos prolongados, lo cual ha recibido el nombre de “carrera suicida” (84). Estos acontecimientos pueden ser, entre otros, problemas de interacción, de salud y por pérdidas o rupturas afectivas (41,60). También se ha observado aunque con menor frecuencia, que los problemas económicos y laborales son un factor de riesgo importante para la conducta suicida (43,97).

Antecedentes familiares de suicidio

Numerosos estudios han confirmado el destacado papel que desempeñan las conductas suicidas en la familia como factor de riesgo suicida. La disfunción familiar durante la infancia, la separación parental, la presencia de psicopatología y de histo-

ría suicida en los padres, así como los abusos infantiles y la relación conflictiva padres e hijos, son factores que se asocian a un incremento del riesgo de conducta suicida (41,85,103). Por último, parecen existir factores genéticos que influyen en la determinación de las conductas suicidas, aunque junto a ellos participan otros factores familiares de carácter no genético (104).

Inmigración

La inmigración, unida al desarraigo y el aislamiento, supone un factor de riesgo de comportamientos suicidas, aunque este riesgo disminuye cuando se emigra con toda la familia (84,85). Los inmigrantes pueden tener mayores tasas de psicopatología y conductas suicidas que la población de acogida debido al estrés del proceso de emigración. El final de los vínculos con su país de origen, la pérdida de condición y de red social, un sentido de inadecuación debido a la barrera idiomática, el desempleo, los problemas financieros y los sentimientos de exclusión, pueden producir problemas psiquiátricos como la depresión, la ansiedad, el trastorno por estrés postraumático, la adicción al alcohol y las drogas y las conductas suicidas (105). Hay que tener en cuenta que existen diferencias culturales en la incidencia de la conducta suicida, la influencia de la cultura en los métodos utilizados y las razones para hacerlo. A pesar de que estas diferencias culturales pueden ser el resultado de las diferencias fisiológicas entre los miembros de las diferentes culturas, las explicaciones más plausibles involucran las variables psicológicas y sociales (106).

Nivel educativo

En general, se considera que el nivel educativo no tiene un papel determinante en el comportamiento suicida. Aun así, lo cierto es que en algunos estudios se encuentra un nivel educativo más bajo en las personas que intentan o consuman el suicidio (85).

1.6.2. Factores de temporalidad y método utilizado

Hora, día y mes de la conducta

El intervalo comprendido entre la tarde y la noche es para algunos investigadores el horario de mayor riesgo suicida (94,107). Respecto a los días de la semana, según algunos autores los intermedios de la semana parecen ser los más señalados para llevar a cabo las conductas suicidas (94), en cambio otros investigadores afirman que los días más proclives son los del fin de semana (107) y coincidiendo con estos últimos, un estudio ya mencionado anteriormente, analizó los intentos de suicidio que acudieron al servicio de urgencias durante 5 años y reportó que no había una distribución homogénea por días de la semana (el de menor incidencia fue el miércoles) (93).

En referencia a los meses del año, las estadísticas ponen de manifiesto que las tasas de suicidio son más bajas en los meses de invierno, incrementándose de forma gradual a medida que se acerca la primavera, y con picos durante los meses de mayo y junio (94), aun así, en algún estudio no se encuentra una asociación específica entre los intentos y la época o el mes

del año, encontrándose una mayor frecuencia en agosto pero sin una significación estadística importante (92).

Método utilizado

En general, los hombres tienden a escoger métodos más violentos (ahorcamiento, armas de fuego, ingesta de organofosforados) (2,92) y las mujeres menos violentos (intoxicaciones medicamentosas) (2,60,89). El método más comúnmente utilizado, como algunos estudios demuestran, es la intoxicación farmacológica (92,108,109) y se ha demostrado, en algunos estudios realizados en nuestro país, como por ejemplo los llevados a cabo por Domínguez Fernández, Jiménez Morón o José María de la Casa, que el fármaco más utilizado fueron las benzodiazepinas (108–110).

1.6.3. Factores de riesgo clínico

El suicidio es la complicación más grave de la enfermedad mental; la mortalidad más alta corresponde con los trastornos depresivos, seguidos de los trastornos psicóticos, los trastornos por abuso de sustancias, especialmente el alcohol y el trastorno límite de la personalidad (43,60,93,97). La presencia de múltiples trastornos psiquiátricos concomitantes está asociado especialmente a un alto riesgo de cometer una conducta suicida (41,43).

Basándose en la investigación de la autopsia psicológica, cuya información se recoge una vez la persona se ha suicidado, hay evidencia de que más del 90% de las personas que se suicidan padecían una enfermedad mental (41,43,65). Según la encuesta de salud mental de la OMS llevado a cabo en 21 países, el

51% de las personas que habían tenido ideas de suicidio serias padecían una enfermedad mental (111).

Trastornos del humor

Sobre un 4% de individuos que padece depresión muere por suicidio, pero el riesgo más alto se encuentra entre los varones y en quien necesita una hospitalización psiquiátrica, especialmente por un intento de suicidio. Los predictores clínicos de suicidio en las personas con un trastorno depresivo mayor también incluyen una historia de intentos previos, altos niveles de desesperanza y altos valores en tendencias suicidas (60).

En el estudio ESEMeD, se evidencia un mayor riesgo global entre las personas que presentaban un trastorno del humor tanto para las ideas, planes o tentativas de suicidio con unas OR de: 5.3, 6.6 y 6.8 respectivamente. Considerando solo el intento de suicidio, este trastorno continuó siendo el de mayor riesgo (OR: 6.8) (7,64).

Una revisión de 31 estudios que incluían cerca de 15.000 casos de suicidio, reportó que el 98% padecía un trastorno mental. Concretamente, un 35% padecía trastornos del humor, un 22% trastorno por abuso de sustancias, un 11% esquizofrenia y un 12% un trastorno de la personalidad (65).

Según Alberedi Sudupe J et al, quien analizaron los episodios de intentos de suicidio atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general durante diez años (1997-2007), encontraron un riesgo mayor en los trastornos del humor con un OR: 7.49, seguidos de los trastornos de personalidad, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (87). En otro estudio realizado en

Madrid, en el perfil de los pacientes que acudían a urgencias por un intento de suicidio, el 66% presentaba antecedentes de un trastorno psiquiátrico y de estos el 28.7% tenía un trastorno depresivo, seguido de los trastornos de personalidad (108). Respecto al trastorno bipolar, entre 10-15% de los pacientes mueren por suicidio, comúnmente en las etapas tempranas de la enfermedad (60).

Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto

Los trastornos de la personalidad constituyen un factor de riesgo predictor de suicidio consumado y su presencia multiplica por 7 el riesgo de suicidio de la población general. Más de un tercio de los sujetos que consuman el suicidio –y hasta tres cuartas partes de los que lo intentan—presentan un diagnóstico de trastorno de personalidad. Entre los trastornos de personalidad, los del grupo B, y especialmente el trastorno límite, son los que presentan mayor riesgo suicida (42,112).

Entre el 5 y el 10% de los pacientes con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) fallecen por suicidio consumado (113,114), la mayoría de ellos ocurren en los primeros cinco años tras el debut.

Trastornos esquizofrénicos

La psicosis es un factor de riesgo que se asocia con la ideación suicida, los intentos y el suicidio consumado. Se ha señalado que un 10% de los pacientes esquizofrénicos se suicidan y que entre un 20-40% realizan tentativas suicidas. El suicidio consti-

tuye la principal causa de muerte prematura entre los pacientes esquizofrénicos (115,116).

Un estudio prospectivo realizó el seguimiento durante 30 años de 700 pacientes que habían ingresado en una unidad de agudos por ideación suicida o intento de suicidio, entre los que murieron 297, de los cuales 55 lo hizo por suicidio. De estos últimos, un 44% padecía un trastorno psicótico, seguido por un 30% un trastorno depresivo (117).

Otro estudio realizado en una unidad de corta estancia, donde se estudió el riesgo suicida en pacientes psicóticos, concluyó que la edad de inicio de la enfermedad temprana, antes de los 20 años, se asocia con una mayor riesgo de suicidio, así como la evolución de la enfermedad de más de 11 años. Además, de sus conclusiones se desprende que un mayor número de ingresos hospitalarios psiquiátricos es un importante predictor de mayor riesgo, especialmente en el sexo masculino. Y por último, el estudio también detectó que existe una tendencia hacia una mayor prevalencia de consumo de sustancias en estos pacientes y que la dimensión “búsqueda de novedades” relacionada con la impulsividad no se correlaciona con el riesgo suicida en los pacientes psicóticos (118).

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas

El consumo de alcohol, especialmente el patrón de dependencia, está fuertemente asociado con el riesgo de suicidio (60,65,89,91). También el abuso de otras sustancias tóxicas se considera un factor de riesgo tanto para el estado de ánimo depresivo, las ideas de suicidio y las autolesiones (91).

En el estudio ESEMeD, los riesgos por el trastorno por abuso de alcohol también fueron elevados especialmente para la elaboración de planes suicidas (OR: 10.0), quedando comparativamente algo más atenuado el riesgo de tentativa (OR: 4.9), que no obstante, siguió siendo importante (7). Además si al abuso de alcohol le sumamos un episodio depresivo es el mayor determinante para la progresión de la ideación suicida al intento de suicidio, según el mismo estudio (64).

Según Martínez Ortega, donde buscaban la asociación entre el consumo de cannabis entre los adolescentes y su relación con el suicidio concluyeron que dicho consumo podría actuar como factor causal indirecto de suicidio, al generar o favorecer otras situaciones (como el consumo de otras sustancias adictivas o la aparición de morbilidad psiquiátrica o física) que indirectamente incrementaría el riesgo de suicidio. En concreto, la exposición al cannabis en sujetos con algún tipo de alteración neurobiológica en su sistema endocannabinoide predispondría al consumo de otras sustancias adictivas (como el alcohol) o el desarrollo de patología psiquiátrica (psicótica o afectiva) que incrementarían el riesgo de suicidio (119).

Antecedentes de intentos anteriores

En diversos estudios sobre los factores de riesgo de la conducta suicida, la historia de autolesiones o intentos de suicidio anteriores es el predictor más fuerte, presente en el 40% de los casos (60,87,89,91).

En otro estudio se observó una fuerte correlación entre antecedentes de tentativa de suicidio y antecedentes psiquiátricos (97%), en tanto que cuando estos antecedentes psiquiátricos no estaban presentes, en el 94% de los casos el episodio atendido en urgencias se trataba de la primera tentativa (93). Según Domínguez Fernández et al, quienes realizaron un estudio con una muestra de 150 pacientes, el 56% tenía historia de tentativas de suicidio anteriores y de ellos el 83.5% había realizado el intento anterior en un tiempo inferior a un año (108).

1.7. Intentos de suicidio y servicio de urgencias

Como hemos visto en los factores de riesgo, uno de los predictores más fuerte para la consumación del suicidio es la historia de autolesiones o de intentos. Dada la gravedad de este elemento, hay que ser conscientes de los sentimientos que despiertan en nosotros ciertas personas que intentan suicidarse a menudo y con las cuales nos encontramos en nuestra práctica diaria. Hace falta aprender a reconocer y manejar los sentimientos que estos pacientes nos provocan y que pueden interferir en una correcta evaluación y asistencia de los mismos (87).

Según algunos autores, las autolesiones son una de las razones más comunes por las cuales se acuden a los servicios médicos y esto puede ayudar a explicar algunas actitudes negativas que a menudo encontramos entre los médicos y enfermeras. La mayoría de los casos (85%) supone el auto envenenamiento, siendo el paracetamol ingerido en un 30-50% de los episodios (90,91). También sabemos que las personas que

están contemplando el suicidio, lo expresan de alguna manera, ya sea con una alarma verbal o de comportamiento (2). Por ejemplo, en un estudio multicéntrico llevado a cabo en Inglaterra y Gales, 4859 de los suicidios estudiados, habían tenido contacto previo con los servicios de psiquiatría en los doce meses anteriores a su muerte (65). Por todo ello hay que prestar especial atención a las personas que llegan a los servicios de urgencias y sobretodo tomarnos en serio su comportamiento, más allá de la idea que nosotros/as tengamos al respecto. Para ello hace falta (120):

- Controlar y documentar de manera constante la gravedad de los signos del paciente correspondientes al suicidio.
- Valorar de manera sistemática los pensamientos, las ideas y los impulsos relativos al suicidio.
- No aceptar razones [por su parte] aparentemente lógicas.
- Preguntar al paciente, a sus familiares y a sus amigos respecto a cualquier comentario o signo de alarma que pueda indicar un riesgo de suicidio.

Y además, es necesario establecer programas de seguimiento de estas personas después de su atención en urgencias para poder prevenir los nuevos intentos y con ello el suicidio. En Cataluña, se han llevado a cabo algunos programas de prevención, en el marco de la European Alliance Against Depression (EAAD) (121), un proyecto desarrollado en diferentes países europeos del cual forma parte España, creado para la prevención del suicidio y basado en la actuación a cuatro niveles

(información al ciudadano, cooperación con médicos de familia y pediatría, cooperación con otros estamentos e intervención en grupos de riesgo). Un ejemplo de ellos es el Programa de prevención de la conducta suicida del sector *Dreta de l'Eixample* dirigido por la Dra. Tejedor (122) el cual concluyó en una significativa reducción de la recidiva de la conducta suicida y de las hospitalizaciones, además de una detección precoz de las ideas suicidas (123) y el Programa de Gestión Telefónica de casos llevado a cabo en la Corporación Sanitaria *Parc Taulí de Sabadell* dirigido por el Dr. Palao (124).

1.8. Factores protectores del suicidio

Como hemos visto anteriormente, la bibliografía muestra varios factores de riesgo que se pueden asociar a la conducta suicida, pero también hay evidencia de que existen factores protectores de estas conductas como por ejemplo las creencias y la práctica religiosa, así como la espiritualidad se han asociado a un descenso de la probabilidad de hacer un intento de suicidio. También la percepción de soporte social y familiar (39,41,43,125), y el estar en cinta o tener hijos pequeños en el hogar también se han descrito como protectores del suicidio (89). La participación social, la accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y las restricciones a la hora de adquirir armas o medicamentos potencialmente letales son otros de los factores protectores frente a las conductas suicidas (8). Además en las últimas décadas se ha demostrado la influencia directa que el bienestar subjetivo tiene cómo una variable moduladora del continuo salud-enfermedad. En este sentido, si la salud mental positiva está relacionada con una mejor

regulación de los procesos biológicos y con una mejora de la respuesta neuronal a los estímulos negativos, promover los factores protectores que incrementan el estado de bienestar puede ser una buena solución para aquellas personas que de forma no espontánea tienen peores perspectivas de vida o sufren algún tipo de enfermedad mental (126).

1.9. Estrategias de prevención

Según los datos anteriormente comentados, hemos visto que la conducta suicida y el suicidio consumado son un importante problema de salud pública los cuales, se merecen una especial atención por parte de las administraciones de los diferentes países. En una revisión sistemática sobre los programas de prevención del suicidio, la restricción de acceso a los métodos letales (65) y el entrenamiento de los médicos para reconocer y tratar la depresión y el comportamiento suicida, mostraron un impacto favorable en la reducción de las tasas de suicidio (127).

Un 40% de las personas que se suicidaron habían visitado al médico unas semanas antes de la muerte, por lo tanto son importantes los programas de entrenamiento para los médicos generalistas (60). Según Montesó et al, la depresión está infra-diagnosticada e infra-identificada por el sistema sanitario y por los propios pacientes. Por ello, tanto los médicos como enfermeras deben estar formados para ayudar en la detección e identificación precoz, teniendo en cuenta los estereotipos y estigmas propios de la cultura en que viven (128).

Como hemos visto, padecer un trastorno del humor está altamente relacionado con el riesgo de realizar un intento de suicidio o un suicidio consumado, seguidos de los trastornos por abuso de alcohol. Esto tiene una implicación importante de salud pública, ya que indica que los programas de prevención de suicidio tendrían que centrarse mayoritariamente en las personas con un trastorno depresivo mayor (64).

Algunos elementos clave del desarrollo de una estrategia nacional de prevención del suicidio consisten en hacer de la prevención una prioridad multisectorial que incluya no solo el sector de la salud sino también los de la educación, el empleo, el bienestar social, la justicia y otros. La estrategia debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país y establecer mejores prácticas e intervenciones basadas en datos científicos con un abordaje integral. Deben asignarse recursos para lograr objetivos a corto, mediano y largo plazo y debe haber una planificación eficaz; la estrategia debe evaluarse regularmente, y los resultados de su evaluación deben utilizarse para la planificación futura. La falta de una estrategia nacional integral plenamente desarrollada en un país no debe obstaculizar la ejecución de programas focalizados de prevención del suicidio porque estos pueden contribuir a una respuesta nacional. En este tipo de programas se procura identificar a grupos vulnerables en riesgo de suicidio y mejorar su acceso a los servicios y recursos (2).

En Portugal, en el contexto del proyecto de Prevención del Suicidio en Ambiente Escolar “+Contigo”, un grupo de enfermeras/os diseñó e implementó cursos de formación destinados a profesionales de salud de los Cuidados de Salud Primarios y específicamente profesionales de los equipos de salud escolar. El curso de formación “+Contigo” está organizado alrededor de tres ejes temáticos: adolescencia, depresión y comportamientos suicidas. De acuerdo con sus resultados, se concluyó que dichos programas demostraron cambios positivos en el conocimiento y actitudes sobre el suicidio y estos últimos, contribuyeron a la detección precoz de personas con riesgo de suicidio para mejorar su adherencia al tratamiento y seguimiento adecuados (129). Igualmente en Portugal y también dirigido por el Dr. Santos, elaboraron una Guía de Orientación de Buenas Prácticas para la Prevención de la Sintomatología Depresiva y Comportamientos de la esfera del Suicidio (Guía Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária) con el objetivo de contribuir a la mejora de la práctica clínica de enfermería (130).

En Cataluña, el 17 de diciembre del 2013 el Departamento de Salud, presentó el Código Riesgo Suicido (CRS) un programa para la prevención que se implementó en el año 2014, con un enfoque global. Los objetivos de este código son disminuir la mortalidad por suicidio, aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida y prevenir la repetición de intentos en los pacientes de alto riesgo (131). Dicho código cuenta con dos experiencias piloto ya mencionadas anterior-

mente, la primera de estas es la del Hospital Sant Pau y el Centro de Salud Metal de la *Dreta l'Eixample* (122) y el *Parc Taulí* de Sabadell (124) pioneros en el seguimiento de los casos de suicidio y reconocidos por la Comisión Europea como ejemplos de buenas prácticas asistenciales (132). Además, según el Plan de Salud de Cataluña, se pretende reducir la tasa de mortalidad por suicidio por debajo de las del 2010 (5).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo II: Justificación del

Mito: *“Hablar de suicidio es una mala idea y puede ser interpretado como un estímulo”*

Criterio científico: El hecho de hablar con una persona que está contemplando el suicidio sobre sus ideas, ofreciendo razonamientos favorables y positivos sobre la vida, lejos de incitarle a pasar al acto, puede hacerle sentir reconfortado y hacerle replantear su decisión (13–16,133–135).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

2. Justificación del estudio

El suicidio además de ser una de las principales causas de muerte a nivel mundial y un importante problema para la salud pública, es una tragedia personal y familiar que causa un gran sufrimiento a la persona que lleva a cabo una conducta suicida y también a todas aquellas que están a su alrededor. Sus vidas quedan afectadas a nivel emocional, social y económico, sobre todo si el resultado de la conducta resulta mortal. Con todo esto se hace imprescindible el hecho de emprender estrategias eficaces para su prevención.

Las enfermeras en general y las que trabajamos en salud mental en particular, tenemos un papel fundamental para la prevención de las conductas de riesgo. Por nuestra formación, los profesionales de enfermería estamos capacitados para prestar cuidados al individuo, a la familia y a la comunidad, para promover la salud mental, prevenir la enfermedad, afrontar las patologías mentales y ayudar a la personas a la readaptación. Nuestra función principal es la de ayudar al enfermo a recuperar aquellas parcelas que, previamente se han identificado como anómalas o deficitarias, prevenir las recaídas, prestar educación para la salud, colaborar en las terapias planteadas y los programas establecidos, hacer un seguimiento continuo del enfermo y asesorar y apoyar a la familia y la comunidad.

Si a todo ello le sumamos la importancia que le dan los expertos en suicidio al hecho de conocer el perfil de riesgo de las personas con ideas, planes o intentos de suicidio, así como las características del intento, vemos de gran importancia los resultados de este estudio, para identificar de manera precoz a las

personas en riesgo y con ello diseñar estrategias de intervención específicas para la población a quien van destinadas, con las cuales se puedan mejorar el abordaje de este problema. Todo ello, teniendo en cuenta las necesidades de las personas, ofreciéndoles un seguimiento a corto/medio plazo y facilitándoles el acceso a los centros de salud, para que con un trabajo multidisciplinar, prevenir la repetición de los intentos de suicidio disminuyendo así el sufrimiento de las personas afectadas y mejorando su calidad de vida.

Por último, señalar que este estudio está en consonancia con las líneas de actuación propuestas por la OMS en sus programas de prevención del suicidio, así como los referidos por el Plan de Salud de Cataluña, horizonte 2020.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo III: Objetivos de la investigación e hipótesis

Mito: *“Las personas que hablan de suicidio no llegan a suicidarse”*

Criterio científico: Alrededor del 75% de las personas que se suicidan hicieron alguna advertencia anteriormente, ya sea explícitamente o con amenazas, gestos o cambios de conducta. Los comentarios acerca del suicidio constituyen un factor de riesgo importante, nunca deben ser ignorados (13–15,89,120,133–136).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivos generales

1. Evaluar las diferencias en las características socio-demográficas, clínicas y en los factores de temporalidad entre las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio y las personas que acudieron por otros motivos.
2. Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio.
3. Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por otros motivos diferentes al intento de suicidio.
4. Averiguar si hay diferencias entre sexos y las características del intento de suicidio.

3.1.2. Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de las personas que acuden a las urgencias de salud mental por un intento de suicidio en las Terres de l'Ebre (edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel educativo, actividad laboral, dificultades económicas, lugar de residencia habitual, problemas de interacción y sobrecarga del cuidador).

2. Describir el perfil sociodemográfico de las personas que acuden a las urgencias de salud mental por otros motivos en las Terres de l'Ebre (edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel educativo, actividad laboral, dificultades económicas, lugar de residencia habitual, problemas de interacción y sobrecarga del cuidador).
3. Averiguar si el consumo de tóxicos es superior en el grupo que acude por una conducta suicida.
4. Explorar las diferencias en las frecuencias de los trastornos mentales entre las personas con conductas suicidas y las que acuden por otros motivos.
5. Definir los factores de temporalidad (hora, día, mes y estación) relacionados con el intento y con las consultas por otros motivos.
6. Especificar las diferencias en el método más frecuentemente utilizado para el intento de suicidio entre hombres y mujeres.
7. Conocer las diferencias en la intencionalidad suicida entre hombres y mujeres.
8. Averiguar las diferencias en la derivación entre hombres y mujeres que han realizado una conducta suicida.

