

Intentos de suicidio: Perfil sociodemográfico en una muestra clínica

*Eva Imbernón Pardo
Joaquín Ruiz Riquelme
María Dulce González Navarro
María Carmen Hernández Ruiz*

Medicina

 **3ciencias**

Intentos de suicidio: Perfil sociodemográfico en una muestra clínica

Autores:

1. Eva Imbernón Pardo. Facultativo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de Molina de Segura, Área VI. Región de Murcia.
2. Joaquín Ruiz Riquelme. Facultativo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de Caravaca de la Cruz, Área IV. Región de Murcia.
3. María Dulce González Navarro. Facultativo del Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital Virgen del Castillo, Yecla, Área V. Región de Murcia.
4. María del Carmen Hernández Ruiz. Facultativo del Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar. Área I. Región de Murcia.



Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **el autor**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: **Julio 2016**

ISBN: **978-84-945785-2-6**

Registro: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2016.20>

A nuestras familias

Índice

MARCO TEÓRICO.....	9
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Concepto	9
1.2 Epidemiología y factores de riesgo	10
MARCO EXPERIMENTAL	15
1. OBJETIVOS	15
2. MATERIAL Y MÉTODO	15
2.1. Población	15
2.2. Método	15
2.3. Variables estudiadas	16
5. RESUMEN DE RESULTADOS.....	25
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	27
7. BIBLIOGRAFÍA.....	29

MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Concepto

Como Facultativos Especialistas en Salud Mental la valoración de cualquier tipo de conducta suicida representa una actividad habitual en nuestra práctica clínica, en consultas programadas se exploran siempre los pensamientos o ideas autolesivas y se debe descartar que cualquier paciente presente un plan autolítico estructurado y en la atención de urgencias en el desarrollo de las guardias hospitalarias es frecuente la valoración de pacientes que acuden por intento de autolisis (1).

Como podemos ver la conducta suicida engloba desde los pensamientos suicidas hasta el suicidio consumado (1).

El suicidio es el acto por el cual un individuo se quita intencionadamente la vida, mientras que el intento de suicidio en la nomenclatura actual presenta diversas definiciones en función de la gravedad y de si se busca o no el resultado de muerte. En el estudio que nos ocupa definimos el intento de suicidio como la autoagresión llevada a cabo que, sin embargo, no resulta en la muerte del individuo, no tomando en consideración ni la gravedad ni la finalidad del mismo, excluyendo los pensamientos suicidas (1).

Como es lógico desde un punto de vista clínico nos interesa principalmente la valoración de los intentos de suicidio, con el fin de intentar evitar que los pacientes presenten un suicidio consumado. Los intentos del suicidio suelen ser conductas previas al suicidio consumado, y en todas las escalas de valoración de riesgo suicida hay un apartado para valorar la conducta suicida previa en el paciente, siendo considerado por todos los clínicos como uno de los principales factores de riesgo del suicidio (1).

Por tanto, aunque un individuo pueda presentar un suicidio consumado sin haber presentado ningún antecedente de conducta suicida, ésta no

es la secuencia más habitual, normalmente las ideas de suicidio preceden a los intentos de suicidio y éstos al suicidio consumado (1).

1.2 Epidemiología y factores de riesgo

Los diferentes estudios de prevalencia ponen de manifiesto que cada año se suicidan aproximadamente un millón de personas, y señalan como esta cifra se ha ido incrementado en los últimos años convirtiendo suicidio en una de las principales causas de muerte violenta entre los individuos de mediana edad. Si además consideramos que por cada suicidio consumado podemos estar hablando de 15-20 intentos de suicidio nos podemos hacer una idea de la importancia del problema que estamos tratando (1, 2).

Numerosos estudios destacan que el comportamiento suicida es un fenómeno complejo al no existir una única causa que lo explique y siendo múltiples los factores tanto individuales como ambientales que pueden predisponer a este tipo de conductas. A esto hay que sumarle la complejidad de que varios factores externos presentan una diferente intensidad a lo largo del ciclo vital del individuo (1, 2).

Se han hecho numerosos estudios valorando factores biológicos, psicológicos y personales con el fin de optimizar recursos y minimizar este tipo de conductas que en la actualidad representan una de las alteraciones de conducta más comunes y complejas a las que se puede enfrentar un Facultativo en su actividad asistencial (1, 2).

Uno de los principales factores de riesgo para presentar conducta suicida en los jóvenes es la presencia de patología psiquiátrica. La edad habitual de debut de la patología psiquiátrica considerada como Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar) es la segunda década de la vida y esto puede influir en la mayor incidencia de conducta suicida, pero también vemos que el estrés que se produce en estas etapas de la vida (estudios, primeras relaciones sentimentales...) puede ocasionar este tipo de conductas en adolescentes y adultos jóvenes sin patología mental (1, 2).

En España podemos decir que los intentos de suicidio se cifran entre 5-10 por 10.000 habitantes/año (1, 3). La valoración del riesgo suicida de un paciente se realiza mediante el juicio clínico del profesional que debe tener en cuenta los factores de riesgo que presenta cada paciente en particular y hacer una estimación de cómo éstos podrían incrementar el riesgo de presentar este tipo de conductas en un futuro (1, 2).

Cuando en nuestra práctica clínica nos encontramos con un paciente que acude con intento de autolisis nuestra labor como Facultativos es valorar (1):

1. Que el paciente tiene el juicio de realidad conservado y que no ha realizado esa conducta en el contexto de cualquier tipo de patología mental.
2. Valorar la actitud que presenta hacia la conducta (realización de crítica, completa o parcial, si el intento ha sido planificado o impulsivo).
3. Verbalización espontánea de planes de futuro que nos hacen pensar que este tipo de conductas no se repetirán en un futuro inmediato.
4. Valorar diversos factores de los que hablaremos a continuación, como presencia de este tipo de conductas en el pasado, sexo, edad, contención sociofamiliar, etc.

El objetivo de esta exploración es intentar cuantificar de una manera aproximada el riesgo que tiene el paciente de volver a repetir este tipo de conductas que pueden finalizar en un suicidio consumado (1, 2).

Con todos estos datos planificamos nuestra intervención clínica.

A la hora de valorar las variables sociodemográficas nos encontramos que algunas pueden ser modificadas con el tiempo, o por la intervención del paciente o el Facultativo como pueden ser el estado civil o el lugar de residencia y otras variables que permanecen estables siendo las más relevantes la edad y el sexo (1).

Para la realización del estudio se han tenido en cuenta 5 variables: 4 sociodemográficas y como quinta variable, la conducta suicida previa.

1. Sexo.
2. Edad.
3. Estado civil.
4. Situación geográfica.
5. Conductas suicidas previas.

1. Sexo

Los diversos estudios realizados para establecer la relación entre el sexo y la conducta suicida han puesto de manifiesto que los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumado, siendo los intentos autolíticos más frecuentes en mujeres (1, 2).

2. Edad

Diversos estudios ponen de manifiesto la existencia de dos picos de riesgo a lo largo de la vida, la adolescencia y la edad avanzada. Las tasas de suicidio consumado en ancianos son superiores a la de cualquier otra edad, esto se debe principalmente a la letalidad del método empleado. Por otra parte la adolescencia es un periodo de la vida donde múltiples factores externos pueden terminar ocasionando conducta suicida (desencantos amorosos, fracaso académico, problemas con las amistades, inicio de patología psiquiátrica) (1, 2).

3. Estado Civil

Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida. Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres que han tenido pareja estable y la pierden (1, 2).

4. Núcleo poblacional

Diferentes estudios han relacionado la situación geográfica con la conducta suicida, siendo su relación controvertida pues hay estudios que relacionan el riesgo con el ambiente rural, al tener peor acceso a los

dispositivos sanitarios, estar las relaciones sociales más limitadas..., y estudios que apuntan a una mayor frecuencia en áreas urbanas, la explicación al parecer son los mayores niveles de estrés en los núcleos más poblados (mayores expectativas de calidad de vida, actividad laboral de mayor cualificación...) (1, 2).

A la hora de elaborar el estudio y teniendo en cuenta el área del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca dividimos a los pacientes en 2 grupos, teniendo en cuenta el número de habitantes del municipio donde viven, estableciendo el corte en 10.000 habitantes.

Entenderemos así que municipios con menos habitantes pueden ser catalogados de área rural y los de más de 10.000 habitantes de área urbana.