3.2. Hipótesis

1. Las personas que acuden al servicio de urgencias por haber efectuado una conducta suicida presentan unas características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad diferentes a las que han sido atendidas en urgencias por otros motivos.

2. Existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio.
3. Existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por otros motivos diferentes a un intento de suicidio.
4. Las características del intento de suicidio son diferentes entre hombres y mujeres.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo IV: Metodología de la investigación

Mito: *“La persona que se suicida o intenta suicidarse desea morir”*

Criterio científico: A menudo las personas con pensamientos suicidas se sienten ambivalentes entre la vida y la muerte, desean morir porque no pueden seguir viviendo del modo en que viven, si se produjeran cambios en su vida esa situación podría cambiar. Lo que queda claro es que quieren dejar de sufrir (14–16).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

4.1. Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal analítico debido a que tanto la tentativa de suicidio (efecto) como toda la información del estudio, se recogió de las hojas de urgencias como posibles variables asociadas al intento de suicidio (causa), ambas se recogieron simultáneamente, por tanto se focalizó en la situación en ese momento del paciente. Para ello, se seleccionaron dos muestras, las personas que acudieron al servicio de urgencias cuyo motivo de consulta fue un intento de suicidio y el resto de personas atendidas por otros motivos de consulta durante el mismo periodo de tiempo, del 1 de enero del 2007 al 31 de julio del 2014.

El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante la calculadora de tamaño muestral GRANMO Versión 7.12. El cálculo se llevó a cabo para detectar un mínimo de un 10% de diferencias entre los individuos que ingresaron por un intento de suicidio y los que lo hicieron por otros motivos. Como valor de referencia para el cálculo se utilizó el porcentaje de individuos que sufren trastornos de humor, ya que estos son considerados una de las principales razones asociadas a los intentos de suicidio, entre ellos la depresión. El porcentaje de referencia se obtuvo de una prueba piloto que se hizo con anterioridad al estudio, y fue alrededor del 40%.

Para el cálculo se aceptó un riesgo Alfa de 0.05 y un riesgo Beta inferior al 0.2 en un contraste bilateral, siendo necesarios 484 sujetos en cada grupo para detectar como estadísticamente significativo la diferencia entre la proporción de individuos que acudieron por un intento de suicidio (0.4) y

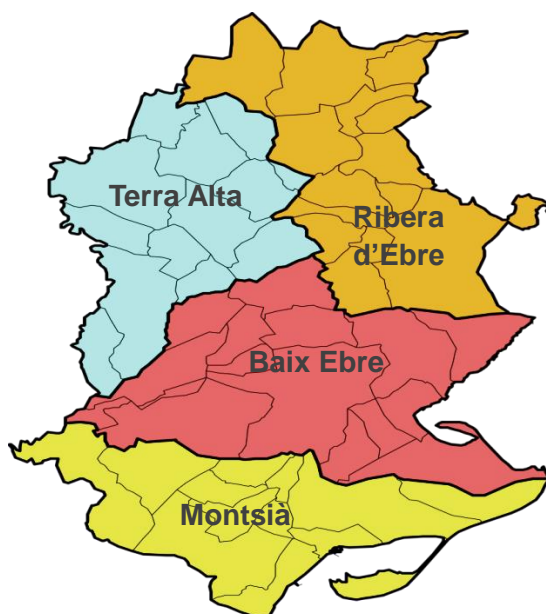
los individuos que acudieron por otros motivos (0.5). Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

Finalmente recogimos 498 que habían acudido al servicio de urgencias por un intento de suicidio y 502 que habían acudido por otros motivos, según los criterios de inclusión y exclusión.

4.2. Ámbito de estudio

La unidad pertenece a la Región Sanitaria Terres de l'Ebre, ubicada en la provincia de Tarragona y conformada por cuatro comarcas: Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre y Terra Alta, además de los municipios de la Bisbal de Falset y Margalef que son de la comarca del Priorat pero pertenecen a ABS de Flix (Ribera d'Ebre). Dicha Región abarca 54 municipios con un total de 192.163 habitantes, lo que representa el 2,54% de la población total de Catalunya.

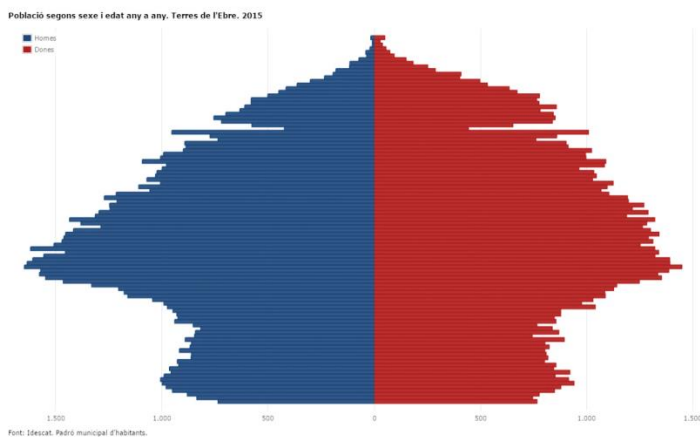
Figura 3. Mapa de la región Sanitaria Teres de l'Ebre



El número total de habitantes de la región es de 191.826, de los cuales 97.761 (50.96%) son hombres y 94.065 (49.04%) son mujeres (año 2012). *

* La diferencia entre el número total de habitantes es de 337 y hace referencia a los dos municipios que pertenecen a la comarca del Priorat (137).

Figura 4. Pirámide de población de la Región Terres de l'Ebre
(elaboración propia a través de los datos del Idescat)



4.3. Población y muestra

Para la realización del presente estudio se utilizó una muestra de 1000 sujetos, los cuales acudieron al servicio de urgencias de la *Unitat Polivalent Terres de l'Ebre* (UPTE) de Amposta, durante el periodo del 1 de enero del 2007 al 31 de julio del 2014 y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión planteados.

- Criterios de inclusión:
 - Realización de un intento suicida “acto suicida cuyo resultado no fue la muerte”(12).
 - Historias donde conste un mayor número de los datos requeridos en la hoja de recogida.
- Criterios de exclusión: ser menor de edad.

Dicha unidad consta de una red ambulatoria de adultos, Centro de Salud Mental Adultos (CSMA) y de niños y jóvenes menores de edad, Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ), una unidad de hospitalización de agudos, una de media estancia y un servicio de urgencias hospitalarias. Además de un hospital de día de adultos (HDA), un hospital de día infanto-juvenil (HDIJ) y dos centros de día (CD).

El servicio de urgencias hospitalarias atiende las demandas psiquiátricas urgentes vinculadas al servicio de hospitalización de agudos. Es centro de referencia para las demandas de atención urgente en todo el territorio de la región, no solo en referencia a la atención asistencial directa, sino también en asesoramiento y consejo para el resto de recursos sanitarios de la red pública.

4.4. Variables objeto de estudio

La variable dependiente o principal **del estudio**:

- Motivo de consulta: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (intento de suicidio/otros motivos de consulta).

Las variables **independientes o secundarias** del estudio se agruparon en tres grupos:

4.4.1. Variables relacionadas con las características sociodemográficas

- Edad: variable cuantitativa abierta según cifra actual.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (hombre mujer).
- Estado civil: variable cualitativa con posibilidad de cuatro respuestas (soltero/a, viudo/a, separado/a, pareja/casado-a).
- Convivencia: variable cualitativa con posibilidad de cinco respuestas (solo/a, pareja/hijos, padres, institución, otros).
- Nivel educativo: variable cualitativa con cuatro posibilidades de respuesta (sin escolaridad, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores).
- Actividad laboral: variable cualitativa con cinco posibilidades de respuesta (activo, inactivo, desempleado c/p, desempleado s/p, de baja o discapacidad).
- Dificultades económicas: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Lugar de residencia habitual: variable cualitativa con posibilidad de cuatro respuestas (Baix Ebre, Montsia, Terra Alta, Ribera d'Ebre).
- Nacionalidad: variable cualitativa dicotómica (Española o Extranjera).

- Problemas de interacción: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Problemas de interacción, con quien: variable cualitativa con siete posibilidades de respuesta: (Pareja, hijos, padres, hermanos, vecinos, expareja, otros).
- Sobrecarga del cuidador: variable cualitativa dicotómica, con posibilidad de respuesta (si/no).
- Problemas de interacción en el entorno laboral: variable cualitativa con posibilidad de respuesta (si/no).

4.4.2. Variables relacionadas con las características clínicas

- Consumo de tóxicos: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Tipo de tóxico: variable cualitativa con siete posibilidades de respuesta [alcohol (OH), tetrahidrocannabinol (THC), opiáceos, cocaína, nicótica, sedantes y múltiples tóxicos].
- Patrón de consumo: variable cualitativa con cuatro posibilidades de respuesta (esporádico, habitual, abuso y pasado).
- Antecedentes de enfermedad mental: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Tipo de enfermedad mental: variable cualitativa con seis posibilidades de respuesta (trastorno por consumo de sustancias, trastorno esquizofrénico, trastorno del humor, trastorno neurótico, trastorno de personalidad, otros).

- Tratamiento psiquiátrico actual: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Lugar de tratamiento habitual: variable cualitativa con cinco posibilidades de respuesta (CSM, circuito privado, CAP, CAS, otros).
- Tratamiento farmacológico psiquiátrico actual: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Antecedentes de ingresos psiquiátricos: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Antecedentes de intentos anteriores: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Número de intentos anteriores: variable cuantitativa discreta con seis posibilidades de respuesta (1, 2, 3,4, 5, +5).
- Antecedentes de enfermedad física: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Tratamiento somático actual: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Antecedentes familiares de suicidio: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Antecedentes familiares de enfermedad mental: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Síntomas psicóticos en el momento de la atención: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).

4.4.3. Variables relacionadas con el intento de suicidio

- Hora en que se llevó a cabo: variable cuantitativa con cuatro posibilidades de respuesta (mañana, tarde, noche, madrugada).
- Día de la semana: variable cualitativa con siete posibilidades de respuesta (lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, domingo).
- Mes: variable cualitativa con doce posibilidades de respuesta (enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre).
- Método empleado: variable cualitativa con cinco posibilidades de respuesta (sobreingesta medicamentosa, sobreingesta medicamentosa + OH, defenestración, autoagresión, ingesta de cáusticos).
- Intencionalidad suicida: variable cualitativa con cuatro posibilidades de respuesta (intento deliberado, baja intencionalidad, intencionalidad seria, impulsiva).
- Ideas entorno a la muerte: variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta (si/no).
- Derivación (de dónde procede): variable cualitativa con seis posibilidades de respuesta [domicilio, CSMA, Centro de Atención Primaria (CAP), hospitalización no psiquiátrica, urgencias, otros].
- Derivación (a dónde lo derivan): variable cualitativa con seis posibilidades de respuesta [CSM, CAP, Unidad de agudos, domicilio, Centre de Atención y

Seguimiento al drogodependiente (CAS), otros].

4.5. Instrumentos de recogida de información

Para la recopilación de los datos utilizaremos tres hojas de elaboración propia:

- **Hoja de recogida de datos sociodemográficos (anexo 1):** edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel educativo, actividad laboral, dificultades económicas, lugar de residencia habitual, nacionalidad, problemas de interacción, problemas de interacción en el entorno laboral y sobrecarga cuidador/a.
- **Hoja de recogida de datos clínicos (anexo 2):** consumo de tóxicos, tipo de tóxico, patrón de consumo, antecedentes de enfermedad mental, tipo de enfermedad mental previamente diagnosticada, tratamiento psiquiátrico actual, lugar de tratamiento, tratamiento farmacológico psiquiátrico, ingresos psiquiátricos previos, intentos anteriores, número de intentos anteriores, antecedentes de enfermedad somática, antecedentes familiares de suicidio, antecedentes familiares de enfermedad mental y síntomas psicóticos.
- **Hoja para la descripción del intento de suicidio actual (anexo 3):** hora en que se llevó a cabo, día de la semana, mes, año, estación, método empleado, intencionalidad suicida, ideas entorno a la muerte, plan estructurado y derivación (de dónde procede y a dónde lo derivan).

4.6. Aspectos éticos

Consideraciones generales

Se entregó el protocolo de tesis a la CCI del Grupo Pere Mata junto con la solicitud de evaluación del proyecto. Una vez obtenida la valoración favorable por parte de la CCI (anexo 4), se presentó el proyecto al CEIC del *Hospital Universitari Sant Joan de Reus* y un vez se obtuvo la evaluación positiva por parte del CEIC (referencia 16-03-17/3proj5) se inició la investigación (anexo 5).

Confidencialidad de los datos

Con la finalidad de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, estos fueron manejados únicamente por la investigadora, y se recogieron única y exclusivamente de las hojas de urgencias para incorporarse en una base de datos informática como datos disociados. Además, los datos fueron tratados según la Ley española LO15/1999 y con la Europea 95/46/CE para la Protección de Datos Personales.

4.7. Procedimiento y recogida de datos

Una vez el proyecto fue aprobado por el CCI y el CEIC, se inició la recogida de datos. El trabajo de campo se realizó durante el verano del 2016 y se recogieron los datos de los registros de las hojas de urgencias únicamente. El muestreo fue no probabilístico consecutivo, a partir del año 2007 se fueron recogiendo de forma consecutiva los datos de los pacientes de cada grupo que cumplían los criterios de inclusión y exclusión

hasta llegar al número de individuos estimado en el cálculo del tamaño muestral para cada grupo.

4.8. Análisis estadístico

Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el software del entorno de Windows y el paquete estadístico de ciencias sociales SPSS (v.19).

Se creó una base de datos con las variables obtenidas y de los datos de 1000 sujetos que conformaron la muestra definitiva.

Para demostrar las hipótesis, mediante la comparación de los resultados de las diferentes variables estudiadas se utilizaron las siguientes pruebas:

- Se comprobó la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov para saber si debíamos aplicar pruebas paramétricas o no paramétricas.
- Si las variables cuantitativas seguían una distribución normal se utilizó la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes con la que comparamos las personas con intento de suicidio y las que no.
- Si la distribución no era normal utilizamos la prueba no paramétrica U-Mann Whitney.
- Ante las variables cualitativas utilizamos la prueba de contraste ji cuadrado (χ^2) para analizar la relación de independencia entre variables.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo V: Resultados

Mito: *“Los intentos de suicidio son una forma exagerada de llamar la atención”*

Criterio científico: Lo que nos indica una persona que hace un intento de suicidio es que no sabe cómo seguir con su vida, a menudo es una forma desesperada de pedir ayuda aunque nos pueda parecer una contradicción. Tanto las ideas, como planes o intentos de suicidio deben de ser tomadas en serio y analizadas detalladamente porque pueden letales (14–16,120).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

5. Resultados

La muestra definitiva estuvo constituida por 1000 casos referidos a personas que acudieron al servicio de urgencias de la UPTe desde el 1 de enero del 2007 hasta el 31 de julio del 2014, de los cuales, 498 consultaba por haber realizado un intento de suicidio y 502 por otros motivos, cuyas principales diferencias se describen a continuación.

5.1. Comparativa entre los datos sociodemográficos de los dos grupos

Los datos sociodemográfico de ambos grupos se muestran en las tablas 5 y 6 y se describen a continuación. Dentro de este apartado damos respuesta al primer objetivo principal y a los objetivos específicos 1 y 2 del estudio:

Resultados del objetivo principal 1: *Evaluar las diferencias en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad entre las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio y las personas que acudieron por otros motivos.*

Resultados del objetivo específico 1: *Describir el perfil socio-demográfico de las personas que acuden a las urgencias de salud mental por un intento de suicidio en las Terres de l'Ebre (edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel educativo, actividad laboral, dificultades económicas, lugar de residencia habitual, problemas de relación y sobrecarga del cuidador).*

Resultados del objetivo específico 2: *Describir el perfil socio-demográfico de las personas que acuden a las urgencias de salud mental por otros motivos en las Terres de l'Ebre (edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel educativo, actividad labo-*

ral, dificultades económicas, lugar de residencia habitual, problemas de relación y sobrecarga del cuidador).

La muestra estaba compuesta por 453 (45.3%) varones y 547 (54.7%) mujeres. Del total de varones el 41.3% consultaba por haber realizado un intento de suicidio mientras que el 58.7% lo hacía por otros motivos. De las mujeres, 311 (56.9%) acudieron por realizar un intento de suicidio y 236 (43.1%) por otros motivos de consulta.

El porcentaje de mujeres que acudieron a urgencias por un intento de suicidio fue un 15% superior a las que acudieron al servicio de urgencias por otros motivos ($p < 0.001$). Además, dentro del grupo de intentos de suicidio, las mujeres representaban casi el doble del porcentaje de los hombres (62.4%-37.6%).

En cuanto a la edad, se encontraron diferencias significativas al comparar la mediana de los dos grupos, los individuos que efectuaron un intento de suicidio presentaron una mediana (amplitud intercuartil) de 41 (22) años, mientras que el grupo que consultó por otros motivos 39 (20) años.

La población a estudio se agrupó por decenios, excepto en la franja de adultos jóvenes, que es de 18 a los 25, ya que en el presente estudio uno de los criterios de exclusión era ser menor de edad.

En referencia al estado civil, en ambos grupos las personas que estaban en pareja o casados eran los más predominantes, pero con una diferencia significativa ($p < 0.001$), siendo un 12%

superior en el grupo de intentos de suicidio. El porcentaje de solteros fue superior para el grupo que acudía por otros motivos de consulta respecto al grupo que acudió por un intento de suicidio (38.7%-23.6%) Por último, encontramos las personas separadas/divorciadas en ambos grupos y con valores similares.

Las personas que vivían en pareja/ hijos representaron el 59.0% del grupo que realizó un intento de suicidio mientras que en otros motivos de consulta alcanzó un 43.7% seguidas de las personas que vivían con los padres, al igual que en el grupo de otros motivos de consulta ($p < 0.001$).

Respecto al nivel educativo no encontramos diferencias significativas entre los dos grupos, aunque coincidían los sujetos con estudios primarios seguidos de los que tenían estudios secundarios en ambos grupos.

Haciendo referencia a la actividad laboral, hay diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0.001$). En el grupo que acudió por una conducta suicida, las personas inactivas, ya sea que estaban jubiladas, estudiando o sin ocupación alguna, eran las más prevalentes con un 10% más que en el otro grupo, seguidas de las que se encontraban en activo. En el grupo que consultó por otros motivos, los pacientes que mayormente estaban representados eran los que estaban de baja o padecían algún tipo de discapacidad con un 13.9% más, seguidos de los que estaban activos laboralmente.

De todas las personas atendidas, las dificultades económicas fueron superiores en el grupo que acudía por un intento de suicidio (33%) respecto al grupo que acudió por otros motivos de consulta (20%) ($p < 0.001$). En el resto, el problema económico no estaba dentro de las preocupaciones principales en el momento de la atención.

La zona de estudio, Terres de l'Ebre, está compuesta por cuatro comarcas de diferentes dimensiones y número de población muy dispar, estas son: Baix Ebre con 78.378 habitantes, Montsia con 67.918, Terra Alta con 11.617 y Ribera d'Ebre con 22.086.

Del Baix Ebre acudieron un total de 429 personas, de estas un 47.7% acudió por haber realizado un intento de suicidio, con un 8.6% más respecto al otro grupo. Del Montsia, el número de personas ascendió a 485, de estas el 43.4% consultó por un intento de suicidio, siendo 11.2% más las personas que acudieron por otros motivos. De la Terra Alta fueron 19 personas, de las cuales un 1.8% acudieron por un intento de suicidio y un 2.0% lo hicieron por otros motivos. Por último, de la Ribera d'Ebre acudieron 56 personas, de las cuales un 7.1% consultó por un intento de suicidio, con 2.8% más respecto al grupo que consultó por otros motivos.

En relación a la nacionalidad, las personas con nacionalidad extranjera que pertenecían al grupo de los intentos de suicidio doblaron el porcentaje de los extranjeros/as que acudieron por otros motivos de consulta (12.6%-5%) ($p < 0.001$).

Entre las personas que acudieron por un intento de suicidio alrededor de un 20% más respecto a las que acudieron por otros motivos de consulta ($p < 0.001$) afirmaron tener problemas de relación de algún tipo. Siendo, los problemas con la pareja, casi dos veces más en el grupo que acudió por intento de suicidio que por otros motivos de consulta ($p < 0.001$). En cambio, en el grupo de otros motivos de consulta, los problemas de relación más significativos fueron con los padres, con una diferencia de un 21.1% más que en el otro grupo.

Por lo que corresponde a los problemas de relación en el ámbito laboral no encontramos diferencias significativas entre los dos grupos. Entre las personas que hicieron un intento de suicidio fueron el 33.9% las que comentaba haberlos tenido y que estaban entre sus principales preocupaciones en el momento de la atención. Aunque la diferencia es de casi del 10%, probablemente no se alcanza la significación estadística debido a la poca cantidad de datos recogidos de los pacientes en esta variable.

La percepción de sobrecarga del cuidador fue superior en los que acudieron por intento de suicidio (4.1%) que en los que acudieron por otros motivos (3.9%), si bien la diferencia no alcanzó la significación estadística. El resto no manifestó claramente no padecerla pero no estaba dentro de sus principales preocupaciones en el momento de la atención a urgencias.