5. Intentos previos de suicidio e ideación suicida

A pesar de no ser una variable sociodemográfica los intentos de suicidio previos son considerados por los clínicos como el predictor más fuerte de riesgo suicida. De hecho el riesgo de repetir esta conducta es mayor cuanto menos tiempo hace del intento previo, esto puede ser debido al mantenimiento de las circunstancias estresantes que propiciaron el primer intento (1, 2).

MARCO EXPERIMENTAL

1. OBJETIVOS

Establecer el perfil sociodemográfico de los pacientes con intento de suicidio atendidos en Puerta de Urgencias del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Población

Para la realización del presente estudio, se analiza la población de pacientes que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (H.G.U.V.A.), durante el periodo de tiempo comprendido entre 1/11/2008 y el 30/04/2009.

De esta población se extrae la muestra poblacional sometida a estudio en base a la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Realización de intento de suicidio.
- Edad superior a 11 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No cumplir cualquiera de los criterios de inclusión.

2.2. Método

Se realiza un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Nuestro estudio será descriptivo porque se limita a estudiar una población con una patología determinada (intento de suicidio) y valorar su relación con diversas variables sociodemográficas.

Será un estudio trasversal, porque no existe una secuencia temporal. Los datos son recogidos de una vez, no precisando seguimiento los pacientes para obtención o evaluación de las variables recogidas y es retrospectivo al obtener los datos de años previos.

2.3. Variables estudiadas

1. SEXO.
2. EDAD.
3. ESTADO CIVIL.
4. SITUACIÓN GEOGRÁFICA.
5. INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS.

3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones del estudio es la reducida población de la muestra (49 pacientes) que hace que sea complicado poder extrapolar estos datos a la población general.

4. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

El total de pacientes que acudió a Puerta de Urgencias del H.G.U.V.A. durante Noviembre de 2008 y Abril de 2009 fue de 50.519 de los que 49 pacientes (0.097%) lo hicieron por intento de suicidio, cumpliendo todos ellos los criterios de inclusión del estudio.

MES	URGENCIAS TOTALES	INTENTOS DE SUICIDIO	PORCENTAJE
Noviembre 2008	8096	8	0,099
Diciembre 2008	8295	10	0,120
Enero 2009	8900	7	0,079
Febrero 2009	7786	8	0,103
Marzo 2009	8930	4	0,045
Abril 2009	8512	12	0,141

4.1. SEXO

La primera variable que analizaremos será la variable “sexo”.

Obteniendo los siguientes resultados en la muestra estudiada:

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	34,7
Femenino	32	65,3
Total	49	100,0

Los datos reflejan una mayor frecuencia de intentos de suicidio en la población femenina siendo la proporción prácticamente de 2:1.

Los resultados anteriormente expuestos podemos visualizarlos mejor en la siguiente gráfica:

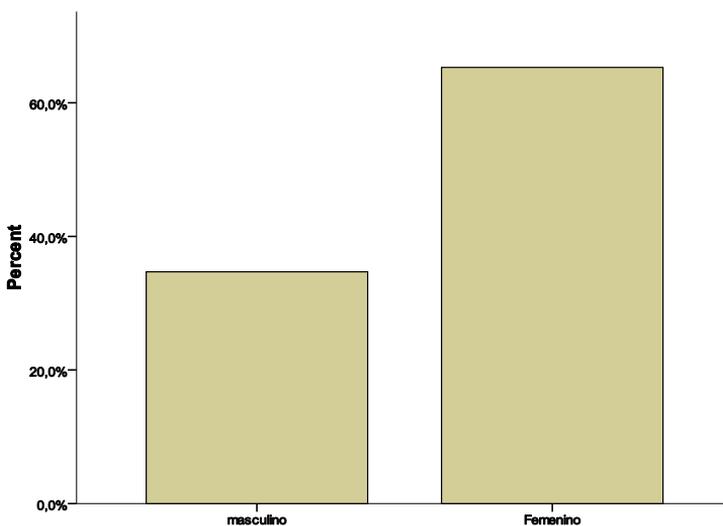


Figura 1

sexo del paciente

4.2 EDAD

A continuación procederemos a analizar la segunda variable de nuestro estudio que será la variable “edad”.