Tabla 5. Comparativa entre las variables sociodemográficas de los dos grupos

Variables	Intentos de suicidio (%)*	Otros motivos de consulta (%)*	p
Sexo (% hombres)	187 (37.6)	266 (53.0)	<0.001 [†]
Edad	41 (22)	39 (20)	<0.001 [†]
Edad por grupos:			
18-25	79 (15.9)	65 (13)	0.126 [†]
26-35	96 (19.4)	126 (25.1)	
36-45	126 (25.4)	137 (27.3)	
46-55	102 (20.6)	80 (16.0)	
56-65	39 (7.9)	41 (8.2)	
>65	54 (10.9)	52 (10.4)	
Estado civil			
Soltero/a	114 (23.6)	191 (38.7)	<0.001 [†]
Viudo/a	28 (5.8)	25 (5.1)	
Divorciado/Separado	93 (19.2)	83 (16.8)	
Pareja/casado	249 (51.4)	195 (39.5)	
Convivencia			
Solo/a	75 (15.4)	100 (20.1)	<0.001 [†]
Pareja/hijos	288 (59.0)	217 (43.7)	
Padres	102 (20.9)	131 (26.4)	
Institución	5 (1.0)	23 (4.6)	
Otros	18 (3.7)	26 (5.2)	
Nivel educativo			
Sin escolaridad	7 (2.7)	18 (4.7)	0.298 [†]
Estudios primarios	164 (62.8)	214 (56.5)	
Estudios secundarios	74 (28.4)	113 (29.8)	
Estudios superiores	16 (6.1)	33 (8.7)	
Actividad laboral			
Activo	114 (28.6)	137 (28.4)	<0.001 [†]
Inactivo	140 (35.1)	121 (25.1)	
Desempleado	41 (10.3)	36 (7.6)	
Baja o incapacidad	100 (25.1)	188 (39.0)	
Dificultades económicas			
Si	144 (33.0)	101 (20.6)	<0.001 [†]
No	293 (67.0)	389 (79.4)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo de pacientes

Tabla 6. Comparativa entre las variables sociodemográficas de los dos grupos [continuación]

Variables	Intentos de suicidio (%)*	Otros motivos de consulta (%)*	p
Comarca			
Baix Ebre	236 (47.7)	193 (39.1)	0.003 [†]
Montsià	215 (43.4)	270 (54.6)	
Terra Alta	9 (1.8)	10 (2.0)	
Ribera d'Ebre	35 (7.1)	21 (4.3)	
Nacionalidad			
Españoles	431 (87.4)	477 (95)	<0.001 [†]
Extranjeros	62 (12.6)	25 (5.0)	
Problemas de relación			
Si	290 (58.5)	195 (39.2)	<0.001 [†]
No	206 (41.5)	303 (60.8)	
PR* con quien			
Pareja	135 (46.7)	53 (26.4)	<0.001 [†]
Hijos	41 (14.2)	21 (10.4)	
Padres	41 (14.2)	71 (35.3)	
Hermanos	10 (3.5)	13 (6.5)	
Vecinos	1 (0.3)	2 (1.0)	
Expareja	49 (17)	25 (12.4)	
Otros	12 (4.2)	16 (8.0)	
PR* laborales			
Si	20 (33.9)	16 (25)	0.279 [†]
No	39 (66.1)	48 (75)	
Sobrecarga del cuidador			
Si	20 (4.2)	19 (3.9)	0.860 [†]
No	460 (95.8)	463 (96.1)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo de pacientes/ *PR: Problemas de relación

5.2. Comparativa entre los datos clínicos de los dos grupos

Los datos clínicos de ambos grupos se muestran en las tablas 7 y 8 y se describen a continuación. Dentro de este apartado seguimos dando respuesta al primer objetivo principal y a los objetivos específicos 3 y 4 del estudio:

Resultados del objetivo principal 1: *Evaluar las diferencias en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad entre las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio y las personas que acudieron por otros motivos.*

Resultados del objetivo específico 3: *Averiguar si el consumo de tóxicos es superior en el grupo que acude por una conducta suicida.*

Resultados del objetivo específico 4: *Explorar las diferencias entre los trastornos mentales más frecuentemente asociados a las conductas suicidas y los que se asocian a las personas que acuden por otros motivos.*

En cuanto al consumo de tóxicos se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos ($p=0.010$), en las urgencias que acudieron por otros motivos de consulta, hubo un 8% más de casos que consumía algún tipo de tóxico.

Respecto al tipo de tóxico, entre los que acudían por un intento de suicidio hubo un 5% más de personas que consumían alcohol que en el otro grupo, en cambio, en el grupo de otros motivos de consulta hubo un 8% más de personas que consumían tabaco. En ambos grupos, el porcentaje más elevado lo encontramos en la categoría “múltiples tóxicos”, con un 35.2%

en los intentos de suicidio y 32.2% entre los otros motivos de consulta. No se encontró que los porcentajes en esta variable entre los dos grupos tuvieran diferencias significativas estadísticamente.

Sobre el patrón de consumo tampoco encontramos diferencias con significación estadística entre los dos grupos y solo podemos destacar que la mayoría de personas estudiadas que consumía tóxicos lo hacía de manera habitual, con un 61.6% en el grupo de intentos y en un 62.7% en el grupo de otros motivos de consulta.

Se analizó también si los sujetos estudiados tenían antecedentes de alguna enfermedad mental, y se encontró que el grupo de otros motivos de consulta un 14.6% más presentaba antecedentes de enfermedad mental.

Agrupamos las enfermedades mentales previamente diagnosticadas en cinco grupos según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su 10ª revisión (CIE-10)(138), las cuales son (anexo 6):

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- Trastornos del humor (afectivos).
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

- Otros (trastorno del control de los impulsos y trastorno de la conducta alimentaria).

Respecto al tipo de enfermedad que las personas tenían anteriormente diagnosticada, encontramos diferencias significativas estadísticamente ($p < 0.001$) entre los dos grupos. En ambos, la enfermedad más prevalente previamente diagnosticada estaba dentro del grupo de los trastornos del humor, pero con un 10% más en los que acudían por un intento de suicidio. En este último grupo, le seguían con una mayor frecuencia los trastornos neuróticos, los trastornos de personalidad y los trastornos esquizofrénicos. En cambio, en el grupo de otros motivos de consulta, estaba seguida por los trastornos esquizofrénicos, los trastornos neuróticos, los de personalidad y los de abuso de sustancias psicótropas.

En referencia a los individuos que estaban siguiendo un tratamiento psiquiátrico en el momento de la atención fue superior para el grupo de otros motivos de consulta, con una diferencia de un 9%. De las personas del estudio que estaban en tratamiento psiquiátrico, un 14% más del grupo de otros motivos de consulta acudía al CSMA, en cambio un 9.6% más de los que acudían por un intento de suicidio lo hacía en el CAP, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$). Al respecto de tomar tratamiento farmacológico psiquiátrico, fue superior en el grupo de otros motivos de consulta, con un 9% de diferencia.

Un 15% más de personas que consultaban por otros motivos de consulta había estado ingresado anteriormente. En cambio, el 72% que había cometido un intento de suicidio no había estado ingresado nunca anteriormente ($p < 0.001$).

Respecto a si habían realizado alguna conducta suicida anteriormente, encontramos en el grupo que acudía por un intento de suicidio había un 6% más de personas que habían realizado algún intento anteriormente en algún momento de su vida, aunque la diferencia entre grupos no alcanzó la significación estadística. Señalar que en el grupo que acudía por otros motivos de consulta, esta variable muchas veces no estaba contemplada en las hojas de urgencias.

No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a presentar o no una enfermedad somática en el momento de la atención a urgencias. Ambos grupos presentaban casi el mismo porcentaje, alrededor de un 37% padecían algún tipo de enfermedad física ya fuera aguda o crónica, frente a un 62% que se encontraba sin signos y síntomas de alguna enfermedad somática en el momento de la atención.

Respecto a tomar o no algún tratamiento farmacológico somático en el momento de la atención, alrededor del 27% sí lo tomaba, sin diferencias significativas entre los dos grupos.

Por lo que corresponde a los antecedentes familiares de suicidio, las diferencias entre los grupos no alcanzó la significación estadística. Dentro de los sujetos que consultaron por un intento de suicidio, un 2.9% tenía antecedentes familiares de suicidio, y en el otro grupo este porcentaje era de un 3.7%.

En referencia a los antecedentes familiares de enfermedad mental entre los sujetos estudiados, en el grupo que acudió por otros motivos de consulta encontramos un 16.8% frente al 12% que encontramos en el grupo que acudió por una conducta suicida ($p=0.032$).

Respecto a los síntomas psicóticos, en el grupo que acudió por otros motivos de consulta encontramos un 19.7% más de personas que los padecían en el momento de la atención a urgencias, frente al grupo de intentos de suicidio, alcanzando la significación estadística entre los grupos ($p<0.001$).

Tabla 7. Comparativa entre los datos clínicos de los dos los grupos

Variables	Intentos de suicidio (%)*	Otros motivos de consulta (%)*	p	
Consumo de tóxicos				
Si	254 (51.2)	297 (59.3)	0.010 [†]	
No	242 (48.8)	204 (40.7)		
Tipo de tóxico				
OH	65 (25.4)	62 (20.8)	0.649 [†]	
THC	14 (5.5)	19 (6.4)		
Opiáceos	2 (0.8)	2 (0.7)		
Cocaína	15 (5.9)	16 (5.4)		
Nicotina	67 (26.2)	99 (33.2)		
Sedantes	3 (1.2)	4 (1.3)		
Múltiples	90 (35.2)	96 (32.2)		
Patrón de consumo				
Esporádico	21 (8.4)	22 (7.5)	0.947 [†]	
Habitual	154 (61.6)	185 (62.7)		
Abuso	47 (18.8)	58 (19.7)		
Pasado	28 (11.2)	30 (10.2)		
Antecedentes enfermedad mental				
Si	341 (68.6)	415 (83.2)	<0.001 [†]	
No	156 (31.4)	84 (16.8)		
Tipo de enfermedad mental				
T*. Consumo de sustancias	50 (14.5)	40 (9.7)	<0.001 [†]	
T. Esquizofrénico	22 (6.4)	117 (28.5)		
T. Humor	158 (45.9)	148 (36.0)		
T. Neurótico	55 (16.0)	53 (12.9)		
T. Personalidad	50 (14.5)	43 (10.5)		
Otros	9 (2.6)	10 (2.4)		
Tt* psiquiátrico actual				
Si	295 (60.6)	343 (69.2)		0.005 [†]
No	192 (39.4)	153 (30.8)		
Lugar de tt				
CSM	187 (62.8)	267 (76.1)	<0.001 [†]	
Circuito privado	28 (9.4)	36 (10.3)		
CAP	49 (16.4)	24 (6.8)		
CAS	28 (9.4)	18 (5.1)		
Otros	6 (1.7)	6 (1.7)		
Tt farmacológico ps*				
actual	292 (60.7)	341 (69.0)	0.006 [†]	
Si	189 (39.3)	153 (31.0)		
No				

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo de pacientes /*ps: psiquiátrico *T: trastorno *tt: tratamiento

Tabla 8. Comparativa en los datos clínicos entre los grupos [continuación]

Variables	Intentos de suicidio (%)*	Otros motivos de consulta (%)*	p
Ingresos ps* previos			
Si	139 (28.0)	214 (43.0)	<0.001 [†]
No	358 (72.0)	284 (57.0)	
Intentos anteriores			
Nunca	346 (70.5)	149 (77.2)	0.082 [†]
Sí, durante los últimos 12m*	78 (15.9)	25 (13.0)	
Sí, hace más de un año	44 (9.0)	17 (8.8)	
Sí, pero es un dato inseguro	23 (4.7)	2 (1.0)	
Enfermedad física			
Si	186 (37.4)	189 (37.7)	0.922 [†]
No	311 (62.6)	312 (62.3)	
Tt* somático actual			
Si	133 (27.8)	130 (26.7)	0.708 [†]
No	346 (72.2)	357 (73.3)	
Antecedentes familiares de suicidio			
Si	14 (2.9)	16 (3.7)	0.450 [†]
No	476 (97.1)	411 (96.3)	
Antecedentes familiares de enfermedad mental			
Si	58 (12)	83 (16.8)	0.032 [†]
No	427 (88)	412 (83.2)	
Síntomas psicóticos			
Sí	15 (3.0)	113 (22.7)	<0.001 [†]
No	483 (97)	384 (77.3)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo de pacientes. / *ps: psiquiátricos / *tt: tratamiento / * m: meses

5.4. Comparativa entre los factores de temporalidad de los dos grupos

Los factores de temporalidad, tales como hora de atención o de los intentos, día de la semana, mes del año y estación del estudio, se recogen en la tabla 9 y se describen a continuación. En este apartado continuamos dando respuesta al primer objetivo principal y damos respuesta al objetivo específico número 5 del estudio.

El hecho de utilizar un muestreo no probabilístico consecutivo, no nos permite establecer el número de intentos de suicidio por año, y tampoco hacer la comparativa entre estos.

Resultados del objetivo principal 1: *Evaluar las diferencias en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad entre las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio y las personas que acudieron por otros motivos.*

Resultados del objetivo específico 5: *Definir los factores de temporalidad (hora, día, mes y estación) relacionados con la conducta suicida y con las consultas por otros motivos.*

En cuanto la hora, hay que señalar que se ha dividido el día en 4 periodos, tales como: mañana (de las 06:00h a las 14:00h), tarde (de las 14:00h a las 22:00h), noche (de las 22:00h a las 02:00h) y madrugada (de las 02:00h a las 06:00h).

Una vez definida la distribución del día, hay que hacer una puntualización al respecto de los dos grupos. Entre los individuos que acudieron por haber realizado un intento de suicidio, se recogió la hora aproximada en que se llevó a cabo el intento;

en cambio, en el grupo de sujetos que acudieron por otros motivos de consulta se registró la hora en que acudieron al servicio de urgencias y se les ofreció la atención.

Señalar que las diferencias entre los grupos en cuanto a los factores de temporalidad, solo alcanzaron la significación estadística ($p < 0.001$) en una variable que fue la hora del día, al respecto de la cual, decir que los intentos de suicidio se producen tres veces más en la noche y madrugada (26.9%) que las atenciones por otros motivos (8.9%).

En referencia a los días de la semana, solo podemos señalar que los intentos de suicidio se producen un 3% más los lunes que el resto de la semana.

Respecto a los meses del año, cabe destacar que el mes con más intentos de suicidio fue el mes de julio y en cambio, para otros motivos de consulta, el mes con mayor afluencia de consultas fue el mes de junio.

Sobre las estaciones del año en que se atendieron las consultas en urgencias, fue el verano la estación donde acudieron más personas en ambos grupos.

Tabla 9. Comparativa entre los factores de temporalidad de los dos grupos

Variables	Intentos de suicidio (%)*	Otros motivos de consulta (%)*	p
Hora del intento/atención			
Mañana	149 (30.2)	115 (26.3)	<0.001 [†]
Tarde	211 (42.7)	283 (64.8)	
Noche	94 (19.0)	29 (6.6)	
Madrugada	39 (7.9)	10 (2.3)	
Día de la semana			
Lunes	80 (16.1)	77 (15.3)	0.429 [†]
Martes	66 (13.3)	70 (13.9)	
Miércoles	73 (14.7)	58 (11.6)	
Jueves	68 (13.7)	84 (16.7)	
Viernes	71 (14.3)	86 (17.1)	
Sábado	70 (14.1)	59 (11.8)	
Domingo	70 (14.1)	67 (13.3)	
Mes del año			
Enero	41 (8.2)	41 (9.3)	0.366 [†]
Febrero	37 (7.4)	26 (5.9)	
Marzo	39 (7.8)	23 (5.2)	
Abril	44 (8.8)	36 (8.2)	
Mayo	50 (10.0)	36 (8.2)	
Junio	49 (9.8)	48 (10.9)	
Julio	58 (11.6)	35 (8.0)	
Agosto	41 (8.2)	43 (9.8)	
Septiembre	32 (6.4)	33 (7.5)	
Octubre	35 (7.0)	38 (8.7)	
Noviembre	37 (7.4)	44 (10.0)	
Diciembre	35 (7.0)	36 (8.2)	
Estación del año			
Primavera	133 (26.7)	95 (21.6)	0.143 [†]
Verano	148 (29.7)	126 (28.7)	
Otoño	104 (20.9)	115 (26.2)	
Invierno	113 (22.7)	103 (23.5)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo de pacientes

5.5. Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas de ambos grupos

En este apartado se describen las principales diferencias en los datos sociodemográficos entre hombres y mujeres de ambos grupos, dando respuesta al tercer y cuarto objetivo principal. Los datos los encontramos en las tablas 10, 11, 12 y 13 y se describen a continuación.

Resultados del objetivo principal 2: *Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio.*

Resultados del objetivo principal 3: *Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por otros motivos diferentes al intento de suicidio.*

5.5.1. Descripción de las principales diferencias sociodemográficas entre sexos en el grupo de personas que acuden por un intento de suicidio

Dentro de este grupo encontramos un 25% más de mujeres que de hombres, tal y como se mostró en la tabla número 5. La mediana de edad (amplitud intercuartil) de estas era de 42 (23) años mientras que entre los hombres era de 40 (18) años. Entre los hombres predominaban las edades comprendidas entre los 26 y los 45 años, mientras que en el grupo de las mujeres son ligeramente mayores, de los 36 a los 45 años. Aunque por rangos de edad no se encuentran diferencias significativas, en

la mediana de edad si queda reflejado que las mujeres son un poco mayores y que su amplitud intercuartil también es mayor, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al sexo y al estado civil, encontramos diferencias significativas entre ambos sexos. Un 40.1% de los hombres estaba en pareja o casado, un 33% estaban solteros, doblando el número de mujeres en este mismo estado civil. En cambio, casi un 20% más de las mujeres estaban casadas o en pareja.

Respecto al sexo y la forma de convivencia, las diferencias entre sexos alcanzaron la significación estadística, siendo las principales diferencias que más el doble de hombres vivían solos y casi un 20% más de mujeres, vivían en pareja o hijos.

Sin alcanzar la significación estadística en las diferencias entre el sexo y el nivel educativo, destacar que tanto hombres como mujeres, mayormente tenían estudios primarios y secundarios.

Las principales diferencias entre el sexo y la actividad laboral dentro de este grupo ($p < 0.001$), eran que entre los hombres, en primer lugar encontramos los que se encontraban activos laboralmente (32.1%) seguidos de los que estaban de baja o tenían algún tipo de discapacidad, en cambio entre las mujeres en primer lugar encontramos las que se estaban inactivas (34.2%) seguidas de las que estaban en activo o de baja con el mismo porcentaje (26.3%).

Un 10% más de los hombres afirmó tener dificultades económicas en el momento de la atención a urgencias ($p < 0.001$).

En relación a la comarca donde vivían las personas atendidas, el porcentaje entre hombres y mujeres eran muy similares en las cuatro comarcas; las diferencias entre sexos no alcanzaron la significación estadística.

El porcentaje de hombres y mujeres que hizo un intento de suicidio no presentó diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su nacionalidad.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, al respecto de tener problemas de relación, para ambos el porcentaje fue similar. Tanto hombres como mujeres, afirmó tener problemas con su pareja en primer lugar, seguido de las mujeres con los hijos en segundo lugar y los hombres en segundo lugar con la ex pareja. Fueron las mujeres con un 5% más las que afirmaron tener síntomas de sobrecarga del cuidador ($p=0.011$).

Tabla 10. Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas (intentos de suicidio)

VARIABLES	Hombres (%)*	Mujeres (%)*	p
Edad	40 (18)	42 (23)	<0.001
Edad por grupos			
18-25	25 (13.4)	54 (17.5)	0.081 [†]
26-35	41 (21.9)	55 (17.8)	
36-45	59 (31.6)	67 (21.7)	
46-55	31 (16.6)	71 (23.0)	
56-65	13 (7.0)	26 (8.4)	
>65	18 (9.6)	36 (11.7)	
Estado civil			
Soltero/a	60 (33)	54 (17.9)	<0.001 [†]
Viudo/a	9 (4.9)	19 (6.3)	
Divorciado/Separado*	40 (22)	53 (17.5)	
Pareja/casado*	73 (40.1)	176 (58.3)	
Convivencia			
Solo/a	42 (22.8)	33 (10.9)	<0.001 [†]
Pareja/hijos	78 (42.4)	210 (69.1)	
Padres	54 (29.3)	48 (15.8)	
Institución	2 (1.1)	3 (1.0)	
Otros	8 (4.3)	10 (3.3)	
Nivel educativo			
Sin escolaridad	4 (3.7)	3 (2.0)	0.308 [†]
Estudios primarios	63 (58.3)	101 (66)	
Estudios secundarios	36 (33.3)	38 (24.8)	
Estudios superiores	5 (4.6)	11 (7.2)	
Actividad laboral			
Activo	51 (32.1)	63 (26.3)	0.027 [†]
Inactivo	47 (29.5)	93 (38.8)	
Desempleado	23 (14.5)	18 (7.5)	
Baja o incapacidad	37 (23.3)	63 (26.3)	
Dificultades económicas			
Si	67 (39.4)	77 (28.8)	0.022 [†]
No	103 (60.6)	190 (71.2)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo

Tabla 11. Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas (intentos de suicidio) [continuación]

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Comarca			
Baix Ebre	88 (47.3)	148 (47.9)	0.407 [†]
Montsià	84 (45.2)	131 (42.4)	
Terra Alta	1 (0.5)	8 (2.6)	
Ribera d'Ebre	13 (7.0)	22 (7.1)	
Nacionalidad			
Españoles	163 (88.1)	268 (87)	0.723 [†]
Extranjeros	22 (11.9)	40 (13.0)	
Problemas de relación			
Si	106 (57.3)	184 (59.2)	0.683 [†]
No	79 (42.7)	127 (40.8)	
PR* con quien			
Pareja	47 (45.6)	88 (47.3)	0.142 [†]
Hijos	10 (9.7)	31 (16.7)	
Padres	17 (16.5)	24 (12.9)	
Hermanos	1 (1.0)	9 (4.8)	
Vecinos	1 (1.0)	0 (0.0)	
Ex pareja	22 (21.4)	27 (14.5)	
Otros	5 (4.9)	7 (3.8)	
PI[†] laborales			
Si	9 (36.0)	11 (32.4)	0.770 [†]
No	16 (64.0)	23 (67.6)	
Sobrecarga del cuidador			
Si	2 (1.1)	18 (5.9)	0.011 [†]
No	175 (98.9)	285 (94.1)	

El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo/ PR: problemas de interacción

5.5.2. Descripción de las principales diferencias sociodemográficas entre sexos en el grupo de personas que acuden por otros motivos de consulta

Dentro de este grupo encontramos un 6% más de hombres que de mujeres, con un total de 262 hombres, los cuales representaban un 53% de la muestra.

La mediana de edad (amplitud intercuartil) de los hombres que acudieron por otros motivos de consulta era de 38.5 (21) años frente a la mediana de 40 (19) años que presentaban las mujeres siendo la diferencia estadísticamente significativa y la mediana superior también en las mujeres al igual que en el grupo que realizaron intento de suicidio.

En este grupo, en los hombres predominan las edades comprendidas entre los 26 y los 45 años, al igual que en de intentos de suicidio, también entre las mujeres, encontramos mayormente representadas las que tienen de 26 a los 45 años, pero son menores que en el grupo de intentos de suicidio, aun así sin reportar diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo y los grupos de edad.

Respecto al estado civil, un 48.5% de hombres estaba soltero seguido de un 31.7% que vivían en pareja. En cuanto a las mujeres, siguen estando en primer lugar, igual que en el grupo de intentos de suicidio, las que vivían en pareja con un 48.3% seguidas de las que estaban solteras con un 27.6%.

Respecto al sexo y la forma de convivencia, la categoría con mayor porcentaje en ambos sexos son las personas que vivían con la "Pareja/Hijos", pero a su vez la diferencia más importante la encontramos en esta categoría, donde un poco más de un

20% de mujeres que de hombres vivían con su "Pareja/Hijos". En segundo lugar como grupo con un mayor porcentaje encontramos las personas que convivían con los "Padres" en ambos sexos, pero en este caso casi un 10% más de los hombres vivían con sus padres respecto a las mujeres.

En referencia al nivel educativo y el sexo del sujeto se encuentran diferencias estadísticamente significativas; en ambos sexos encontramos en primer lugar las personas que tienen estudios primarios y en segundo lugar con estudios secundarios. No obstante, el porcentaje de mujeres con estudios superiores casi triplica el de hombres.

En cuanto al sexo y la actividad laboral las diferencias fueron estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p=0.013$), la categoría que encontramos en primer lugar fue la de los que estaban de baja o padecían algún tipo de discapacidad, con un 41.6% entre los hombres y un 36.0% entre las mujeres y en segundo lugar, los que estaban activos laboralmente, con un 26.5% en hombres y con un 30.7% en mujeres.

Sobre el sexo y las dificultades económicas hay diferencias significativas entre ambos sexos ($p=0.007$). Al igual que en el otro grupo, un 10% más de los hombres afirmaron tener problemas o dificultades económicas y se encontraba entre sus principales preocupaciones en el momento de la atención.

Con porcentajes similares en cuanto a hombres y mujeres y la comarca donde residen, la mayoría de ellos vivían en el Montsia seguidos de los que vivían en el Baix Ebre.

Sin alcanzar la significación estadística en cuanto a diferencias entre sexos y nacionalidad, la mayoría de personas de ambos sexos tenían la nacionalidad española.

Respecto a tener problemas de relación de algún tipo y las diferencias entre sexos, tampoco alcanzaron la significación estadística. La mayor parte de ellos no presentaban problemas de relación, y los que mencionaron algún tipo, entre los hombres eran principalmente con sus padres, en cambio en las mujeres en primer lugar eran con su pareja.

Respecto a los síntomas de sobrecarga del cuidador, encontramos diferencias significativas ($p=0.004$). Entre las mujeres se encontraba un 5% más que en los hombres.

Tabla 12. Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas (otros motivos de consulta)

Variables	Hombres (%)*	Mujeres (%)*	p
Edad	38'5 (21)	40 (19)	<0.001 [†]
Edad por grupos			
18-25	27 (10.2)	38 (16.2)	0.063 [†]
26-35	76 (28.6)	50 (21.3)	
36-45	68 (25.6)	69 (29.4)	
46-55	47 (17.7)	33 (14.0)	
56-65	25 (9.4)	16 (6.8)	
>65	23 (8.6)	29 (12.3)	
Estado civil			
Soltero/a	127 (48.5)	64 (27.6)	<0.001 [†]
Viudo/a	8 (3.1)	17 (7.3)	
Divorciado/Separado*	44 (16.8)	39 (16.8)	
Pareja/casado*	83 (31.7)	112 (48.3)	
Convivencia			
Solo/a	60 (22.8)	40 (17.1)	<0.001 [†]
Pareja/hijos	88 (33.5)	129 (55.1)	
Padres	80 (30.4)	51 (21.8)	
Institución	17 (6.5)	6 (2.6)	
Otros	18 (6.8)	8 (3.4)	
Nivel educativo			
Sin escolaridad	11 (5.3)	7 (4.1)	0.045 [†]
Estudios primarios	119 (57.5)	95 (55.2)	
Estudios secundarios	66 (31.9)	47 (27.3)	
Estudios superiores	10 (4.8)	23 (13.4)	
Actividad laboral			
Activo	68 (26.5)	69 (30.7)	0.013 [†]
Inactivo	43 (16.7)	58 (25.8)	
Desempleado	39 (15.2)	17 (7.5)	
Baja o incapacidad	107 (41.6)	81 (36)	
Dificultades económicas			
Si	66 (25.2)	35 (15.4)	0.007 [†]
No	196 (74.8)	193 (84.6)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo

Tabla 13. Comparativa entre sexos y las variables sociodemográficas (otros motivos de consulta) [continuación]

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Comarca			
Baix Ebre	103 (39.0)	90 (39.1)	0.089 [†]
Montsià	148 (56.1)	122 (53.0)	
Terra Alta	7 (2.7)	3 (1.3)	
Ribera d'Ebre	6 (2.3)	15 (6.5)	
Nacionalidad			
Españoles	254 (95.5)	223 (94.5)	0.608 [†]
Extranjeros	12 (4.5)	13 (5.5)	
Problemas de relación			
	95 (36.1)	100 (42.6)	0.142 [†]
Si	168 (63.9)	135 (57.4)	
No			
PR* con quien			
Pareja	21 (21.2)	32 (31.4)	0.004 [†]
Hijos	3 (3.0)	18 (17.6)	
Padres	40 (40.4)	31 (30.4)	
Hermanos	8 (8.1)	5 (4.9)	
Vecinos	1 (1.0)	1 (1.0)	
Ex pareja	14 (14.1)	11 (10.8)	
Otros	12 (12.1)	4 (3.9)	
PI* laborales			
Si	12 (34.3)	4 (13.8)	0.059 [†]
No	23 (65.7)	25 (86.2)	
Sobrecarga del cuidador			
	4 (1.6)	15 (6.6)	0.004 [†]
Si	252 (98.4)	211 (93.4)	
No			

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo / *PR: problemas de interacción

En resumen, las principales diferencias entre el sexo y las variables sociodemográficas son por ejemplo, que en el grupo de intentos de suicidio las mujeres representan un 25% más, mientras que en el grupo que acudió por otros motivos, eran los hombres más numerosos, con un 6% de diferencia. En cuanto a la mediana de edad, en ambos grupos las mujeres son ligeramente mayores que los hombres, con una mediana de 42 años en las que acudían por un intento de suicidio y 40 en el otro grupo, frente al 40 años en los hombres que acudían por

un intento de suicidio y 38.5 en los que acudían por otros motivos. Referente a los grupos de edad en los hombres, los intervalos de edad más representativos son de los 26 a los 45 años en ambos grupos, mientras que entre las mujeres hay diferencias de un grupo a otro, las que acudieron por un intento de suicidio están más representadas de los 36 a los 55 años, y en el grupo de otros motivos de consulta, en el mismo intervalo que los hombres de los 26 a los 45 años.

En cuanto a la convivencia, cabe destacar que en ambos grupos un 20% más de mujeres vivían en pareja y/o con los hijos, pero el doble de hombres que de mujeres que acudió por un intento de suicidio vivía solo. En ambos grupos de pacientes, tanto hombres como mujeres tenían estudios primarios y secundarios mayoritariamente. También hay diferencias a destacar entre la actividad laboral y el sexo en ambos grupos; los hombres que acudían por un intento de suicidio en primer lugar estaban activos laboralmente, mientras que en el otro grupo se encontraban de baja o padecían algún tipo de discapacidad que les impedía trabajar. En cuanto a las mujeres, se invierten de nuevo los datos entre los grupos, en el de otros motivos de consulta, encontramos en primer lugar las que están activas y en el de intentos de suicidio, las que estaban inactivas. En ambos grupos, un 10% más de los hombres respecto a las mujeres afirmó tener dificultades económicas en el momento de la atención. Los problemas de relación, para las mujeres en ambos grupos eran principalmente con la pareja, mientras que los hombres que acudían por otros motivos eran en primer lugar con sus padres. En ambos grupos, son las mujeres quienes

presentaron mayoritariamente síntomas de sobrecarga del cuidador.

5.6. Comparativa entre sexos y las variables clínicas de ambos grupos

En este apartado se describen las principales diferencias en los datos clínicos entre hombres y mujeres de ambos grupos, seguimos dando respuesta al tercer y cuarto objetivo principal. Los datos los encontramos en las tablas 14, 15, 16 y 17 y se describen a continuación.

Resultados del objetivo principal 2: *Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio.*

Resultados del objetivo principal 3: *Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por otros motivos diferentes al intento de suicidio.*

5.6.1. Descripción de las principales diferencias en las variables clínicas entre hombres y mujeres (intentos de suicidio)

Para empezar, alrededor de un 20% más de hombres consumían tóxicos que las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En cuanto al tipo de tóxico que consumían y también con diferencias que alcanzaron la significación estadística, encontramos que alrededor de un 20% más de los varones respecto a las mujeres consumían múltiples tóxicos, en

cambio un 20% más de las mujeres consumía nicotina. En segundo lugar y en ambos sexos, encontramos el consumo de alcohol, pero con un 5% más en las mujeres que en los hombres. Referente al patrón de consumo, no se encontraron diferencias significativas, siendo en ambos sexos el patrón “habitual” el más prevalente.

Sin encontrar diferencias significativas entre los sexos, el 63.6% de los hombres tenía antecedentes de padecer algún tipo de enfermedad mental, mientras que en las mujeres era un 71.6%. En cuanto al tipo de enfermedad mental previamente diagnosticada sí se evidenciaron diferencias significativas ($p < 0.001$), siendo el trastorno del estado de ánimo el más prevalente en ambos sexo, pero un 15% superior en las mujeres. Este estaba seguido del trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas por los hombres con un 26.1% y de los trastornos neuróticos para las mujeres con un 17.8%.

De los hombres, el 55.2% estaba con seguimiento psiquiátrico en el momento de la atención y éste lo hacían en el CSM en primer lugar con un 58.8% seguido del tratamiento en el CAS por un 15.7%, además de estos 55.2% estaba tomando tratamiento psiquiátrico farmacológico. De las mujeres, un 8.6% más que los hombres hacía seguimiento por psiquiatría en el momento de la atención, y éste era en primer lugar en el CSM con un 64.8%, seguido de un 18.4% que lo hacía en el CAP, y eran un 64% las que tomaban tratamiento farmacológico, aun así las diferencias no alcanzaron la significación estadística en estas tres variables.

Un 6.6% más de los hombres, había estado ingresado en alguna ocasión en una unidad de agudos de psiquiatría, aunque las diferencias entre sexos no fueron estadísticamente significativas para esta variable.

En cuanto a haber realizado un intento de suicidio anteriormente, no encontramos diferencias significativas estadísticamente entre ambos sexos. Un 69.4% de los hombres no lo había intentado anteriormente, un 19.1% lo había intentado en el último año. Entre las mujeres, un 71.1% era la primera vez que cometía un acto similar, el 14% lo había hecho durante el último año. Entre los hombres, un 41.7% padecía algún tipo de enfermedad física y un 29.1% tomaba tratamiento somático. De las mujeres, un 34.8% presentaban una enfermedad física y un 26.9% tomaba algún tipo de tratamiento somático en el momento de la atención a urgencias. Las diferencias en este caso, no son estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

En cuanto a tener antecedentes familiares de suicidio, las diferencias entre sexos no alcanzaron la significación estadística. De los hombres, un 4.4% presentaba antecedentes de suicidio en la familia y de las mujeres un 2.0%.

Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas al respecto de los antecedentes familiares de enfermedad mental, un 15.5% de los hombres los tenía, mientras que entre las mujeres eran un 9.9%.

En cuanto a los síntomas psicóticos en el momento de la atención a urgencias, las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre sexos. De los hombres, eran un 3.7% los que sí los presentaban y entre las mujeres un 2.6%.

Tabla 14. Comparativa entre sexos y las variables clínicas (intentos de suicidio)

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p	
Consumo de tóxicos				
Si	121 (65.1)	133 (42.9)	<0.001 [†]	
No	65 (34.9)	177 (57.1)		
Tipo de tóxico				
OH	28 (23)	37 (27.6)	0.004 [†]	
THC	8 (6.6)	6 (4.5)		
Opiáceos	1 (0.8)	1 (0.7)		
Cocaína	9 (7.4)	6 (4.5)		
Nicotina	19 (15.6)	48 (35.8)		
Sedantes	2 (1.6)	1 (0.7)		
Múltiples	55 (45.1)	35 (26.1)		
Patrón de consumo				
Esporádico	6 (4.9)	15 (11.7)	0.149 [†]	
Habitual	77 (63.1)	77 (60.2)		
Abuso	27 (22.1)	20 (15.6)		
Pasado	12 (9.8)	16 (12.5)		
Antecedentes enfermedad mental				
Si	119 (63.6)	222 (71.6)	0.063 [†]	
No	68 (36.4)	88 (28.4)		
Tipo de enfermedad mental				
T. Consumo de sustancias	31 (26.1)	19 (8.4)	<0.001 [†]	
T. Esquizofrénico	12 (10.1)	10 (4.4)		
T. Humor	43 (36.1)	115 (51.1)		
T. Neurótico	15 (12.6)	40 (17.8)		
T. Personalidad	16 (13.4)	34 (15.1)		
Otros	2 (1.7)	7 (3.1)		
Tt* psiquiátrico actual				
Si	101 (55.2)	194 (63.8)		0.059 [†]
No	82 (44.8)	110 (36.2)		
Lugar de tt*				
CSM	60 (58.8)	127 (64.8)	0.064 [†]	
Circuito privado	10 (9.8)	18 (9.2)		
CAP	13 (12.7)	36 (18.4)		
CAS	16 (15.7)	12 (6.1)		
Otros	3 (2.9)	3 (1.5)		
Tt* farmacológico ps*				
Si	98 (55.1)	194 (64.0)	0.052 [†]	
No	80 (44.9)	109 (36.0)		

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo / *tt: Tratamiento/ *ps: psiquiátrico

Tabla 15. Comparativa entre sexos y las variables clínicas (intentos de suicidio) [Continuación]

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Ingresos ps* previos			
Si	60 (32.1)	79 (25.5)	0.112 [†]
No	127 (67.9)	231 (74.5)	
Intentos anteriores			
Nunca	127 (69.4)	219 (71.1)	0.274 [†]
Sí, durante los últimos 12m*	35 (19.1)	43 (14)	
Sí, hace más de un año	12 (6.6)	32 (10.4)	
Sí, pero es un dato inseguro	9 (4.9)	14 (4.5)	
Enfermedad física			
Si	78 (41.7)	108 (34.8)	0.125 [†]
No	109 (58.3)	202 (65.2)	
Tt* somático actual			
Si	53 (29.1)	80 (26.9)	0.604 [†]
No	129 (70.9)	217 (73.1)	
Antecedentes familiares de suicidio			
Si	8 (4.4)	6 (2.0)	0.120 [†]
No	175 (95.6)	301 (98)	
Antecedentes familiares de enfermedad mental			
Si	28 (15.5)	30 (9.9)	0.066 [†]
No	153 (84.5)	274 (90.1)	
Síntomas psicóticos			
Sí	7 (3.7)	8 (2.6)	0.459 [†]
No	180 (96.3)	303 (97)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo/*Ps: psiquiátrico/*m: meses/ *tt: Tratamiento

5.6.2. Descripción de las principales diferencias en las variables clínicas entre hombres y mujeres (otros motivos de consulta)

Al evaluar las diferencias entre sexos sobre el consumo de tóxicos, encontramos que un 18% más de los hombres los consumían respecto a las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

En la variable “tipos de tóxico” también encontramos diferencias estadísticamente significativas. La categoría que está en primer lugar entre los hombres con una diferencia de un 14% con respecto de las mujeres es la de “múltiples tóxicos”. En cambio en estas, en primer lugar encontramos el consumo de nicotina con un 18% más que los hombres, seguidas de las que consumen múltiples tóxicos. En este grupo el consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres lo encontramos en tercer lugar, a diferencia del otro grupo, que se situaba en segundo lugar para ambos sexos. Referente al patrón de consumo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo en ambos sexos el patrón “habitual” el más prevalente, con porcentajes similares.

Sin encontrar diferencias significativas entre sexos, el 81.1% de los hombres tenía antecedentes de padecer algún tipo de enfermedad mental, mientras que en las mujeres era un 85.5%. En cuanto al tipo de enfermedad mental previamente diagnosticada sí se evidencian diferencias significativas ($p < 0.001$), siendo el trastorno esquizofrénico el más prevalente entre los hombres con un 37.5% seguido del trastorno del humor con un 31.0% y del consumo de sustancias psicotrópicas presente en un 12.5%.

Entre las mujeres el trastorno más prevalente era el trastorno del humor con un 41.5%, seguido del trastorno esquizofrénico con un 18.5% y el trastorno neurótico con un 16.4%.

Entre los hombres, un 65.8% estaba en seguimiento por psiquiatría en el momento de la atención y éste lo hacían en el CSM en primer lugar con un 80.4% seguido del tratamiento por circuito privado en un 8.9%. Entre ellos, un 66.5% estaba tomando tratamiento psiquiátrico farmacológico. De las mujeres un 73% hacía seguimiento por psiquiatría en el momento de la atención, y éste era en primer lugar en el CSM con un 71.5%, seguido de un 11.6% por el circuito privado, y era un 71.8% las que tomaban tratamiento psiquiátrico farmacológico. En el caso de estas tres variables no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Con porcentajes similares al respecto de haber estado ingresado anteriormente, las diferencias entre hombres y mujeres no alcanzaron la significación estadística.

Dentro del grupo de pacientes ingresados por otros motivos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres al respecto de haber realizado intentos de suicidio anteriormente.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a padecer una enfermedad física o tomar tratamientos somáticos, entre hombres y mujeres. Entre los hombres, el 39.8% padecía algún tipo de enfermedad física y el 27.3% tomaba tratamiento somático.

A nivel de los antecedentes familiares de suicidio, las diferencias no alcanzan la significación estadística entre hombres y mujeres, en ellos estaba presente en el 3.4% de los casos y en ellas en el 4.1%.

En cuanto a los antecedentes familiares de enfermedad mental, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, un 17.5% de los hombres los tenía, mientras que en las mujeres eran un 15.9%.

Referente a los síntomas psicóticos en el momento de la atención a urgencias, de los hombres, fueron un 26.8% los que sí los presentaba y un 18.1% entre las mujeres, aun así, las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre sexos.

En cuanto a la derivación (de donde proceden) no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en ambos casos la mayoría acuden al servicio de urgencias desde el domicilio, concretamente un 51.9% de los hombres y un 60.2% de las mujeres, seguidos de las personas que vienen derivadas del CAP, con un 24.1% para los hombres y 19.9% para las mujeres.

En referencia a la derivación de después de la atención urgente, ambos sexos son derivados mayormente al CSM, un 51.7% de los hombres y un 61.9% de mujeres, seguidas de las derivaciones a la unidad de agudos, concretamente un 26.4% de ellos y un 20.3% de ellas.

Tabla 16. Comparativa entre sexos y las variables clínicas (otros motivos de consulta)

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Consumo de tóxicos			
Si	180 (67.9)	117 (49.6)	<0.001 [†]
No	85 (32.1)	119 (50.4)	
Tipo de toxico			
OH	38 (21.1)	24 (20.3)	0.016 [†]
THC	13 (7.2)	6 (5.1)	
Opiáceos	2 (1.1)	0 (0.0)	
Cocaína	11 (6.1)	5 (4.2)	
Nicotina	47 (26.1)	52 (44.1)	
Sedantes	1 (0.6)	3 (2.5)	
Múltiples	68 (37.8)	28 (23.7)	
Patrón de consumo			
Esporádico	14 (7.9)	8 (6.8)	0.683 [†]
Habitual	109 (61.2)	76 (65)	
Abuso	34 (19.1)	24 (20.5)	
Pasado	21 (11.8)	9 (7.7)	
Enfermedad mental previa			
Si	215 (81.1)	200 (85.5)	0.196 [†]
No	50 (18.9)	34 (14.5)	
Tipo de enfermedad mental			
T. Consumo de sustancias	27 (12.5)	13 (6.7)	<0.001 [†]
T. Esquizofrénico	81 (37.5)	36 (18.5)	
T. Humor	67 (31)	81 (41.5)	
T. Neurótico	21 (9.7)	32 (16.4)	
T. Personalidad	17 (7.9)	26 (13.3)	
Otros	3 (1.4)	7 (3.6)	
Otros			
Tt* psiquiátrico actual			
Si	173 (65.8)	170 (73.0)	0.084 [†]
No	90 (34.2)	63 (27.0)	
Lugar de tt*			
CSM	144 (80.4)	123 (71.5)	0.361 [†]
Circuito privado	16 (8.9)	20 (11.6)	
CAP	9 (5)	15 (8.7)	
CAS	8 (4.5)	10 (5.8)	
Otros	2 (1.1)	4 (2.3)	
Tt* farmacológico ps*			
actual	173 (66.5)	168 (71.8)	0.207 [†]
Si	87 (33.5)	66 (28.2)	
No			

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo/*tt: tratamiento/ *ps: psiquiátrico

Tabla 17. Comparativa entre sexos y las variables clínicas (otros motivos de consulta) [Continuación]

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Ingresos ps* previos			
Si	117 (44.3)	97 (41.5)	0.519 [†]
No	147 (55.7)	137 (58.5)	
Intentos anteriores			
Nunca	82 (83.7)	67 (70.5)	0.082 [†]
Sí, durante los últimos 12m*	11 (11.2)	14 (14.7)	
Sí, hace más de un año	5 (5.1)	12 (12.6)	
Sí, pero es un dato inseguro	0 (0.0)	2 (2.1)	
Enfermedad física			
Si	106 (39.8)	83 (35.3)	0.296 [†]
No	160 (60.2)	152 (64.7)	
Tt* somático actual			
Si	71 (27.3)	59 (26.0)	0.743 [†]
No	189 (7.7)	168 (74.0)	
Antecedentes familiares de suicidio			
Si	8 (3.4)	8 (4.1)	0.723 [†]
No	224 (96.6)	187 (95.9)	
Antecedentes familiares de enfermedad mental			
Si	46 (17.5)	37 (15.9)	0.647 [†]
No	217 (82.5)	195 (84.1)	
Síntomas psicóticos			
Sí	71 (26.8)	42 (18.1)	0.929 [†]
No	194 (73.2)	190 (81.9)	
Derivación (de donde procede)			
Domicilio	138 (51.9)	142 (60.2)	0.178 [†]
CSM	10 (3.8)	10 (4.2)	
CAP	64 (24.1)	47 (19.9)	
Hospitalización (no ps*)	1 (0.4)	4 (1.7)	
Urgencias (HG)	39 (14.7)	26 (11)	
Otros	14 (5.3)	7 (3)	
Derivación (a donde lo derivan)			
CSM	137 (51.7)	146 (61.9)	0.144 [†]
CAP	27 (10.2)	23 (9.7)	
Unidad agudos	70 (26.4)	48 (20.3)	
Domicilio	1 (0.4)	0 (0.0)	
CAS	20 (7.5)	9 (3.8)	
Otros	10 (3.8)	10 (4.2)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo / *ps: psiquiátrico/ *m: meses/ *tt: tratamiento

En resumen, las principales diferencias que encontramos entre sexos y las variables clínicas de ambos grupos son por ejemplo, que en el consumo de tóxicos son los hombres en ambos grupos, cerca de un 20% más, los que consumen algún tipo de toxico en la categoría de “múltiples tóxicos”, en cambio entre las mujeres ocupan el primer lugar las que consumen nicotina. También en los dos grupos, tanto mujeres como hombres, mayormente padecían algún tipo de enfermedad mental, pero las diferencias las encontramos en el tipo de enfermedad mental. Para los que acudían por un intento de suicidio, en primer lugar y en ambos sexos, estaban los que padecían un trastorno del estado de ánimo, mientras que en segundo lugar encontramos para ellos el trastorno de sustancias psicotrópicas y para ellas los trastornos neuróticos. En cambio en el grupo de otros motivos de consulta, en primer lugar para los hombres encontramos los trastornos esquizofrénicos, y para las mujeres los trastornos del humor. Referente a si estaban recibiendo atención psiquiátrica cuando consultaron en urgencias, encontramos una diferencia del 10.6% entre los hombres de ambos grupos, siendo mayor en el grupo de otros motivos de consulta. Igual que en las mujeres, que eran un 10% más en el grupo de intentos de suicidio las que hacían seguimiento por psiquiatría en el grupo de otros motivos de consulta. Al respecto de tener antecedentes familiares de suicidio y el sexo, los datos son similares para los hombres en ambos grupos pero para las mujeres, hay un 2% más de estas en el grupo de otros motivos de consulta. Los datos sobre tener antecedentes de enfermedad mental en la familia, son similares para los hombres de ambos grupos en cambio, para las mujeres encontramos un 6% más en el grupo

de otros motivos de consulta. Por último, y al respecto de presentar síntomas psicóticos al momento de la atención a urgencias y el sexo para ambos grupos, destacar que entre los hombres que acudían por otros motivos de consulta, un 23% más que en el grupo de intentos de suicidio presentaba síntomas psicóticos, y un 15% más de mujeres de este grupo respecto a las que acudieron por un intento de suicidio.