Media	32,73
Mediana	32,00
Desviación Estándar	10,918
Valor Mínimo	15
Valor Máximo	64
Intervalo de confianza del 95%	29,60-35,87

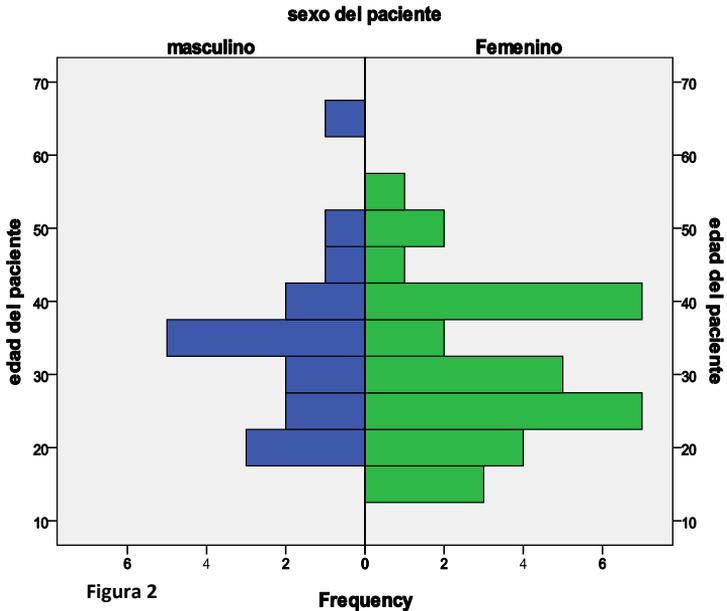
Estos datos por si solos son poco significativos, haciendo necesario la comparativa entre las variables “sexo” y “edad”.

	Media	N	Desviación Estándar	IC del 95%
Masculino	34,53	17	11,419	(28,66-40,40)
Femenino	31,78	32	10,703	(27,92-35,64)
Total	32,73	49	10,918	(29,60-35,87)

Analizando los siguientes resultados vemos como la media de edad de los pacientes con intento de suicidio es ligeramente superior en la población masculina estudiada.

El paciente de mayor edad del estudio es un varón de 64 años, no apareciendo este tipo de conductas en los adolescentes varones de nuestra muestra, sin embargo la mujer más joven de la muestra en realizar este tipo de conductas tiene 15 años.

A continuación y para hacer los resultados más visibles, exponemos la pirámide poblacional de nuestra muestra, relacionando las variables “sexo” y “edad”:



Podemos ver gráficamente la distribución por edad y sexo y comprobar como los intentos de suicidio presentan dos picos de incidencia en las mujeres de nuestra muestra, picos situados entre los 20-25 años y un segundo pico de aparición a los 40 años.

Se puede apreciar también la aparición más prematura de este tipo de conductas en el sexo femenino y su mayor frecuencia.

En la población masculina de la muestra el pico de mayor incidencia esta entre los 30-40 años.

4.3. ESTADO CIVIL

La tercera variable de nuestro estudio es el “Estado Civil” de los pacientes y para interpretar los resultados estadísticos de esta variable es necesario asignarles un valor numérico a los diferentes ítems:

1. Casado.
2. En pareja.
3. Soltero.
4. Separado.
5. Viudo.

Y al aplicar el programa estadístico a nuestros datos hemos obtenido los siguientes resultados:

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	15	30,61
En pareja	5	10,20
Soltero	22	44,90
Separado	6	12,25
Viudo	1	2,04
Total	49	100,0

La media fue de 2,45 con un IC del 95% de 2,13 a 2,77.

Podemos ver como el porcentaje de pacientes sin pareja estable de la muestra alcanza el 59,1% (solteros+separados+viudos).

La población con mayor frecuencia de intentos de suicidio es la población de solteros.