5.7. Comparativa entre sexos y los factores de temporalidad en ambos grupos

En este apartado se describen las principales diferencias en los factores de temporalidad entre hombres y mujeres de ambos grupos y seguimos dando respuesta al tercer y cuarto objetivo principal. Los datos los encontramos en las tablas 19 y 20 y se describen a continuación.

Resultados del objetivo principal 2: *Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por un intento de suicidio.*

Resultados del objetivo principal 3: *Conocer si existen diferencias entre sexos en las características sociodemográficas, clínicas y en los factores de temporalidad de las personas que acudieron a urgencias por otros motivos diferentes al intento de suicidio.*

5.7.1. Descripción de las principales diferencias en los factores de temporalidad entre hombres y mujeres (intentos de suicidio)

Sin diferencias significativas estadísticamente entre hombres y mujeres en ninguno de los factores de temporalidad estudiados (hora, día, mes y estación), ambos sexos escogieron el horario de tarde para llevar a cabo el episodio de autolesión mayoritariamente, concretamente fueron un 45.7% de hombres y un 40.9% de mujeres, seguido del periodo de la mañana, con porcentajes similares entre hombres y mujeres.

Los días escogidos entre los hombres con mayor frecuencia fueron los lunes y los jueves con un 17.1% de personas cada día. De las mujeres, un 16.1% escogieron el jueves en primer lugar, seguidas de un 15.4% que escogieron el lunes también.

En cuanto a los meses con más intentos para los hombres fueron abril y mayo con un 10.7% en cada uno. En cambio, entre las mujeres los meses mayormente escogidos fueron, julio con un 13.5% y junio con un 10.6%.

En referencia a la estación del año escogida, los hombres escogieron la primavera en primer lugar con un 28.3%, seguida del invierno con un 24.6%; en cambio las mujeres en primer lugar escogieron el verano con un 33.1%, seguida de la primavera con un 25.7%.

Tabla 18. Comparativa entre sexos y los factores de temporalidad (intentos de suicidio)

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Hora del intento/atención			
Mañana	56 (30.1)	93 (30.2)	0.514 [†]
Tarde	85 (45.7)	126 (40.9)	
Noche	29 (15.6)	65 (21.1)	
Madrugada	16 (8.6)	23 (7.5)	
Día de la semana			
Lunes	32 (17.1)	48 (15.4)	0.161 [†]
Martes	19 (10.2)	47 (15.1)	
Miércoles	27 (14.4)	46 (14.8)	
Jueves	18 (9.6)	50 (16.1)	
Viernes	31 (16.6)	40 (12.9)	
Sábado	32 (17.1)	38 (12.2)	
Domingo	28 (15.0)	42 (13.5)	
Mes del año			
Enero	18 (9.6)	23 (7.4)	0.788 [†]
Febrero	15 (8.0)	22 (7.1)	
Marzo	13 (7.0)	26 (8.4)	
Abril	20 (10.7)	24 (7.7)	
Mayo	20 (10.7)	30 (9.6)	
Junio	16 (8.6)	33 (10.6)	
Julio	16 (8.6)	42 (13.5)	
Agosto	13 (7.0)	28 (9.0)	
Septiembre	12 (6.4)	20 (6.4)	
Octubre	16 (8.6)	19 (6.1)	
Noviembre	15 (8.0)	22 (7.1)	
Diciembre	13 (7.0)	22 (7.1)	
Estación del año			
Primavera	53 (28.3)	80 (25.7)	0.200 [†]
Verano	45 (24.1)	103 (33.1)	
Otoño	43 (23)	61 (19.6)	
Invierno	46 (24.6)	67 (21.5)	

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo

5.7.2. Descripción de las principales diferencias en los factores de temporalidad entre hombres y mujeres (otros motivos de consulta)

Sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los factores de temporalidad (hora, día, mes y estación), ambos sexos escogieron el horario de tarde para acudir al servicio de urgencias, concretamente un 63% de hombres y un 66.8% mujeres, seguido de la mañana, con un 27.7% y un 24.6% mujeres.

Entre los hombres, los días con mayor frecuencia fueron los viernes con un 16.9% y con un 14.7% los domingos y lunes. De las mujeres, el día más frecuentado fue el jueves con un 19.1%, seguidas de un 17.4% que acudieron el viernes.

El mes que acudieron más hombres fue en junio, un 11.8% de casos, seguido de septiembre y abril, con un 9.7%. En cambio entre las mujeres, septiembre lo encontramos en primer lugar, con un 11.9% de los casos, seguido de noviembre con un 11.4%.

Respecto a la estación del año escogida, los hombres acudieron más en verano 27.7% y en otoño con un 27.3%, al igual que las mujeres, un 29.9% en verano y 24.9% en otoño.

Tabla 19. Comparativa entre sexos y los factores de temporalidad (otros motivos de consulta)

VARIABLES	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Hora del intento/atención			
Mañana	66 (27.7)	49 (24.6)	0.857 [†]
Tarde	150 (63)	133 (66.8)	
Noche	16 (6.7)	13 (6.5)	
Madrugada	6 (2.5)	4 (2.0)	
Día de la semana			
Lunes	39 (14.7)	38 (16.1)	0.504 [†]
Martes	44 (16.5)	26 (11)	
Miércoles	29 (10.9)	29 (12.3)	
Jueves	39 (14.7)	45 (19.1)	
Viernes	45 (16.9)	41 (17.4)	
Sábado	30 (11.3)	29 (12.3)	
Domingo	39 (14.7)	28 (11.9)	
Mes del año			
Enero	22 (9.2)	19 (9.5)	0.667 [†]
Febrero	15 (6.3)	11 (5.5)	
Marzo	12 (5.0)	11 (5.5)	
Abril	23 (9.7)	13 (6.5)	
Mayo	17 (7.1)	19 (9.5)	
Junio	28 (11.8)	20 (10.0)	
Julio	19 (8.0)	16 (8.0)	
Agosto	19 (8.0)	24 (11.9)	
Septiembre	23 (9.7)	10 (5.0)	
Octubre	21 (8.8)	17 (8.5)	
Noviembre	21 (8.8)	23 (11.4)	
Diciembre	18 (7.6)	18 (9.0)	
Estación del año			
Primavera	52 (21.8)	43 (21.4)	0.929 [†]
Verano	66 (27.7)	60 (29.9)	
Otoño	65 (27.3)	50 (24.9)	
Invierno	55 (23.1)	48 (23.9)	

[†]El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo

En resumen, coinciden en ambos grupos, tanto hombres como mujeres, que escogieron el periodo de la tarde tanto para el intento de suicidio, como para acudir a urgencias por otros motivos. En cuanto al día de la semana, hay diferencias entre los grupos y los sexos, los hombres que hicieron un intento escogieron los lunes y los jueves, en cambio los que acudieron por

otros motivos fue mayoritariamente los viernes y los domingos. Para las mujeres que hicieron un intento de suicidio, escogieron en primer lugar el lunes seguido del jueves, y las que acudieron por otros motivos lo hicieron en primer lugar el jueves y en segundo el viernes. También hay diferencias entre hombres y mujeres y el mes del año, para el grupo de intentos, los hombres acudieron más en abril y mayo y los del otro grupo lo hicieron en junio y septiembre. Las mujeres del grupo de intentos de suicidio acudieron más en julio y junio y del segundo en septiembre y noviembre. De nuevo hay diferencias entre los grupos y los sexos en relación a la estación del año, los hombres que acudieron por un intento de suicidio, lo hicieron más en primavera y los que acudían por otros motivos en verano, dato que coincide con las mujeres de ambos grupos.

5.8. Comparativa entre sexos y las características del intento de suicidio

Los detalles de la descripción del intento se muestran en la tabla número 21, los cuales hacen referencia a la comparativa entre hombres y mujeres y se describen a continuación. En este apartado damos respuesta a los objetivos específicos 6, 7 y 8 del estudio.

Resultados del objetivo específico 6: *Especificar las diferencias entre el método más frecuentemente utilizado para la conducta suicida entre hombres y mujeres.*

Resultados del objetivo específico 7: *Conocer las diferencias en la intencionalidad suicida entre hombres y mujeres.*

Resultados del objetivo específico 8: *Averiguar las diferencias en la derivación entre hombres y mujeres que han realizado una conducta suicida.*

Del total de la muestra que acudió por haber realizado un intento de suicidio, fueron un 59.4% personas que escogieron la sobreingesta medicamentosa como método para el intento, seguidos de los que escogieron la autoagresión que fueron un 28.1%.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, la sobreingesta alcanzó la primera posición tanto en hombres como en mujeres, siendo superior en un 25% en las mujeres, en cambio en los hombres, la autoagresión superó a las mujeres en un 17% ($p < 0.001\%$).

Sin diferencias significativas entre sexos, fueron un 75.7% de la muestra los individuos que llevaron a cabo el intento de manera impulsiva, seguidos de los que presentaban una intencionalidad seria, presente en un 14.3% para ambos.

En cuanto a la ideas entorno a la muerte en el momento de la consulta en urgencias, el 81.7% los individuos afirmaron ya no tenerlas en el momento de la atención. De nuevo, en referencia al sexo y estas ideas, las diferencias no fueron estadísticamente entre ambos, la mayoría de hombres y mujeres afirmó no tenerlas.

Sobre si tenían o no un plan estructurado para llevar a cabo el intento, del total de este grupo, un 86.3% las que respondieron que no lo tenían. Una vez más las diferencias entre sexos al respecto de esta variable no alcanzó la significación estadística.

Un 76.5% venían derivadas del servicio de urgencias de un hospital general, seguidas de las que venían del domicilio con un 10.6% y del CAP con un porcentaje similar (9.6%). Sin encontrar diferencias significativas entre sexos en cuanto a la derivación, un 70.6% de hombres y un 80.1% de mujeres, venían derivados del servicio de urgencias de un hospital general, seguidos de los que acudían desde el domicilio, un 15% de los hombres y un 8% de las mujeres y de los que venían derivados del CAP con igual porcentaje (9.6%)

Del total de personas que se atendieron por haber realizado un intento de suicidio, un 53.8% fueron derivadas al CSM para llevar un seguimiento posterior, seguidas de las que se ingresaron en la unidad de agudos por la gravedad de los síntomas que fueron un 21.3% y un 11.5% que fueron derivadas al CAP. Respecto a la derivación después de la atención a urgencias, las diferencias entre sexos sí que fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$), un 15% más de mujeres que de hombres fueron derivadas al CSM, seguidos de los que fueron ingresados en agudos, con una diferencia del 6.8% más en los hombres y por último, en destacar que un 10.7% más de los hombres que de las mujeres fueron derivados al CAS.

Tabla 20. Comparativa entre sexos y las características del intento

Variables	N (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Método empleado				
SM*	296 (59.4)	82 (45.1)	214 (69.3)	<0.001 [†]
SM* + OH*	45 (9.0)	22 (12.1)	23 (7.4)	
Defenestración	1 (0.2)	1 (0.5)	0 (0.0)	
Autoagresión	140 (28.1)	72 (39.6)	68 (22.0)	
Ingesta cáusticos	9 (1.8)	5 (2.7)	4 (0.3)	
Intencionalidad				
Intento deliberado	16 (3.2)	7 (3.8)	9 (2.9)	0.825 [†]
Baja intencionalidad	27 (5.4)	10 (5.5)	17 (5.5)	
Intencionalidad seria	71 (14.3)	29 (15.9)	42 (13.6)	
Impulsivo	377 (75.7)	136 (74.7)	241 (78.0)	
Ideas entorno a la muerte				
Sí	85 (17.1)	38 (20.7)	47 (15.3)	0.126 [†]
No	407 (81.7)	146 (79.3)	261 (84.7)	
Plan estructurado				
Sí	62 (12.4)	26 (14.2)	36 (11.7)	0.409 [†]
No	430 (86.3)	157 (85.8)	273 (88.3)	
Derivación (de donde procede)				
Domicilio	53 (10.6)	28 (15.0)	25 (8.0)	0.076
CSM	6 (1.2)	4 (2.1)	2 (0.6)	
CAP	48 (9.6)	18 (9.6)	30 (9.6)	
Hospitalización (no ps*)	7 (1.4)	3 (1.6)	4 (1.3)	
Urgencias (HG*)	381 (76.5)	132 (70.6)	249 (80.1)	
Otros	3 (0.3)	2 (1.1)	1 (0.3)	
Otros				
Derivación (a donde va)				
CSM	266 (53.8)	82 (44.6)	184 (59.4)	<0.001
CAP	57 (11.5)	18 (9.8)	39 (12.6)	
Unidad agudos	105 (21.3)	47 (25.5)	58 (18.7)	
Domicilio	19 (3.8)	8 (4.3)	11 (3.5)	
CAS	31 (6.3)	24 (13)	7 (2.3)	
Otros	16 (3.2)	5 (2.7)	11 (3.5)	
Otros				

*El porcentaje expresado en cada variable hace referencia al número de individuos dentro de cada grupo según el sexo/*SM: sobreingesta medicamentosa/ *OH: alcohol /*ps: psiquiátrica

*HG: urgencias

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo VI: Discusión

Mito: *“Si una persona mejora tras una crisis suicida o un trastorno, el riesgo ha pasado”*

Criterio científico: las personas con ideas suicidas que lo han intentado alguna vez tienen tres veces más posibilidades de intentarlo de nuevo que aquellas que no lo han intentado nunca. Es habitual que cuando parece que las personas han mejorado tras sufrir una tentativa o cuando empiezan a salir de una depresión, se producen intentos más graves, es cuando su situación física mejora que pueden llevar a cabo la acción (14,16,133,135).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

6. Discusión

En relación a las diferencias sociodemográficas en el sexo de la población estudiada, los hallazgos están en la línea de otras investigaciones. Entre las personas que acudieron por un intento de suicidio, el 64% eran mujeres, dato que coincide con otras investigaciones realizadas en diferentes países de Europa (48,64,66), diversas comunidades autónomas de España (87,93,139) y otros países como México (92) o Argentina (140). Aun así, también encontramos otros estudios en que las diferencias entre hombres y mujeres no fueron significativas estadísticamente (7,141–143) en cuanto a la realización de un intento de suicidio.

En países industrializados las tasas de suicidios aumentan con la edad y se encuentra una mayor incidencia en individuos mayores de 65 años, alcanzando su punto más alto en los individuos de 85 años (94,144–148). También es una de las principales causas de muerte entre la juventud, concretamente entre los jóvenes de 15 a 29 años, es la segunda causa de muerte a nivel mundial (2).

En cuanto a los intentos de suicidio son más frecuentes en los grupos de edad más jóvenes. Según los datos del estudio WHO/EURO (67), los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres del grupo de 15-24 años de edad, seguido por el grupo de 25-34 y de 35-44 años. Para los hombres, las tasas más altas se dan en el grupo de 25-34 años, seguidos por el de 35-44 años y los jóvenes de 15-24 años (37,149). En nuestro estudio, en el grupo de intentos de suicidio, en los hombres predominan las edades comprendidas entre los 36 y los 45

años, seguido del grupo de los 26 a los 35 años, mientras que en el grupo de las mujeres, encontramos en primer lugar las edades comprendidas entre los 46 y los 55 años pero son seguidas por los 36 a los 45 años. Estos datos divergen de otras investigaciones en las que se encuentran que los intentos, sí que son más prevalentes en mujeres jóvenes pero en la franja de 15 a 29 años (92,140,150–154).

En la presente investigación, en cuanto a la mediana de edad hay diferencias significativas entre los grupos. Las personas que acudían por haber realizado un intento de suicidio presentaron una mediana de 41 ± 22 años mientras que en el grupo que consultó por otros motivos de 39 ± 20 años. Estos datos coinciden con algunas investigaciones que estudiaban las características sociodemográficas de los pacientes que habían llevado a cabo un conducta suicida en diferentes ámbitos (emergencias extrahospitalarias y unidades psiquiátricas) y la mediana de edad estaba alrededor de los 40 años (142, 143,152).

En relación al estado civil, nos remontamos a Durkheim de nuevo, para quien el suicidio se hallaba directamente relacionado con las instituciones y los aspectos generales de la sociedad en su conjunto y en particular, con el matrimonio, la viudedad, la vida familiar y la religión (155).

Del total de la muestra, los individuos que vivían en pareja o estaban casados eran los más predominantes, pero en el grupo de intentos de suicidio representaban un 12% más. En este grupo un 18.3% más de mujeres estaba casada o vivía en pareja, en cambio el 18.2% más de los hombres, estaban solte-

ros, viudos o divorciados, concretamente los hombres solteros doblaban a las mujeres en este grupo. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones en la que se evidencia una correlación positiva entre estar soltero/a o divorciado y el riesgo de suicidio entre los hombres (69,71,125). Como por ejemplo, un estudio realizado en España, concretamente en A Coruña, en el cual se estudiaron diversas variables, entre ellas el estado civil de las personas que acudieron al servicio de urgencias por haber realizado un intento de suicidio durante 10 años (1997-2007) (87) y encontraron que las personas solteras y separadas eran más predominantes que el resto. Otro estudio realizado en Japón durante 14 años, sobre las características sociodemográficas de 15.597 personas que habían llevado a cabo algún tipo de conducta suicida, encontraron que los hombres que estaban solteros, viudos o separados tenían un riesgo más alto que las mujeres que vivían en las mismas condiciones (95). Otro realizado en Irlanda del Norte, estudiando el sexo y el estado civil en relación al riesgo de suicidio, concluyó que los hombres solteros tenían un mayor riesgo de cometer una conducta suicida, en cambio esta correlación solo era positiva para las mujeres de 20 a 34 años (96). En cambio, en una revisión sistemática de estudios sobre la epidemiología del suicidio que estudió publicaciones del 1997 al 2007, mostraba que los comportamientos suicidas graves eran más prevalentes entre las mujeres jóvenes solteras (43). Otro estudio realizado por el Centro Nacional de estadísticas sanitarias de Colorado, concluyó que el estado civil, concretamente estar viudo, era un factor de riesgo significativo para los hombres, pero no para las mujeres, por lo tanto que esto puede

estar relacionado con que el matrimonio ofrece mayores beneficios a los hombres que a la mujeres, potencialmente porque éstas invierten más tiempo y energía que otros familiares al cuidado de la salud y bienestar de los niños, maridos y otros miembros de la familia. Además, los hombres son especialmente vulnerables frente al riesgo de suicidio cuando pierden ese apoyo social debido a la viudez (156). Otra investigación realizada en Italia, corrobora esos resultados, afirmando que las tasas de suicidio entre los hombres viudos, separados y solteros, eran considerablemente mayor que entre los hombres casados (157).

En nuestro estudio, la mayoría de personas que acudían por haber realizado una conducta suicida, vivían en pareja o con los hijos, siendo un 20% más para las mujeres, resultados que coinciden con otras investigaciones realizadas en nuestro país (139,154). En cambio, en otros estudios el hecho de disponer de una buena red de apoyo entre los familiares y amigos, era considerado un factor protector de la conducta suicida (8,71,125,158). Esto puede deberse a que un gran número de personas (58.5%) en este grupo, afirmaba tener problemas de relación en el momento de realizar el acto.

En general, se considera que el nivel educativo no tiene un papel determinante en el comportamiento suicida. Aun así, en algunos estudios se encuentra un nivel educativo más bajo en las personas que intentan o consuman el suicidio (26,94,145). En los datos hallados en el presente estudio, los sujetos con estudios primarios están mayoritariamente representados en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas.

Estos datos coinciden con otras investigaciones publicadas en nuestro país (87,139,154,159) que estudiaban el perfil de las personas que habían llevado a cabo un intento de suicidio tanto en los servicios de urgencias como en unidades psiquiátricas y en algunas revisiones sistemáticas (43,71).

Diversos autores coinciden al señalar la existencia de una relación entre las conductas suicidas y diversos marcadores socio-económicos, entre ellos el desempleo (94,145). En nuestra investigación, las personas que acudían por realizar una conducta suicida, se encontraban inactivas en el momento de la atención ya sea por no tener actividad alguna, estar jubilado o estudiando, de baja o discapacidad o desempleados (70.5%). Estos datos coinciden con diversas investigaciones llevadas a cabo en diferentes países alrededor del mundo (88,160–162) en las que se asocia el desempleo con un mayor riesgo de cometer una conducta suicida. En los hombres, el grupo de sujetos activos estaba más representado en los intentos de suicidio, en cambio en el grupo de otros motivos de consulta eran mayoritariamente los que estaban de baja o discapacidad. En las mujeres eran las que estaban de baja e inactivas las que se encontraban más representadas en ambos grupos, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas. Aun así, también encontramos investigaciones en Europa y Sud América, todos ellos realizados en los servicios de urgencias ya sea psiquiátricas o de un hospital general, donde la muestra que acudía por haber realizado un intento de suicidio, mayoritariamente estaba activa laboralmente (87,139,163). En este sentido, algunos autores conceden poca importancia al desempleo como desencadenante de los comportamientos suicidas, a pesar de que el

desempleo se asocia a los intentos serios de suicidio tanto en hombres como en mujeres, el riesgo atribuible es solo del 7.3%, lo que sugiere que la situación de desempleo contribuye en una pequeña medida al desencadenamiento del acto suicida (85).

En la muestra estudiada, entre la mayoría de las personas, las dificultades económicas no constaban como una de las principales preocupaciones en el momento de la atención a urgencias. En ambos grupos, eran los hombres los que referían mayor preocupación sobre este tema. Estos resultados divergen con los expuestos por otros autores, en que se asocia una situación económica deficiente con el riesgo de cometer una conducta suicida (164–166).

La inmigración, unida al desarraigo y el aislamiento, supone un factor de riesgo de comportamientos suicidas, aunque este riesgo disminuye cuando se emigra con toda la familia (85). Esto se ha observado en las familias de inmigrantes en las que se ha mantenido la misma tasa de suicidio de su país de origen durante las primeras generaciones, y parece apoyar la teoría de la integración social de Durkheim (33), ya que una mayor capacidad de adaptación protege frente a este efecto suicidógeno de la emigración. En el presente estudio, en el grupo de personas que acudían por un intento de suicidio, había más del doble de extranjeros que en el otro grupo. Estos datos coinciden con otros realizados en nuestro país, tanto para los intentos de suicidio (154,167,168) como los suicidios consumados (169).

En cuanto al lugar de residencia, según el módulo 2 de la historia clínica de la unidad donde se ha realizado el estudio, se considera una población rural cuando tiene menos de 2000 habitantes, intermedia de 2001 a 10000 y urbana cuando tiene más de 10000. En cambio, en el estudio ESEMeD, consideraron zona rural < de 10.000 habitantes. Dicho esto, especificar que en la zona de estudio, les Terres de l'Ebre, es una zona mayormente rural, ya que solo encontramos 4 municipios de más de 10.000 habitantes (anexo 7). En el estudio anteriormente mencionado (64), quienes presentaron mayor incidencia de pensamientos suicidas e intentos de suicidio eran las personas que vivían en zonas urbanas.

Con diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, encontramos que un 58.5% de las personas que acudían por un intento de suicidio presentaban problemas de relación. En este grupo, los problemas principalmente eran con la pareja en un 46.7%, en cambio, en el grupo que acudían por otros motivos de consulta, eran con los padres en un 35.3%, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos. El conflicto familiar se ha encontrado como factor de riesgo de la conducta suicida en varias investigaciones alrededor del mundo, como por ejemplo un estudio realizado en Colombia donde se estudió a 73 sujetos que habían ingresado en una unidad de agudos por un intento de suicidio del 2013 al 2014 (170) u otro realizado en Hong Kong, donde se estudiaron 85 individuos de 30 a 49 años que habían consumado el suicidio, a través de la autopsia psicológica, y donde encontraron los problemas de relación como factor de riesgo asociado al suicidio (171). Otro estudio realizado en nuestro país, concre-

tamente en Málaga, y estudiando de nuevo 40 casos de suicidio consumado a través de la autopsia psicológica, también se encontró que los conflictos familiares en el mes previo al suicidio era una de las variables asociadas al suicidio seguida de los conflictos de pareja, pero esta última sin alcanzar la significación estadística (172). En cambio, en otros estudios fueron los problemas de pareja los que se encontraban en primer lugar como factor de riesgo asociado al suicidio seguidos de los conflictos familiares (103,140,163,173).

En cuanto al consumo de tóxicos encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Un 51.2% de las personas que acudieron por un intento de suicidio, consumía algún tipo de tóxico. En cuanto al tipo de tóxico consumido, no se encontraron diferencias con significación estadística entre los grupos, pero aun así, nombrar que en primer lugar encontramos la variable “múltiples tóxicos” seguida de la nicotina y el alcohol, y respecto al patrón, estaba el “habitual” en primer lugar y en ambos grupos.

Los trastornos por uso de sustancias psicotrópicas y, más aún, los trastornos por consumo de alcohol se asocian a comportamientos suicidas (tentativas y suicidio consumados) con una frecuencia más alta de la esperable en la población general. El consumo aislado de alcohol y de otros tóxicos, independientemente de que exista un proceso adictivo de base, también se asocia con frecuencia a tentativas de suicidio y suicidios consumados (174). Nuestros resultados coinciden con algunas investigaciones en que se pretendía caracterizar un perfil de las personas que llevaban a cabo una conducta suicida, tanto en

pacientes ingresados en unidades de psiquiatría, como en los servicios de urgencias, y en las que el consumo de sustancias y/o alcohol estuvo presente (140,170,175,176), aun así, también encontramos una investigación que estudiaba los factores de riesgo asociados al suicidio mediante la autopsia psicológica, en el que el porcentaje del consumo de tóxicos era mucho mayor entre los casos (40% frente al 15% de los controles), resultado que diverge con el nuestro (172).

En cuanto las diferencias por sexos y el consumo de tóxicos, son los hombres que consumen múltiples tóxicos los que encontramos en primer lugar en el grupo de intentos de suicidio, en cambio, entre las mujeres de este grupo, estaban las que consumían alcohol seguidas de las que consumían múltiples tóxicos con un porcentaje muy similar. Ha sido difícil encontrar estudios donde se estudie la diferencia entre sexos y el consumo de sustancias ya que son escasos los estudios que han valorado las diferencias de género en relación a la presencia de ideación autolítica y/o riesgo de suicidio en población drogodependiente. La muestra de mujeres en este tipo de estudios suele estar infrarrepresentada, haciendo inútil cualquier intento por establecer diferencias. No obstante, existen algunas excepciones que permiten apoyar la hipótesis de un mayor riesgo entre las mujeres aunque este hallazgo debe ser considerado con cautela en virtud de las limitaciones expuestas (177). Aun así, encontramos algún estudio donde observaron que el riesgo de mortalidad por suicidio era tres veces superior entre mujeres drogodependientes, respecto a los hombres y este mismo metanálisis estableció un riesgo de suicidio 3 veces superior entre los hombres adictos al alcohol respecto a las mujeres

adictas al mismo (178). Otro estudio evaluó la presencia de ideas autolíticas e intentos de suicidio en 315 veteranos y 310 veteranas de guerra adictos a las drogas y sin hogar. Entre las mujeres se registró una tasa más elevada tanto de ideación autolítica como de intentos (179).

En cuanto a tener antecedentes de enfermedad mental, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados, siendo un 15% mayor en el grupo que acudía por otros motivos de consulta. Este dato diverge con los resultados de otro estudio similar y realizado en España, en el que se estudiaba una muestra dividida en dos grupos según el motivo de consulta (intento de suicidio vs otros motivos) por el cual acudían a urgencias de un hospital general y en el que la prevalencia más alta de antecedentes de un trastorno mental se encontró en el grupo que acudía por una conducta suicida (87).

En cuanto al trastorno anteriormente diagnosticado, en ambos grupos encontramos en primer lugar los trastornos del humor pero con un 10% más en el grupo de intentos de suicidio. Los siguientes trastornos más frecuentes en este grupo fueron los trastornos neuróticos, los de personalidad y consumo de sustancias. En cambio, en el grupo de otros motivos de consulta, encontramos en segundo lugar los trastornos esquizofrénicos, seguidos de los neuróticos y de personalidad con porcentajes similares. Estos datos concuerdan con los de múltiples investigaciones (7,64,93,136,142,143,150,158,172,180–182) donde se asocian los trastornos del humor con el suicidio, como por ejemplo un estudio realizado por la OMS a nivel mundial sobre los trastornos mentales y el comportamiento suicida, donde se

concluye que los predictores más fuertes de los intentos de suicidio en los países desarrollados fueron los trastornos del estado de ánimo (183). Además, también coinciden con algunos de ellos en los cuales en segundo lugar, se encuentran los trastornos neuróticos (7,143,150,158). Estos resultados los podemos asociar con los de un estudio realizado en Madrid por uno de los especialistas en suicidio del país, el Dr. Baca García, en el que concluye que en poblaciones clínicas la comorbilidad depresión-ansiedad es el factor de riesgo más importante para la conducta suicida, a diferencia de estas condiciones por separado y que otros diagnósticos (184). Hay algún estudio que diverge de nuestros resultados en esta variable, como es uno realizado también en Madrid, en el que se estudió durante un año a 67 pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría con motivo de intento de suicidio, en él encontraron el diagnóstico más frecuentemente asociado al intento fueron los trastornos neuróticos y de personalidad en primer lugar (185). Otras investigaciones, realizada en España e Irlanda del norte, encontraron en segundo lugar después de los trastornos del humor, los trastornos de personalidad (172,181); aun así, algunas revisiones bibliográficas concluyen que el riesgo de suicidio en pacientes con un trastorno de personalidad, sobretudo el trastorno límite, es elevado (186,187).

En referencia a los trastornos esquizofrénicos, en nuestro estudio están menormente representados en el grupo de intentos de suicidio, solo con un 6.4%, y las personas que presentaban síntomas psicóticos en el momento de la atención era de un 3%, dato que no coincide con la bibliografía, ya que diferentes estudios demuestran la asociación entre padecer un trastorno

psicótico y el riesgo de suicidio (188,189). Por ejemplo, un estudio realizado en nuestra provincia, ya comentado anteriormente, se evidenció también la asociación entre la prevalencia de los intentos de suicidio entre las personas diagnosticadas de esquizofrenia y el elevado riesgo de repetir el intento en aquellos pacientes que habían intentado suicidarse al menos una vez (118).

Destacar que la presencia de síntomas psicóticos en el grupo de personas que acudió por otros motivos, es considerablemente superior, con un 22.7%. Este dato lo podemos relacionar con los resultados del tipo de enfermedad mental más prevalente en este grupo, que fueron las personas afectadas por un trastorno esquizofrénico las que encontramos en segundo lugar por detrás de los trastornos del humor.

En relación a las diferencias entre sexos y padecer una enfermedad mental, encontramos diferencias significativas entre ambos sexos en el grupo de intentos de suicidio, estando en primer lugar en ambos sexos las personas que padecían un trastorno del humor, pero con un 15% más en las mujeres. Para los hombres en segundo lugar encontramos el trastorno por abuso de sustancias, en cambio para las mujeres los trastornos neuróticos y los de personalidad con porcentajes similares. En el grupo que acudió por otros motivos, también son estadísticamente significativas las diferencias entre sexos, para los hombres estaba en primer lugar los trastornos esquizofrénicos, seguido de los trastornos del humor, en cambio para las mujeres en primer lugar encontramos los trastornos del humor con un 23% de diferencia respecto a los trastornos esquizofrénicos

que encontramos en segundo lugar. Estos datos divergen del estudio comentado anteriormente, realizado en España, en el que entre sus hallazgos encontraron que el diagnóstico con mayor riesgo para un intento de suicidio es el grupo de trastornos de personalidad, seguido de los trastornos del humor y los trastornos psicóticos (87).

Siguiendo con los datos clínicos, encontramos diferencias significativas entre los grupos respecto a estar en seguimiento por psiquiatría y estar tomando algún tratamiento psiquiátrico, siendo un 9% más en ambas variables para el grupo que acudía por otros motivos de consulta. Cabe destacar la escasez de estudios donde se analizaran estas variables asociadas al intento de suicidio, pero aun así, nuestros resultados son similares a los de otro estudio realizado en nuestro país, concretamente en Oviedo, con una muestra parecida, donde encontraron que 59.6% de personas que habían realizado una conducta suicida, estaban en tratamiento o habían tenido contacto con los servicios de salud mental (154), en cambio también encontramos otro realizado en Madrid, donde el porcentaje de personas que había realizado un intento de suicidio y que estaba en tratamiento por psiquiatría o psicología era de un 40.7%, frente a un 60.6% en nuestro estudio, aunque las muestras y el ámbito de atención son diferentes (142).

Cada año, por cada suicidio consumado, hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento de suicidio previo es el predictor más importante de suicidio en la población general (2,150,173,190). El riesgo de cometer el comportamiento suicida es más elevado durante el primer año que

sigue al intento de suicidio y en especial, durante los primeros 3 a 6 meses (26). Siguiendo esta línea encontramos investigaciones en España y Latinoamérica, donde el haber realizado un intento anterior es un factor de riesgo importante asociado al suicidio (87,172,182). En nuestro estudio, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos ni en entre sexos, alrededor del 30% del total de personas estudiadas, había realizado un intento anteriormente, concretamente, un 6% más en el grupo que acudía por un intento de suicidio frente al que acudió por otros motivos, siendo el mayor número de ellas durante el año previo a la atención a urgencias.

Según la evidencia científica (65,190,191), el dolor crónico y algunas enfermedades somáticas son un predictor importante de la conducta suicida. Aun así, nuestros resultados divergen en cuanto a esta variable ya que las diferencias entre los grupos y entre los sexos no alcanzo la significación estadística.

La transmisión intrafamiliar de psicopatología se ha convertido en un importante factor etiológico de las enfermedades psiquiátricas. Los resultados de las investigaciones han indicado que los individuos con una historia familiar de enfermedad psiquiátrica tienen un elevado riesgo de padecerla, y que tanto la genética como los factores ambientales pueden desempeñar un importante papel en dicha transmisión. Sin embargo, el mecanismo que causa la transmisión del comportamiento suicida de padres a hijos todavía dista de ser entendido (192). En nuestro estudio se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tener antecedentes de enfermedad mental en la familia, con un 4.8% superior en el grupo de otros motivos

de consulta. En cambio, para los antecedentes familiares de suicidio no se han encontrado diferencias significativas ni entre los grupos, ni entre ambos sexos en los dos grupos. Estos resultados divergen con los de otras investigaciones, en las cuales se encontró como factor de riesgo asociado al intento de suicidio tener antecedentes familiares de alcoholismo (150) o con otro, en el que se estudiaron los factores de riesgo al intento de suicidio de personas atendidas en un servicio de urgencias, pero con una muestra mucho menor a la nuestra, en el que el 21.4% tenía antecedentes familiares de intentos de suicidio o de suicidio consumado, frente al 2.9% de nuestro estudio (173).

En cuanto a los factores de temporalidad asociados al intento de suicidio, la única variable que presenta diferencias estadísticamente significativas entre los grupos es la hora del intento, siendo tres veces mayor en los intentos de suicidio en la noche-madrugada (27% vs 9%). En cuanto a esta variable, en la bibliografía encontramos disparidad de datos, por ejemplo, en dos estudios realizados en España, donde relacionaban el intento de suicidio con los factores de temporalidad (141,193), coinciden con nuestros resultados al encontrar que las horas de mayor afluencia de intentos fueron de las 14:00 a las 24:00h aproximadamente. En cambio, otros estudios de nuestro país (142,194) las horas de mayor afluencia de actos suicidas fueron de día, de las 07:00 a las 20:59h y en otro, la distribución de los intentos a lo largo del día fue proporcional en los tres turnos de atención, teniendo en cuenta que el turno de noche tiene 10 horas (93).

Cabe señalar que no se encontraron diferencias con significación estadística para el resto de variables asociadas a la temporalidad, pero comentar que los días con mayor afluencia de intentos fueron los lunes, miércoles, sábado y domingo; y si separamos la muestra por sexos, encontramos para las mujeres el lunes como el día de mayor afluencia, seguido de los sábados y los domingos y para los hombres, los jueves en primer lugar, seguidos de los lunes y los martes. Estos datos coinciden con los de un estudio anteriormente comentado, en el cual encontraron en primer lugar los lunes, seguidos de los domingos y los sábados (93).

En referencia al mes, en nuestro estudio, aún sin diferencias significativas, encontramos que el mes con más intentos de suicidio fue julio, seguido de mayo y junio, datos que están en la línea de otras investigaciones (141,142,194).

En cuanto a la estación del año, el suicidio ha sido relacionado con la temperatura, humedad, vientos y fase lunar, pero con resultados contradictorios. Durkheim, señaló que el factor climático no influye en la conducta suicida, sin embargo, encontró una mayor frecuencia de suicidios en primavera y verano *“no es el invierno ni el otoño cuando el suicidio alcanza su máximo, sino en la bella estación, cuando la naturaleza es más risueña y la temperatura más dulce. El hombre deja con preferencia la vida en el momento en que le resulta más fácil”* (33) p. 83.

Coincidiendo con Durkheim, en nuestro estudio, las estaciones con más intentos de suicidio son el verano con un 29.7% y la primavera con un 26.7%.

Los métodos utilizados para el suicidio varían notablemente en función de los países, las culturas, las épocas y algunas características demográficas, puesto que en su elección interviene un gran número de factores, como la disponibilidad y accesibilidad a los mismos, su aceptación sociocultural, la confianza en su capacidad letal o la imitación. Así, por ejemplo, en Estados Unidos, un porcentaje notable de suicidios son por armas de fuego, mientras que en España este porcentaje es bastante escaso (42).

En nuestro estudio, tanto en hombres como en mujeres pero con diferencias significativas, el método más frecuentemente utilizado para llevar a cabo el intento fue la sobreingesta medicamentosa seguida de la autoagresión, dato que coincide con múltiples investigaciones comentadas anteriormente, de España, centro América y Latinoamérica (92,139,150,163,170). También encontramos algunos estudios en que se encuentran diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al método utilizado para el intento, en los que para las mujeres fue también la sobreingesta medicamentosa el método más frecuentemente utilizado, pero para los hombres fue la autoagresión (140). Y en cambio, en otro estudio realizado en nuestra comunidad autónoma, el cual estudiaba las características asociadas al suicidio a través de la autopsia psicológica, afirmaban que la mayoría de su muestra eran hombres y habían utilizado un método violento para acabar con su vida en un 88.6%, tales como el ahorcamiento, la precipitación, las lesiones con arma blanca, armas de fuego y casi en último lugar la sobreingesta de fármacos (136). En otras referencias también encontramos que sí existen diferencias entre sexos en cuanto a los métodos suicidas.

En este sentido, un mayor porcentaje de mujeres utiliza la intoxicación por fármacos, mientras que los hombres recurren con más frecuencia a métodos como el ahorcamiento. En resumen, los varones utilizan métodos más letales y violentos, mientras que las mujeres se decantan por métodos pasivos, menos violentos, como las sobredosis, datos que difieren de los nuestros (195).

Refiriéndonos a la intencionalidad, la mayoría de personas sin diferencias entre sexos, hizo el intento de manera impulsiva 75.4%, con una diferencia importante de la segunda variable que fue la intencionalidad seria, pero con un 14.3%. Este dato coincide con el de otras investigaciones, donde se encuentra la realización del acto de manera impulsiva (173,185), aunque también encontramos otra en que la impulsividad casi no estaba representada como factor desencadenante de la conducta suicida (171). Sin embargo, encontramos que el concepto de impulsividad es controvertido. Tradicionalmente los comportamientos impulsivos eran definidos como comportamientos no premeditados y explosivos, y la impulsividad era la tendencia a presentar comportamientos inesperados e irreflexivos. Pero en los últimos años al concepto de impulsividad se le ha añadido que además de la irresistibilidad, se le asocia un deseo intenso y repetitivo de realizar un acto incluso cuando éste tiene consecuencias negativas para el sujeto. Esta última consideración es especialmente importante cuando la impulsividad se asocia al suicidio, ya que las consecuencias negativas son evidentes e indeseables, en principio, para el sujeto (196).

En cuanto a las ideas entorno a la muerte persistentes en el momento de la atención a urgencias no se encontraron diferencias significativas por sexos, y fue un bajo porcentaje de personas las que afirmaba todavía tenerlas en el momento de la atención, solo 17.1%. Lo mismo ocurre con el plan estructurado, tampoco se encontraron diferencias significativas por sexos, y fueron 12.4% las personas que afirmaron tenerlo en el momento de la atención. Esto lo podemos relacionar con el elevado porcentaje de sujetos que llevó a cabo la conducta suicida de manera impulsiva.

En cuanto a las derivaciones, cuando estudiamos de donde procede el paciente, no encontramos diferencias significativas entre sexos, siendo las urgencias de un hospital general, la derivación más frecuente, presente en el 76.5% de los casos. En cambio, cuando hablamos de derivación después de la atención sí que hay diferencias por sexos, siendo cerca de un 15% más de las mujeres derivadas al CSM, y en cambio un 7% más de los hombres fueron ingresados en la unidad de agudos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo VII: Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras

Mito: “Suicidarse es de cobardes”

Criterio científico: cualquier persona que le fallen sus mecanismos de adaptación puede llevar a cabo una conducta suicida en algún momento de su vida. Son personas desesperadas con un gran sufrimiento y que no saben o no pueden solucionar su situación actual de ninguna otra manera (14–16).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

7. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras

El estudio es de carácter exploratorio y no pretende la generalización de sus resultados. Tampoco pretende explicar la realidad ni los hechos, sino describir con datos objetivos el estado de la cuestión en un lugar concreto y un momento concreto.

Limitación 1: En los estudios transversales analíticos, se intenta medir la asociación entre una variable resultado (en este caso tentativa de suicidio) y uno o más factores de riesgo. Al medir simultáneamente la exposición y la enfermedad (sobre todo en las variables clínicas), no siempre se puede establecer si la exposición ha precedido a la enfermedad.

Línea de investigación futura: se propone llevar a cabo estudios de carácter prospectivo dónde se pueda confirmar la causalidad mediante un modelo multivariable, y poder realizar un modelo predictor para pacientes que acuden al servicio urgencias. Un modelo con elevada capacidad predictora podría servir para identificar aquellos pacientes que hacen consultas por cualquier motivo pero que puedan estar en elevado riesgo de realizar un intento en el futuro.

Limitación 2: se trata de un estudio de diseño cuantitativo que permite describir variables asociadas al intento de suicidio de una manera numérica y analizar relaciones con las distintas variables propuestas pero no permite conocer las vivencias y los significados que cada uno de los individuos da al contexto.

Línea de investigación futura: se propone realizar un estudio cualitativo complementario que permita identificar las categorías emergentes de las percepciones y vivencias de los pacientes que llevan a cabo una conducta suicida.

Limitación 3: al ser un estudio de carácter retrospectivo hay una ausencia de indicadores objetivos que midan el carácter de la impulsividad de la tentativa y la duración temporal de la idea suicida previamente a la realización de la tentativa, dejando a criterios subjetivos del psiquiatra de guardia la estimación de dichas variables y esto obliga a interpretar los resultados con cautela.

Línea de investigación futura: se proponen investigaciones futuras con la utilización de escalas que permitan valorar ciertos criterios asociados a los intentos con una visión más objetiva.

Limitación 4: se han recogido como intentos de suicidio todas aquellas hojas en las que en el motivo de consulta estaba expresado como tal, o como sobreingesta medicamentosa, intento autolítico o tentativa autolítica, con lo cual, puede que haya diferencias subjetivas al respecto.

Línea de investigación futura: se propone unificar criterios en cuanto a la descripción de las conductas suicidas, para mejorar la precisión en investigaciones futuras.

Limitación 5: se han encontrado pocos artículos en comparación con otros aspectos relacionados con el suicidio, que hablan en su totalidad o parcialmente, de los mitos que envuelven a los comportamientos suicidas.

Línea de investigación futura: se proponen estudios exploratorios que nos permitan conocer las creencias de la población acerca del suicidio. Hacer formación sobre este tema en los entornos sanitarios, educativos y entre la población general y la publicación de los resultados, para contribuir a desmitificar dichas conductas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo VIII: Conclusiones

Mito: *“El suicidio afecta a una determinada clase social”*

Criterio científico: las personas que mueren por suicidio se encuentran en todas las escalas sociales. La concepción multifactorial del suicidio hace que afecte a todo tipo de personas, pobres y ricas, en prácticamente todos los lugares del mundo (14–16).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

8. Conclusiones

Los resultados señalan varios factores a tener en cuenta asociados a los intentos de suicidio, como son un estado de ánimo negativo, una alta impulsividad, los problemas de relación y el consumo de tóxicos, por ello identificamos diferentes necesidades:

- Formar a los profesionales sanitarios de los diferentes servicios de salud de la zona, para poder identificar precozmente dichos síntomas de alerta y abordar las necesidades psicosociales de las personas afectadas.
- Siendo la sobreingesta medicamentosa el método más frecuentemente utilizado para el intento de suicidio, sería importante evaluar el circuito de prescripción y acceso a los medicamentos, así como la accesibilidad a tratamientos y el seguimiento de los pacientes.
- Vemos conveniente fortalecer las intervenciones con un abordaje familiar y comunitario, así como la utilización de estrategias que fomenten la salud mental positiva, la resiliencia y la importancia del momento presente (Mindfulness).
- Debido al alto porcentaje de problemas de relación con la pareja, sería necesario incorporar en los registros de datos un apartado para la detección y posterior seguimiento de la violencia de género.

- Señalar la importancia en la prevención del consumo de tóxicos, en la población general y haciendo especial hincapié entre los jóvenes y adolescentes, mediante el trabajo coordinado entre los servicios de salud y los centros educativos.
- Existiendo diferencias entre hombres y mujeres en múltiples variables estudiadas, identificamos la necesidad de diseñar estrategias de intervención que tengan en cuenta la perspectiva de género.