A continuación exponemos los resultados de un modo más gráfico:

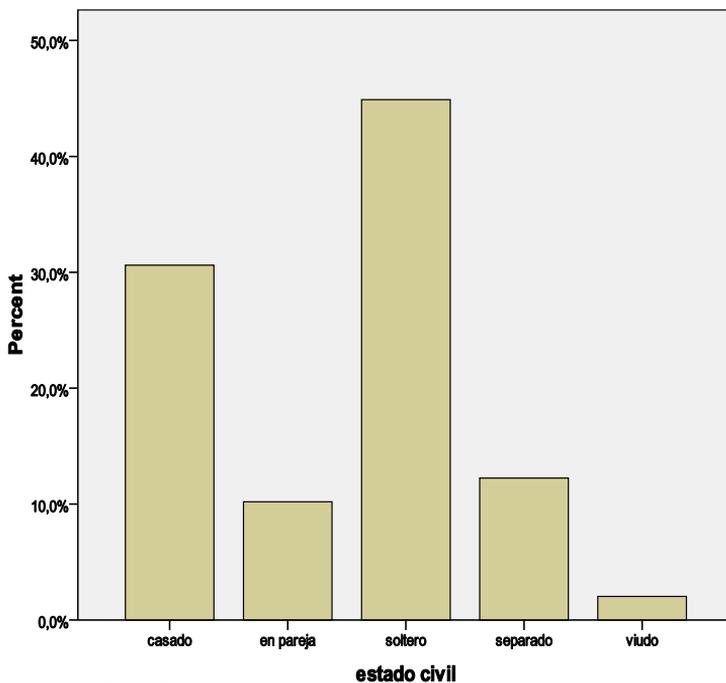


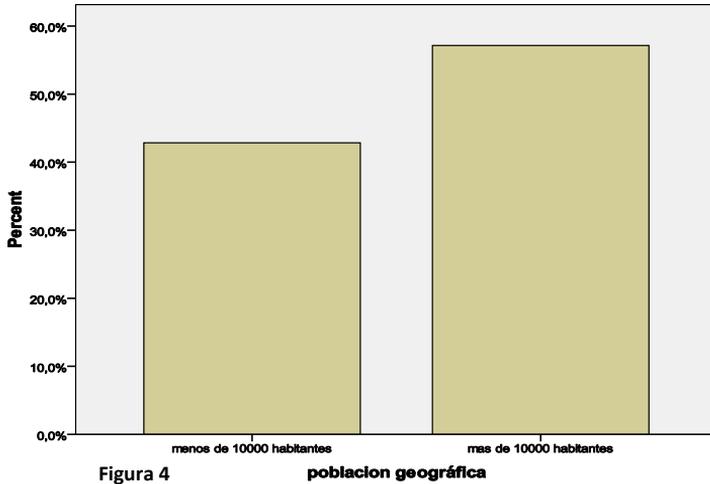
Figura 3

4.4. SITUACIÓN GEOGRÁFICA

Otra de las variables estudiadas es la “Situación Geográfica”, es decir donde reside habitualmente el paciente. Para poder analizar esta variable hemos dividido a los pacientes de la muestra en 2 grupos:

1. Municipios con menos de 10.000 habitantes.
2. Municipios con más de 10.000 habitantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10000 hab.	21	42,9
Más de 10000 hab.	28	57,1
Total	49	100,0



Podemos ver como la frecuencia de intentos de suicidio en nuestra muestra es más frecuente en los municipios con mayor población, alcanzando un porcentaje del 57,1%.

4.5. INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

Por último analizamos la variable “Intentos de suicidio previos”.

Tentativas Previas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	26	53,1	53,1
1	10	20,4	73,5
2	5	10,2	83,7
3	3	6,1	89,8
4	2	4,1	93,9
6	1	2,0	95,9
8	1	2,0	98,0
10	1	2,0	100,0
Total	49	100,0	

Se obtiene una media de 1,24 intentos de suicidio previos con un intervalo de confianza del 95% entre 0,64 y 1,85.

Lo podemos visualizar mejor en el siguiente gráfico de barras:

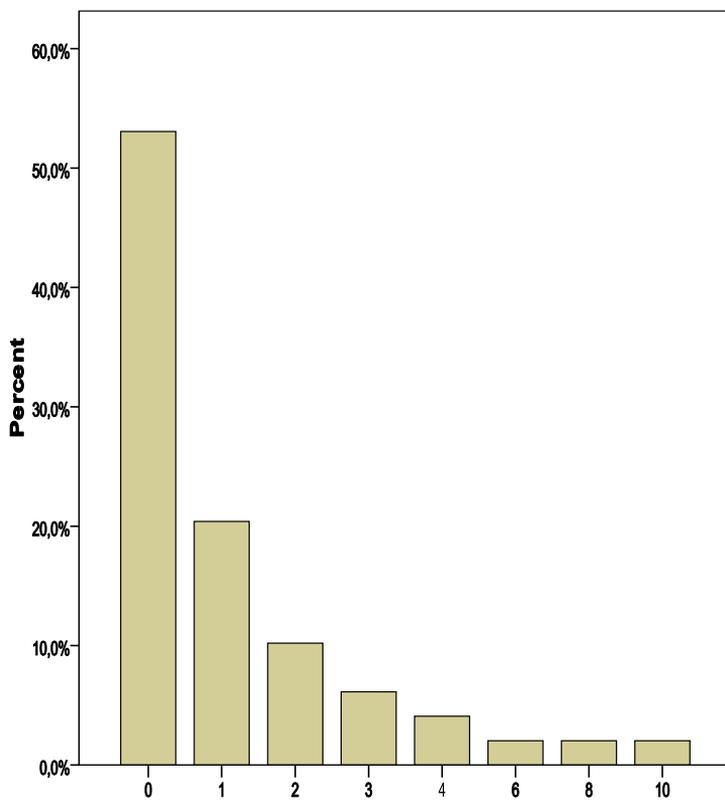


Figura 5

antecedentes previos

5. RESUMEN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio son:

1. Los pacientes que acudieron al H.G.U.V.A. presentando intento de suicidio entre el 1/11/2008 y el 30/04/09 fueron 49 pacientes de un total de 50.519 atendidos en los Servicios de Urgencia, lo que supone un 0,097%.
2. El 65,3 de estos pacientes fueron mujeres, lo que supone una proporción prácticamente de 2:1.
3. La media de edad de los pacientes fue de 32,73 años con un IC del 95% de 29,60 a 35,87, siendo esta media de edad menor en las mujeres.
4. El 44,9% de los pacientes estaba soltero, y el 59,1% no convivía en pareja (soltero+separado+viudo).
5. El 57,1% de los pacientes vivía en un municipio de más de 10.000 habitantes, lo que consideramos en el estudio como núcleo urbano.
6. El 53,1% de los pacientes no había presentado antecedentes de conducta suicida y un 10,2% al menos 3 tentativas previas.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de nuestro estudio es establecer el perfil sociodemográfico de los pacientes con intento de suicidio atendidos en Puerta de Urgencias del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca y para ello seleccionamos una muestra de los pacientes que acuden por este motivo entre Noviembre de 2008 y Abril de 2009.

Debemos tener en consideración la limitación más importante que presenta este trabajo (anteriormente expuesta), que es el pequeño tamaño muestral, que hace difícil intentar extrapolar los datos a la población general, si bien es cierto que los datos obtenidos son congruentes con los diversos estudios publicados con anterioridad y que el objetivo del estudio no es establecer una relación estadísticamente significativa entre las variables y la conducta suicida.

Los resultados nos presentan a una mujer joven, de unos 30 años, sin pareja estable, que reside en un núcleo urbano y sin antecedentes previos de intento de autolisis.

El perfil sociodemográfico obtenido es muy similar a lo que dicen otros estudios, siendo lo menos congruente la ausencia de intentos autolíticos previos en la mayor parte de la muestra y una posible explicación sea la juventud de la muestra estudiada. Si hiciéramos un seguimiento longitudinal de la muestra probablemente veríamos como muchos pacientes que en este estudio han realizado su primer intento de autolisis repetirían este tipo de conductas.

Es necesario entender este estudio como una primera aproximación, debiendo plantear la posibilidad de valorar nuevos ítems presentes en otros estudios y que no han sido valorados aquí como: nivel cultural, nivel socioeconómico, apoyo familiar, método autolesivo más utilizado, providencia de rescate, etc., así como ampliar el tiempo de recogida de datos que permitan aumentar el tamaño muestral con el fin de poder extrapolar los datos a la población general.

Si pudiéramos establecer un perfil fiable del paciente suicida o predecir donde pueden ser más frecuentes este tipo de conductas se podrían distribuir los recursos y prestar especial interés a las zonas de mayor riesgo suicida.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. 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. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
2. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, et al. 2005. *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
3. Estadísticas del suicidio en España. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/inebase>.

Medicina