El presente estudio es una primera aproximación cuantitativa a la situación epidemiológica de los intentos de suicidio en les Terres de l'Ebre, el cual nos permite conocer algunos factores a tener en cuenta para identificar de manera precoz a las personas que potencialmente pueden llevar a cabo una conducta suicida y además nos plantea nuevos retos, como establecer estrategias apropiadas de intervención basadas en la evidencia y poner en marcha medidas concretas dirigidas sobre todo a las personas más vulnerables para reducir los factores de riesgo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo IX: Referencias bibliográficas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

9. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra; 2013 [consultado el 25 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global [internet]. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 20 de mayo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016 [consultado el 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. FSME. Observatorio del suicidio [página a internet]. Madrid: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio; 2014 [n.d.; consultado el 15 de enero del 2017]. Disponible en: <https://www.fsme.es/>
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut Catalunya 2016-2020 [Internet]. 2016. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
6. Pfettscher SA. Florence Nightingale 1820-1910. La enfermería moderna. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, coordinador. Modelos y teorías en Enfermería. 7ª. Barcelona: Elsevier España; 2011. p. 68-90.
7. Pinto-Meza A, Vilagut G, Serrano-Blanco A, Almansa J, Codony M, Maria J, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas , planes e intentos de suicidio en la población general española . Resultados del estudio ESEMeD. Med Clin. 2007;129(13):494–500.

8. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr y Salud Ment.* 2012;5(1):8–23.
9. Chávez Hernández AM, Leenaars AA, Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Ment.* 2010;33:365–60.
10. Payne Mericle B. Suicidio. En: Schoen Johnson B, editor. *Enfermería Profesional Enfermería de salud mental y psiquiátrica.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U; 2001. p. 849-867.
11. North American Nursing Diagnosis Association. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification.* T. Heather Herdman, editor. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
12. Díaz Suárez J, Bousoño García M, Bobes García J. Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En: Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M, editores. *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento.* Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 1–4.
13. Gómez Rodríguez A, Montero Rodríguez MG, Dominguez Rodríguez E. Manejo extrahospitalario de pacientes con comportamientos autolíticos. *Metas de Enferm.* 2013;16(2):27–31.
14. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2002;18(2):149–54.
15. Perez Barrero SA. Los mitos sobre el suicido. La importancia de conocerlos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34(3):386–94.
16. Alastuey C. Mitos y creencias equivocadas respecto a la muerte por suicidio [monografía a internet]. Barcelona: Después del suicidio-Asociación de supervivientes (DSAS); 2015 [Consultada el 4 de enero del 2017]. Disponible a: https://www.despresdelsuicidi.org/wp-content/uploads/2016/06/MITOS-Y-CREENCIAS-cast_OK_v2.pdf

17. Sarró B, de la Cruz C. Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
18. Moron P. El suicidio. México DF: Publicaciones Cruz O; 1992.
19. Rodríguez EJ. Introducción Histórica. En: Ros Montalban S, editor. La conducta suicida. Madrid: Arán; 1998. p. 19–29.
20. Baca García E, Aguilar García-Iturrospe EJ. Suicidio. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, editores. Tratado de psiquiatría (Volumen II). Barcelona: Ars Medica; 2005. p. 1445-1456.
21. Carbonell Masiá C, González Seijo JC. Evolución histórica del fenómeno suicida. En: Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, editores. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1998. p. 1-4.
22. Giner Jiménez L. Diferencias en la conducta suicida [Tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010.
23. López García B, Hinojal Fonseca R, Bobes García J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. Revista de derecho penal y criminología 1993; 3: 309-411.
24. Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. 1ª ed. México DF: Fondo de cultura económica; 2008.
25. Camus A. El mito de Sísifo. 1ª ed. Madrid: Alianza editorial; 1985.
26. Loonqvist JK. Suicidio. En: Gelder MG, Lopez-Ibor JR. J, Andreasen N, editores. Tratado de psiquiatría Tomo II. Barcelona: Ars Medica; 2003. p. 1233–40.
27. Sarró Martin B. Conducta suicida. En: Gascon J, Soler PA, editores. RTM-III Recomendaciones Terapéuticas en los trastornos mentales. 3ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2005. p. 1–18.

28. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012- Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
29. Munera Ramos P. El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental. [Tesis]. Granada: Universidad de Granada; 2013.
30. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Madrid: 2001.
31. Hernández Martínez J. El proceso suicida. En: Ros Montalban, editor. La conducta suicida. Madrid: Aran; 1998. p. 29–41.
32. Beck AT, Resnik HLP, Littieri DJ. The Prediction of suicide. Michigan: Charles Press Publishers; 1974.
33. Durkheim E. El suicidio. 6ª ed. Madrid: Akal; 2008.
34. Montesó Curto P, Ferré Grau C, Lleixà Fortuño M, Albacer Riobó N, Sánchez Herrero A, Espuny Vida C. Dificultades de integración social en personas depresivas con pensamientos de suicidio. Index Enferm [Internet] 2011[citado el 9 de enero de 2014]; 20 (1-2): [51-5]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Freud S. Duelo y melancolía 1915 [1917]. Obras completas. Tomo XIV. Buenos aires: Amorrortu; 1980.
36. Menninger K. El hombre en contra de sí mismo. 1ª ed. Barcelona: Edicions 62; 1972.
37. World Health Organization. Suicidal behavior in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: Regional office for Europe; 1998.
38. Kreitman N, Philip AE. Parasuicide. Br J Psychiatry. 1969;115:746–7.

39. Maris RW. Suicide. *Lancet*. 2002;360:319–26.
40. Clemente M, Gonzalez A. Suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca nueva; 1996.
41. Skeeg K. Self-harm. *Lancet*. 2005;366:1471–83.
42. Ros S, Arranz FJ. Conducta suicida. En: Vallejo Ruiloba J, editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2006. p. 271–94.
43. Nock K, Borges G, Bromet E, Cha C, Kessler R, Lee S. Suicide and suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133–54.
44. Barber ME, Marzuk MP, Leon CA, Portera L. Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 1998;155:385–89.
45. Beck TA. *The Prediction of Suicide*. Michigan: Charles Press; 1986.
46. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide LifeThreat Behav*. 1996;26(3):237–52.
47. Maris RW. How are suicides different? En: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yuifit RI, editores. *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guildford Press; 1992.
48. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;371:9–20.
49. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio*. Ginebra; 1969.
50. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2007;37(3):248–63.

51. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2007;37(3):264–77.
52. González Seijo JC, Ramos Vicente Y. Aproximación teórica al fenómeno suicida. En: Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, editores. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas.* Barcelona: Masson; 1998. p. 5–12.
53. Villardon L. *El pensamiento de suicidio en la adolescencia.* Bilbao: Universidad de Deusto; 1993.
54. Rodríguez Pulido F, Gonzales de Rivera y Revuelta JL, Gracia Marco R, Montes de Oca Hernández D. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis.* 1990;11:374–80.
55. Felipe Palacio A. La comprensión clásica del suicidio. De Emile Durkheim a nuestros días. *Affect Soc.* 2010;7(12):1–12.
56. Valls Blanco JM. Suicidio e identidad. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatr.* 1985;V(12):29–35.
57. Estruch J, Cardus S. *Los suicidios.* Barcelona: Herder; 1982.
58. Cano Domínguez P, Pena Andreu JM, Ruiz Ruiz M. *Las conductas suicidas.* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. p. 1-26.
59. Beck AT, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión.* 5ª ed. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1983.
60. Hawton K, Heeringer K. Suicide. *Lancet.* 2009;373:1372–81.
61. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet].* Ginebra: OMS; 2000 [consultado el 25 de enero de 2017]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthca

re_workers_spanish.pdf

62. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [consultado el 25 de enero de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
63. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2010 [Consultado el 26 de enero de 2017]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
64. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007;101:27–34.
65. Kapur N, Gask L. Introduction to suicide and self-harm. *Psychiatry*. 2009;8(7):233–36.
66. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPREMISS community survey. *Psychol Med* [Internet]. 2005 [consultado el 27 de enero del 2017]; 5(10):[1457–65]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16164769>
67. World Health Organization. World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [consultado el 29 de enero del 2017]. Disponible en: file:///C:/Users/Ginix/Desktop/9789241565264_eng.pdf
68. Oquendo MA, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2009;2(2):63–5.

69. Jimenez Treviño L, Sáiz Martínez PA, Paredes Ojanguren B, Bobes García J. Epidemiología de los comportamientos suicidas. En: Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M, editores. Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento. Ars Medica; 2004. p. 11–23.
70. European Commission. La salud mental en Europa en el punto de mira [Internet]. Bruselas: Press releases database; 2008 [consultado el 27 de enero del 2017]. Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-08-933_es.htm
71. Skeeg K. Self-harm. Lancet. 2005;366(22):1471–83.
72. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulten A, Bille-Brahe U, Bjerke T. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. J Epidemiol & community Heal. 1998;52 (3):191–94.
73. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Alonso GEJ, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006;126(12):445–51.
74. Retolaza A. Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados? Norte Salud Ment. 2007;29:44–50.
75. Chisti P, Stone DH, Concoran P, Williamson E, Petridu E, EURO-SAVE working group. Suicide Mortality in the European Union. Eur J Public Health. 2003;13:108–14.
76. Aran Barés M, Gisbert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefàbregas A. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicido en Cataluña y España (1986-2002). Gac Sanit. 2006;20(6):473–80.
77. Suelves JM, Anna R. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. Rev Española Med Leg. 2012;38(4):137–42.
78. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2014 [Internet]. Madrid: 2014 [consultado el 28 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pd>

79. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2015 [Internet]. Madrid: 2017 [consultado el 4 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase>
80. Giner L, Guija J. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y lo aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr y salud Ment.* 2014; 7 (3): 139-46.
81. Observatori del Sistema de Salut a Catalunya [página a internet] Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2013 [última actualización 2 de marzo del 2017; consultado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://observatorisalut.gencat.cat/ca/observatori/>
82. Institut d'Estadística de Catalunya. Mortalitat. Suicidi per sexes i provincies [Internet]. Barcelona: 2017 [n.d.; consultado el 1 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616>
83. Generalitat de Catalunya. Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2013 [consultado el 2 de febrero de 2017]. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2013/12/17/19/37/d9c2dd92-83ce-45a2-90c9-2c7cef51933b.pdf
84. Estevez A. Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En: Ros Montalban S, editor. *La conducta suicida*. Madrid: Arán; 1998. p. 81–96.
85. Jiménez Treviño L, García-Portilla González MP, Paredes Ojanguren B, Bousoño García M, Bobes García J. Factores sociodemográficos. En: Bobes García J, Sáiz Martínez A, García-Portilla González M, Bascarán Fernández M, Bousoño García M, editores. *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica; 1998. p. 71–7.

86. Vaillant GE, Blumenthal SJ. Introduction: suicide over the life cycle-riser factors and lifespan development. En: Blumenthal SJ, Kupfer Ma, editors. Suicide over the life cycle. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 1–16.
87. Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sande G, et al. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten cross-sectional study (1997-2007). BMC Psychiatry [Internet]. 2011 [consultado el 10 de octubre del 2016];11(51):51. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3078091&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
88. Giordano RN, Stichler JF. Improving suicide risk assessment in the emergency department. J Emerg Nurs. 2009; 35(1):22–26.
89. Mitty E, Flores S. Suicide in late life. Geriatr Nurs. 2008; 29(3):160–65.
90. Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. Br J Psychiatry. 2000; 177(6):484–85.
91. Butler J, Longhitano C. Self-harm. Medicine. 2008; 36(9):455–58.
92. Coronado-Santos S, Díaz-Cervera I, Vargas-Ancona L, Rosado-Franco A, Zapata-Peraza A, Díaz-Talavera S. Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, de enero de 1998 a diciembre 2003. Rev Biomed. 2004;15(4):207–213.
93. Vázquez Lima MJ, Álvarez Rodríguez C, López-Rivadulla Lamas M, Landeira Cruz A, Abellás Álvarez C. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. Emergencias. 2012;24:121–25.

94. Jiménez Treviño L, García-Portilla González MP, Paredes Ojanguren B, Bousoño García M, Bobes García J. Factores sociodemográficos. En: Bobes García J, Sáiz Martínez A, García-Portilla González M, Bascarán Fernández M, Bousoño García M, editores. *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica;1997. p. 45–58.
95. Fukuchi N, Nakizaki M, Sugawara Y, Tanji F, Watanabe I, Fukao A, Tsujil. Association of marital status with the incidence of suicide: a population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study). *J Affect Disord*. 2013;150:879–85.
96. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiatry psychiatric Epidemiol*. 2009;45(8):795–800.
97. Tejedor Azpeitia C, Díaz Pérez A, Farré Berrecosa J. Suicidio: la muerte ignorada ¿se puede prevenir el suicidio?. *Rev psicoter*. 2010; 21 (84): 43-56.
98. De Leo D, Scocco R, Marietta P, Schmidtke A, Bille-Brahe U, Kerkhof AJ et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview Shedule (EPSIS/WHO-EURO). *Int J Psychiatry Med*. 1999;29:149-63.
99. Montesó P, Ferre C, Lleixà M, Albacar N, Aguilar C, Sanchez A, Lejeune M. Depression in the elderly: study in a rural city in southern Cataloni. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19:426–29.
100. Eagles JM, Carson DP, Begg, Naji SA. Suicide prevention: a study of patients' wiews. *Br Journal psychiatry*. 2003;182: 261–65.
101. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2004 [consultado el 2 de febrero del 2017];161:[2303–8]. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.161.12.2303>

102. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1084–8.
103. Beautrais A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:420–36.
104. González Seijo JC, Iglesias García C, González-Quirós Corujo P, Ramos Vicente Y. Factores familiares. En: Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, editores. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. 1997. p. 69–76.
105. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in Immigrants: An Overview. *Open J Med Psychol* [Internet]. 2013 [consultado el 2 de noviembre del 2016];2:124–33. Disponible en: http://file.scirp.org/pdf/OJMP_2013070515400068.pdf
106. Lester D. Suicide and culture. *World Cult Psychiatry Res Rev*. 2008;4:51–68.
107. Guide Sanpedro F, Francisco Gallego JC, Páramo Fernández FM. Perfil de los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de un hospital. *Psiquis (Mexico)*. 1999;20(1):1–7.
108. Domínguez Fernández N, Pintor Holguín E, González Murillo AP, Rubio Alonso M, Herreros Ruiz-Valdepeñas B. Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. *Metas enferm*. 2012;15(6):66–70.
109. Morón Jiménez D. Cantidad y tipo de fármacos en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa. *Psiquiatr biológica*. 2004;11(6):211–8.
110. José-María de la Casa P. Tentativas de suicidio mediante ingestas medicamentosas. *Rev Rol Enfermería*. 2008;31(2):62-66.

111. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-National Analysis of the associations among Mental Disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *Plos Med.* 2009;8(6):1–17.
112. González Seijo JC, Cocaña Rodríguez I, García Bousoño M, Fernández Domínguez JM. Factores psicológicos y psicopatológicos. En: Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, editores. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas.* 1997. p. 59–68.
113. Paris J. *Treatment of borderline personality disorder: Guide to evidence based practice.* New York: Guilford Press; 2008.
114. De Flores Formentí T, Soto Lumbreras A, Sánchez Gil C. *Trastorno límite de la personalidad.* Barcelona: Morales i Torres; 2006.
115. García Marco R, Cejas Méndez MR, Acosta Artilles FJ. Aguilar García-Inturrospe. *Comportamientos suicidas y trastornos esquizofrénicos.* En: Bobes García J, Sáiz Martínez A, García-Portilla González M, Bascarán Fernández M, Bousoño García M, editores. *Comportamientos suicidas prevención y tratamiento.* Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 96–137.
116. Warman DM, Forman EM, Henriques GR, Brown GK, Beck AT, Warman DM, et al. *Suicidality and Psychosis: Beyond depression and hopelessness.* *Am Assoc Suicidol* [Internet]. 2004 [consultado el 11 de octubre del 2016];31(1):[77–86]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106890>
117. Wenzel A, Berchick ER, Tenhave T, Halberstadt S, Brown GK, Beck AT. Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: A 30-year prospective study. *J Affect Disord.* 2011;132:375–82.
118. Saez Orio L. *Estudio del riesgo suicida en pacientes psicóticos ingresados en una unidad psiquiátrica de corta estancia.* 2014.

119. Martínez Ortega JM, Breve O. Consumo de cannabis, adolescencia y suicidio. Trastor afectivos. 2011;13(3):119–22.
120. Valente SM. Valoración del riesgo de suicidio en los pacientes. Nursing. 2010;28(8):27–30.
121. European Alliance Against Depression [página a Internet]. 2014. Germany: EAAD; 2017 [n.d.; consultada el 10 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.eaad.net/mainmenu/about/>
122. Tejedor C, Faus G, Díaz A. Programa de prevención de la conducta suicida del sector dreta de l'Eixample [Internet]. Barcelona; 2009 [consultado el 10 de octubre del 2016]. Disponible en: http://www.suicidioprevencion.com/pdf/planprevencion_es.pdf
123. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. Actas Españolas Psiquiatr. 2011;39(5):280–87.
124. Islas K. Un “código suicidio” para mejorar el seguimiento y la atención de emergencia. Diario Médico [página a Internet]. Barcelona; 2013 [n.d.; consultada 13 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.tauli.cat/tauli/cat/Professionals/ServeisNoAssistencials/CCC/Gabinet_Prensa/Recull/noticia.asp?IdNoticies=56748
125. Hernández Soto PA, Villarreal Casate RE. Algunas especificidades entorno a la conducta suicida. Medisan. 2015;18(8):1051–8.
126. Sanchez Teruel D. Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En: Muela JA, García A, Medina A, editores. Perspectivas en psicología aplicada [Internet]. Jaen: UNED; 2012 [consultado el 13 de octubre de 2016] [p. 61–78]. Disponible en: <http://www4.ujaen.es/~dsteruel/doc/Suicidio.pdf>

127. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Hass A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA [Internet]. 2005 [consultado en 13 de octubre de 2016];294: [2064–74]. Disponible en: http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAReprints/PSYC621/Mann_et_al_JAMA_2005.pdf
128. Montesó-Curto P, Ferré-Grau C, Lleixà-Fortuño M, Albacar-Riobóo N, Lejeune M. Diagnosed, Identified, Current and Complete Depression Among Patients Attending Primary Care in Southern Catalonia: Different Aspects of the Same Concept. Arch Psychiatr Nurs. 2014;28(1):50–4.
129. Santos JC, Pereira Simoes RM, Queiroz de Azevedo Erse M, Neto Façanha JD, Fernandes Alves Marque LA. Impacto de la formación “+Contigo” en los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el suicidio. Rev Latino-Americana Enferm. 2014;22(4):679–84.
130. Pereira dos Santos C, Neto Façanha D, Batista Gonçalves MA, Queiroz de Azevedo Erse MP, Carrilho Cordeiro RA, Pereira Simões Façanha RA . Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. 1ª. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012.
131. ASCISAM. Implantació del codi risc de suïcidi (CDR) a Catalunya. Info-SAM (butlletí electrònic de l'ASCISAM) [Internet]. Barcelona; 2014 [consultado el 2 de febrero de 2014];8. Disponible en: http://www.ascisam.cat/images/pdfpublics/infosam_14_GENER.pdf
132. Generalitat de Catalunya. Implantació del Codi Risc de Suïcidi (CRD) a Catalunya [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2013 [consultado el 2 de febrero de 2014]. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2013/12/17/19/36/36170af6-b262-4369-9c6b-a08bc2c1eee5.pdf
133. Perez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cuba Med Integr. 1999;15(2):196–217.

134. Pascual Pascual P, Villena Ferrer S, Morena Rayo S, Téllez Lapeira JM, López García C. El paciente suicida. *Guías Clin* [Internet]. 2005 [consultado el 3 de febrero de 2017];5(38). Disponible en: http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Guias_de_Practica_Clinica/FISTERRA/Suicida.pdf
135. Manzanedo Sagredo MI, Ortiz Fernández I. Identificación del paciente suicida. *Rev Rol Enferm*. 2012;35(1):16-18.
136. Gómez-Durán EL, Forti-Buratti MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibañez A, Martín Fumadó C. Psychiatric disorders in cases of completed suicide in a hospital area in Spain between 2007 and 2010. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016;9(1):31-8.
137. Generalitat de Catalunya. Pla de Salut Territorial Terres de l'Ebre [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2012 [consultado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/catsalut_territori/terres_ebre/documents/pla_salut_territorial_rs_terres_ebre.pdf
138. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. [Internet]. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2000. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
139. Lozano Serrano C, Huertas Patón A, Martínez Pastor CJ, Ezquiaga Terrazas E, García-Camba de la Muela E, Rodríguez Salvanés FJ. Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Rev Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2004;91:11-22.
140. Morra PA, Elorza C, Echenique H. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;43(S1):1-2.

141. Mejías Y, García Caro MP, Schmidt J, Quero A, Gorlat B. Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada Preliminary study of the characteristics of attempted. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34:431–41.
142. Pacheco Tabuena T, Robles Sánchez J. Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanid Mil*. 2011;67(4):345–53.
143. Lopez-Castroman J, Mendez-Bustos P, Pérez-Rominaya M, Vilorio Borrego L, Zamorano Ibarra MJ, Antonio Molina C, et. al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares publicos. *Actas Españolas Psiquiatr*. 2015;43(3):142–48.
144. Giner J, Medina A, Giner L. Repercusiones clínicas y sociales de la conducta suicida (Encuentros en psiquiatría). 1ª. Marid: Enfoque Editorial S.C; 2015.
145. Hawton K, Heeringer K . The international handbook of suicide and attempted suicide. 2006.
146. Almeida PO, Caul K, Hankey JG, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Suicide in older men: The health in men cohort study (HIMS). *Prev Med*. 2016;93:33–8.
147. Conwell Y, Orden K, Caine ED. Suicidio en ancianos. *Psiquiatr biológica*. 2012;19(4): 127-36.
148. Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Cienc Saude Colect*. 2012;17(8):2011–16.
149. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2001[consultado el 4 de noviembre de 2016];16(3):[300–1]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11288165>
150. García-Rábago H, Sahagun Flores JE, Ruiz Gomez A, Sánchez Ureña GA, Tirado Vargas JC, González Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev Salud Publica*. 2010;12(5):713–21.

151. Leal E, Sosta E, Ableha L. Tentativas de suicidio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica*. 2013;29(1):175–87.
152. Sarmiento Falcón Z, Sánchez Sánchez S, Vargas Polanco I, Álvarez Rodríguez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. *Medisan*. 2010;14(8):1054–60.
153. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002 [Consultado el 5 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
154. Rodríguez JL. Tentativas de suicidio en el Área Sanitaria IV (Oviedo), durante el trienio 2003-2005. Perfil clínico y psicosocial [Tesis]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2007.
155. Montesó-Curto P. Salud mental y genero: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres [Tesis]. Universidad Nacional a Distancia Facultad de Ciencias Políticas y Sociología; 2008.
156. Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T. Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex. *Soc Sci Res Author Manuscr*. 2009;90(5):1167–85.
157. Masocco M, Pompili M, Vanacore N, Innamorati M, Lester D, Girardi P et al. Completed Suicide and Marital Status According to the Italian Region of Origin. *Psychiatr Quartely*. 2010;81:57–71.
158. Orietta SM, Bedregal P, Barros J, Maino MP, Rishcman R, Peñaloza F, et al. ¿Porqué no me suicidaría? Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Psykhé*. 2015;24(1):1–11.

159. Franco MQ. Estudio sobre intentos de suicidio graves ingresados en un hospital general: aspectos sociodemográficos y clínicos [Tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2014.
160. Norström T, Grönqvist H. The Great Recession, unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2015 [consultado el 28 de febrero de 2015];69(2):[110–16]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4316842&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
161. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *Lancet psychiatry*. 2015;2:239–45.
162. Fountoulakis KN, Savopoulos C, Apostolopoulou M, Dampali R, Zaggelidou E, Karlafti E, et al. Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000–2012). *J Affect Disord* [Internet]. 2015 [consultado el 10 de abril del 2015];174:[131–36]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032714007575>
163. Castro-Rueda VA, Martínez-Villalba VA, Mauricio Rangel A, Rueda-Jaimes GE. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39(4):705–15.
164. Ferretti F, Coluccia A. Socio economic factors and suicide rates in European Union countries. *Leg Med*. 2009;11:592–4.
165. Burrows S, Auger N, Roy M, Alix C. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005. *Public Health*. 2010;124:78–85.

166. Yur'yev A, Värnik P, Sisask M, Leppik L, Lumiste K, Varnik A. Some aspects of social exclusion: Do they influence suicide mortality? *Int J Soc Psychiatry*. 2011;59(3):232–8.
167. Ayuso Mateos, Saiz Ruiz J, Morant C, Baca García E, Miret M, Nuevo R. Estudio de la conducta suicida en la comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Salud Madrid; 2008 [consultado el 6 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Destudio+conducta+suicida+CM.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlob&blobwhere=1352883657999&ssbinary=true>
168. Quintanilla MA, Villas E, Mabry S, Calvo D, Gracia-García P, Argemí M, et al. Conductas suicidas en población inmigrante: Un enfoque cultural. *psiquiatria.com* [Internet]. 2009 [consultado el 6 de noviembre de 2016];13(2). Disponible en: <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatria.com/article/view/699>
169. Bobes Garcia J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatria. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. Madrid: Triacastela; 2011[consultado el 6 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Suicidio-y-psiquiatria.-Recomendaciones-preventivas-y-de-manejo-del-comportamiento-suicida.pdf>
170. Cañon Buitrago SC, Castaño Castrillón JJ, Medina Jiménez N, Mosquera Escobar KK, Quintero Cardona CA, Varón Caiedo L. Caracterización del intento suicida en pacientes que ingresaron al Instituto del Sistema Nervioso en la ciudad de Pereira, Risaralda, Colombia, 2013-2014. *Repos Inst Univ Manizales*. 2014;3–17.
171. Wong P, Chan W, Chen E, Chan S, Law Y, Yip P. Suicide among adults aged 30-49: A psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2008;8(147).

172. Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerreo E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares MT, de Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *An Psicol.* 2013;29(3):810–15.
173. Vazquez Machado A, Guarachi Catade D. Epidemiología del intento suicida en el Hospital Madre Obrera, LLallagua, Bolivia. *Rev Neuro-psiquiatria.* 2010;73(2):39–44.
174. Santamaria Montila S, Iglesias Garcia C, Alonso Villa MJ. Comportamientos suicidas y consumo de sustancias psicotropas. *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento.* 2a ed. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 91–95.
175. Gaona Ordoñez JB, Bohorquez de Figueroa A, Gómez Gómez PA, Ramírez Ortega YD, Barrientos Arenas G, Peñaloza Laiton KN, et al. Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. *Cienc y Cuid.* 2012;9(2):36–42.
176. Gómez Martínez R, Martínez Martínez C, Salazar Li C, Ortega García MD, León Allué L, Macías Fernández JA. Perfil de pacientes ingresados en una unidad de Hospitalización tras intento autolítico. *Psiquiatr biológica.* 2006;13(3):14–9.
177. Pérez Gálvez B. Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias. *Suicidios Manual de prevención, intervención y postvención en conducta suicida [Internet].* 1a ed. Madrid: Fundacion Salud Mental España; 2014. [597–610]. Disponible en: <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/Suicidio-en-adictos-a-sustancias.pdf>
178. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76: 11-9.

179. Brent BB. Gender Differences in Predictors of Suicidal Thoughts and Attempts Among Homeless Veterans that Abuse Substances. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2005;35(1):106–16.
180. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Arias S, Vargas G, López C, Valencia JG, et al. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36(4):610–27.
181. Paul Links MD, Nisenbaum F, Munazzah A, Balderson K, Bergmans Y, Eynan R, et al. Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34:88–97.
182. Rodante D, Rojas SM, Feldner MA, Dutton C, Rebok F, Teti GL, et al. Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide. *Compr Psychiatry.* 2016;70:25–31.
183. Kessler RC . Bedirhan Üstün T, editores. *The WHO Mental Health Survey: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders.* Genova: Cambridge University Press; 2008.
184. Baca García E, Fuensanta A. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Ment.* 2014;37:373–80.
185. Garcia Martin AF, Rodríguez Garcia M, Albarran Juan ME, Santiago Saéz A. Factores de riesgo psicopatológico en la tentativa. *Rev la Esc Med Leg.* 2010;26–34.
186. Forti Sampietro L, Forti Buratti MA. Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Rev Española Med Leg.* 2012;38(4):149–54.
187. Zaheer J, Links PS, Liu E. Evaluación y tratamiento de las urgencias de suicidalidad en los trastornos de personalidad. *Psiquiatr biológica.* 2009;16(4):148–58.

188. Lopez Morinigo JD, Ayesa Arriola R, Torres Romano B, Fernandes AC , Shetty H, Broadbent M, et al. Risk Assessment and suicide by patients with schizophrenia in secondary mental healthcare: a case-control study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [consultado el 7 de enero 2017]; 6: [1-9]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e011929.full>
189. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Front Psychiatry* [Internet]. 2016 [consultado el 7 de enero de 2017];7: [1-9]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4921745/>
190. Tapia PI, Vohringer CP, Ornstein LC. conducta suicida en el hospital general. *Rev Hosp Clínico Univ Chile*. 2010;21:187–96.
191. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(2):183–90.
192. Medina Garrido GE, Hernández Martínez J. Factores personales y familiares. En: Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M. *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 78–84.
193. López Rodríguez JL, Bárcena Calvo C, González Medrano J, Iglesias Guerra JA, Avellá García V. Temporalidad y conducta suicida. *Cult los Cuid*. 2009;25:111–5.
194. Pacheco Tabuenca T. Intento autolítico mediante ingesta de fármacos y tóxicos: perfil psicosocial en un servicio de emergencia pre-hospitalaria. *Psicopatología clínica Leg y Forense*. 2008;8:57–78.
195. Jiménez Treviño L, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Paredes Ojanguren B, Bobes García J. *Metodos suicidas*. En: Bobes Garcia J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M. *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 25–33.

196. Díaz Marsá M, Sáiz González D, Carrasco Perera L. Comportamientos suicidas y trastornos del control de los impulsos. En: Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M. Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 241–54.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo X: Financiación y difusión de la investigación

Mito: *“Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio”*

Criterio científico: los medios de comunicación pueden ser un instrumento valioso de prevención si al informar sobre esta conducta divulgan algunos conceptos básicos para mejor conocimiento del público en general sobre los signos de alarma de una crisis suicida; los lugares y contactos a que acudir si se sufren esas ideas o impulsos y los grupos y conductas de riesgo. Lejos de tratar el suicidio de manera sensacionalista con los detalles más trágicos, con el fin económico y de audiencia (16).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

10. Financiación y difusión de la investigación

- Comunicación oral: *“El suïcidi: un problema de tots”*. Autores: Casanova Garrigós G. Jornadas de Enfermería de les Terres de l’Ebre. Tortosa, 20-21 de noviembre del 2014.
- Comunicación oral: *“Conducta suicida y crisis económica”*. Autores: Casanova Garrigós G, Montesó Curto P, López Pablo C. XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Burgos, 27-29 de mayo del 2015.
- Comunicación oral: *“Factores de riesgo asociados a los intentos de autolisis: un estudio cuantitativo”*. Autores: Casanova Garrigós G, Montesó Curto P, López Pablo C. Seminario Internacional de Investigación en Enfermería de la URV. Tarragona, 18 de febrero del 2016.
- Comunicación oral: *“Mites entorn al suïcidi ¿en parlem?”*. Autores: Casanova Garrigós G, Montesó Curto P, López Pablo C, Adell Argentó B, Martí García C, Martí García A. Congreso Catalán de Enfermería de Salud Mental. Vic, 12-13 de mayo del 2016.
- Póster: *“Factors de risc associats als intents de suïcidi atesos al servei d’urgències d’una unitat de Salut Mental al sud de Catalunya”*. Autores: Casanova Garrigós G, Montesó Curto P, López Pablo C, Adell Argentó B, Ferrer Sabaté R, Dalmau Llorca P. Congreso Catalán de Enfermería de Salud Mental. Vic, 12-13 de mayo del 2016.

- Premio a la mejor comunicación oral *“Mites entorn al suïcidi ¿en parlem?”.* Autores: Casanova Garrigós G, Montesó Curto P, López Pablo C, Adell Argentó B, Martí García C, Martí García A. Congreso Catalán de Enfermería de Salud Mental. Vic, 12-13 de mayo del 2016.
- Premio al mejor proyecto de investigación *“Factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de una unidad de salud mental en el sur de Cataluña”.* 2ª Jornada de Innovación e Investigación. Tarragona, 13 de diciembre del 2016.
- Publicación en revista: Montesó-Curto P, Aguilar C, Lejeune M, Casado-Marin LN, Casanova Garrigós G, Ferrer-Grau C. Violence and depression in a community sample. *Jorunal of Clinical Nursing.* First published: 27 February 2017. DOI: 10.1111/jocn.13493

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Capítulo XI: Anexos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Anexo 1: Hoja de datos sociodemográficos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Hoja de datos sociodemográficos

EDAD

SEXO

 Hombre Mujer

ESTADO CIVIL

 Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Pareja/casado

CONVIVENCIA

 Solo/a Con pareja/hijos Con sus padres En una institución Otros

NIVEL EDUCATIVO

 Sin escolaridad Estudios primarios Estudios medios Estudios superiores

ACTIVIDAD LABORAL

 Activo/a laboralmente Inactivo (jubilado, estudiando...) Desempleado/a Baja o incapacidad

DIFICULTADES ECONOMICAS

 Si No

COMARCA

 Baix Ebre Montsià Terra Alta Ribera d'Ebre

NACIONALIDAD

 Español Extranjero

PROBLEMAS DE INTERACCIÓN

 Si No

PROBLEMAS DE INTERACCIÓN

 Pareja Hijos Padres Hermanos Otros familiares Vecinos Ex parejaPROBLEMAS DE INTERACCIÓN
LABORALES Si No

SOBRECARGA CUIDADOR/A

 Si No

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Anexo 2: Hoja de datos clínicos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Hoja de datos clínicos

CONSUMO DE TOXICOS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CONSUMO DE TOXICO	<input type="checkbox"/> OH <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Nicotina <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Múltiples
PATRÓN DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Esporádico <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Abuso <input type="checkbox"/> Pasado
ENFERMEDAD MENTAL PREVIA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
QUE ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> T. Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> T. Esquizofrénico <input type="checkbox"/> T. Humor <input type="checkbox"/> T. Neurótico <input type="checkbox"/> T. Personalidad <input type="checkbox"/> Otros
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO ACTUAL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
LUGAR DEL TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> CSM <input type="checkbox"/> Circuito Privado <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> Otros
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PSIQUIATRICO ACTUAL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
INGRESOS PSIQUIATRICOS PREVIOS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
INTENTOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sí, durante los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sí, hace más de un año <input type="checkbox"/> Sí, pero es un dato desconocido o inseguro <input type="checkbox"/> Otros
ENFERMEDAD FÍSICA (crónica o aguda)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SOMÁTICO ACTUAL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ANTECEDENTES DE SUICIDIO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Anexo 3: Hoja de la descripción del intento de suicidio

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Hoja para la descripción del intento	
HORA EN LA QUE SE LLEVÓ A CABO	<input type="checkbox"/> Mañana (6 a 14) <input type="checkbox"/> Tarde (14 a 22) <input type="checkbox"/> Noche (22 a 2) <input type="checkbox"/> Madrugada (2 a 6)
DÍA DE LA SEMANA	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
MES	<input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre <input type="checkbox"/> Octubre <input type="checkbox"/> Noviembre <input type="checkbox"/> Diciembre
ESTACIÓN	<input type="checkbox"/> Primavera <input type="checkbox"/> Verano <input type="checkbox"/> Otoño <input type="checkbox"/> Invierno
METODO EMPLEADO	<input type="checkbox"/> Sobreingesta medicamentosa <input type="checkbox"/> Sobreingesta medicamentosa y alcohol <input type="checkbox"/> Defenestración <input type="checkbox"/> Autoagresión (estrangulación, inmersión acuática, venodisección, quemaduras...) <input type="checkbox"/> Ingesta de cáusticos <input type="checkbox"/> Otras
INTENCIONALIDAD SUICIDA	<input type="checkbox"/> Intento deliberado <input type="checkbox"/> Poca intencionalidad <input type="checkbox"/> Intencionalidad seria <input type="checkbox"/> Impulsiva
IDEAS ENTORNO A LA MUERTE	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PLAN ESTRUCTURADO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
SINTOMAS PSICÓTICOS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
DERIVACIÓN (de dónde procede)	<input type="checkbox"/> Sin derivación / Domicilio <input type="checkbox"/> Centro de Salud Mental <input type="checkbox"/> Centro de Atención Primaria <input type="checkbox"/> Unidad de hospitalización no psiquiátrica <input type="checkbox"/> Urgencias hospital general <input type="checkbox"/> Otros
DERIVACIÓN (a dónde va) CSM	<input type="checkbox"/> Centro de Salud Mental <input type="checkbox"/> Centro de Atención Primaria <input type="checkbox"/> Ingreso en unidad de agudos <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> Otros

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Anexo 4: Informe de la CCI

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós



INFORME DE LA COMISSIÓ CLÍNICA D'INVESTIGACIÓ (CCI)

Informe del Projecte "Factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de una unidad de salud mental en el sur de Cataluña" a instàncies de la investigadora principal Georgina Casanova Garrigós.

D'acord amb les normes de funcionament intern de la CCI i les especificacions de les diferents convocatòries de finançament per a projectes d'investigació amb fons públics, aquesta Comissió a la reunió del 15 de febrer de 2016, ha decidit pronunciar-se favorablement respecte al projecte anteriorment ressenyat.

Aquesta aprovació té lloc després de comprovar que el projecte és metodològicament correcte, que l'equip investigador té els coneixements i recursos necessaris per dur-lo a terme i que es contempla la normativa legal vigent.

Es recorda a la investigadora principal la necessitat d'informar a la CCI sobre la marxa del projecte mitjançant les memòries anuals i finals.

Adjuntem relació dels membres assistents a la reunió.

Elisabet Vilella (Presidenta)
Adela Masana (vocal)
Maria José Cortés (vocal)
Pere Montaña (vocal)
Adela Masana (vocal)
Rafael Martínez (vocal)
Alfonso Gutiérrez (vocal)
Vanessa Sánchez (vocal)
Gerard Muntané (vocal)
Lourdes Martorell (secretària tècnica)

Reus, a 17 de febrer de 2016

Ref.: PR_18-01-2016_01_Casanova

Firma de la secretària	Firma de la presidenta

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Anexo 5: Informe del CEIC

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós



Hospital Universitari
Sant Joan
REUS

Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica



DE: DR. JOSEP M^a ALEGRET COLOMÉ - SECRETARI DEL CEIC
A: SRA. GEORGINA CASANOVA GARRIGÓS - INSTITUT PERE MATA

Assumpte: Projecte FSC

Ref. CEIC : 16-03-17/3proj5

Benvolguda Sra. Casanova,

Li comunico que amb data 17 de març de 2016, el CEIC ha avaluat el projecte d'investigació titulat "**Factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de una unidad de salud mental en el sur de Cataluña**", del qual ets investigadora principal.

El dictamen del CEIC respecte a l'anomenat projecte en el format actual és **favorable**.

Cordialment,

Dr. Josep M^a Alegret Colomé
Secretari Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica
Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Reus, 17 de març de 2016

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Anexo 6: Descripción de los trastornos mentales descritos en el presente estudio según el CIE 10

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas

Esta sección incluye una amplia variedad de trastornos que difieren en gravedad y forma clínica, pero todos son atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas que pueden ser o no de prescripción médica. Son trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial, hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

Incluye:

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de: alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, disolventes volátiles, múltiples drogas o psicótropas.

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

Esquizofrenia: los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y la percepción, y por los afectos embotados e inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservados por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentar déficits cognoscitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos. El curso de los trastornos esquizofrénicos

puede ser continuo o episódico, con un efecto estable o progresivo, o puede haber uno o episodios con remisión completa o incompleta.

Trastorno esquizotípico: es un trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y anomalías en el pensamiento y la afectividad que se parecen a las vistas en la esquizofrenia, aunque no se producen en ningún momento las anomalías esquizofrénicas características y definitorias. Los síntomas pueden incluir afectividad fría o inapropiada; ideas paranoides o extrañas que no llegan a ser delirantes; rumiaciones obsesivas; trastorno del pensamiento y alteraciones de la percepción; episodios ocasionales y transitorios casi psicóticos con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo, e ideas similares a las delirantes, que normalmente se producen sin provocación externa. No hay comienzo definido y la evolución y el curso, por lo general, son la de un trastorno de personalidad.

Trastorno de ideas delirantes: trastorno caracterizado por el desarrollo de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, que habitualmente son persistentes y a veces persisten toda la vida. El contenido de la idea o ideas delirantes es muy variable. La presencia de alucinaciones auditivas claras y persistentes (voces), de síntomas esquizofrénicos, tales como ideas de control y un afecto marcadamente embotado, o de pruebas definidas de enfermedad cerebral, son todos incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, la presencia de alucinaciones auditivas ocasionales y transitorias, particularmente en pacientes de edad avanzada, no descarta este diagnóstico, siempre que no sean típicamente esquizofré-

nicas y tan solo constituyan una pequeña parte del cuadro clínico completo.

Así como también incluye:

- Trastornos psicóticos agudos y transitorios
- Trastornos de ideas delirantes inducidas
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- Psicosis no orgánica sin especificación

Trastornos del humor (afectivos):

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad.

Incluye:

- Hipomanía
- Manía sin síntomas psicóticos
- Manía con síntomas psicóticos
- Otros episodios maniacos
- Episodio maniaco sin especificación
- Trastorno bipolar
- Episodios depresivos
- Trastorno depresivo recurrente
- Trastornos del humor afectivos persistentes (ciclotimia, distimia, etc...)

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión.

Incluye:

- Trastornos de ansiedad fóbica
- Otros trastornos de ansiedad
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastornos disociativos (de conversión)
- Trastornos somatomorfos
- Otros trastornos neuróticos

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales.

Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.

No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales.

En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en esta área. Los problemas de personalidad que se presentan con una frecuencia especial en una determinada parte del mundo, pero

que no corresponden a ninguno de los subtipos que se especifican a continuación, pueden clasificarse como "otros" trastornos de la personalidad e identificarse mediante un quinto carácter en el código correspondiente de una posible adaptación de la CIE-10 para esa región o país en particular. Las diferencias locales de las manifestaciones de un trastorno de personalidad pueden reflejarse también en la redacción de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico del trastorno correspondiente.

Incluye:

- Trastornos específicos de la personalidad
- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno disocial de la personalidad
- Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno anancástico de la personalidad
- Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
- Trastorno dependiente de la personalidad
- Otros trastornos específicos de la personalidad
- Trastornos de la personalidad sin especificación

Otros: trastorno del control de los impulsos y trastorno de la conducta alimentaria

Trastorno del control de los impulsos: Incluye ciertos trastornos de comportamiento que no son clasificables en otros apartados. Están caracterizados por actos repetidos que no tienen una motivación racional clara y que generalmente dañan

los intereses del propio enfermo y de los demás. El enfermo suele decir que el comportamiento se acompaña de impulsos a la acción que no pueden ser controlados. La etiología de estos trastornos no está clara y se agrupan juntos debido a las grandes semejanzas descriptivas, pero no porque se sepa que comparten cualquier otro rasgo importante.

Incluye:

- Ludopatía
- Piromanía
- Cleptomanía
- Tricotilomanía
- Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
- Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación

Trastorno de la conducta alimentaria: Aquí se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados, la **anorexia nerviosa** y la **bulimia nerviosa**, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Asimismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Anexo 7: Habitantes por municipio de les Terres de l'Ebre

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós

Baix Ebre		
Población	Nº Habitantes	Ámbito
Aldea	4.250	Intermedio
Aldover	863	Rural
Alfara de Carles	371	Rural
Ametlla	7.102	Intermedio
Ampolla	3.322	Intermedio
Benifallet	708	Rural
Camarles	3.349	Intermedio
Deltebre	11.544	Urbano
Paüls	580	Rural
El Perello	2.903	Intermedio
Roquetes	8.165	Intermedio
Tortosa	33.743	Urbano
Tivenys	887	Rural
Xerta	1.190	Rural

Montsià		
Población	Nº Habitantes	Ámbito
Alcanar	9.494	Intermedio
Amposta	20.654	Urbano
Freginals	396	Rural
La Galera	748	Rural
Godall	631	Rural
Mas de Barberans	605	Rural
Masdenverge	1.088	Rural
Sant Carles de la Ràpita	14.718	Urbano
Sant Jaume d'Enveja	3.516	Intermedio
Santa Bàrbara	3.774	Intermedio
La Senia	5.654	Intermedio
Ulldecona	6.68	Intermedio

Ribera d'Ebre		
Población	Nº de habitantes	Ámbito
Ascó	1.695	Rural
Benissanet	1.218	Rural
Flix	3.677	Intermedio
García	301	Rural
Ginestar	778	Rural
Miravet	737	Rural
Mora d'Ebre	5.574	Intermedio
Mora la Nova	3.104	Intermedio
Palma d'Ebre	636	Rural
Rasquera	819	Rural
Riba Roja	1.156	Rural
Tivissa	1.684	Rural
Torre de l'Espanyol	635	Rural
Vinebre	430	Rural
Terra Alta		
Población	Nº de Habitantes	Ámbito
Arnes	472	Rural
Batea	1.967	Rural
Bot	615	Rural
Caseres	253	Rural
Corbera d'Ebre	1.080	Rural
La Fatarella	1.004	Rural
Gandesa	2.999	Intermedio
Horta de Sant Joan	1.189	Rural
Pinell de Brai	1.014	Rural
La Pobla de Massaluca	333	Rural
Prat de Comte	177	Rural
Vilalba dels Arcs	658	Rural

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA POR UN INTENTO DE SUICIDIO Y LA QUE ACUDE POR OTROS MOTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Georgina Casanova Garrigós