



SUICIDIO Y TRASTONO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN DATOS

Germán Montero.

g.montero@ucm.es

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema sociosanitario grave que se manifiesta en varias formas contextuales, incluyendo la violencia juvenil, la violencia de género, la violencia social y el maltrato infantil. La OMS estimaba que en el año 2000 un 28% de cada 100.000 habitantes perdió la vida en actos violentos, la mitad de ellos por suicidio, un 40% por homicidio y un 10% en conflictos bélicos. Las muertes por violencia intencional constituyen la segunda causa de muerte entre los jóvenes y las consecuencias de las distintas formas de conducta violenta constituyen una de las primeras causas de pérdida de jornadas de funcionalidad.

A pesar de ello, la conducta agresiva y particularmente la heteroagresiva, no ha recibido todavía una especial atención desde el ámbito sanitario como un problema clínico y no ha sido incluida entre los objetivos estratégicos de las instituciones sanitarias.

IMPORTANCIA GLOBAL DEL SUICIDIO EN DATOS

Según datos de la OMS, anualmente cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

El suicidio no sólo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2015, más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.

Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicos.

Además, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de

SUICIDIO Y TRASTONO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN DATOS

suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y los reclusos. Con diferencia, el principal factor de riesgo de suicidio es un intento previo de suicidio.

Se estima que alrededor de un 30% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego. El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia probada, entre ellas la restricción del acceso a los medios de suicidio.

SUICIDIO EN ESPAÑA

En España en el año 2015 ha habido 3602 suicidios consumados, siendo un 75% en varones y un 25% en mujeres, resultando en una media de 10 muertes al día por esta causa y siendo la primera causa de fallecimiento por causas externas en nuestro país. El suicidio también la primera causa absoluta de muerte en varones de 15 a 29 años. Por otra parte, el 75% de los suicidios se producen en países de bajos y medios ingresos.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

La conducta agresiva forma parte de la conducta adaptativa humana y no debe ser considerada de antemano como patológica. Por ello, una de las prioridades sanitarias es la delimitación de lo que se considera violencia por causas clínicas, es decir aquella que deriva de un trastorno de los sistemas funcionales psíquicos y que puede considerarse una conducta sintomática. La violencia puede ser en forma de agresión verbal, agresión física o destrucción de objetos. Otro aspecto de la violencia es la violencia autolesiva, en forma de intentos autolíticos y autolesiones destructivas.

Estas conductas agresivas son por lo general de tipo impulsivo, tratados en el contexto de un trastorno de la personalidad, mayoritariamente de los tipos límite, histriónico y antisocial (Lieb y cols, 2004), respondiendo a alteraciones en el procesamiento de sentimientos y emociones que se dan en este tipo de trastornos y que llevan a graves alteraciones conductuales en forma de auto y heteroagresividad, resultantes en una cada vez mayor asistencia a los Servicios de Urgencias hospitalarios y siendo como ya hemos comentado una de las principales causas de mortalidad en la población juvenil.

La prevalencia de los trastornos límite se sitúa entre el 1,1% y el 4,6% y la media se establece en un 2%, siendo el riesgo de suicidio máximo entre los veinte y treinta años. Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta mediana edad, el 70% habrá cometido algún intento de suicidio, el 50% lo repetirá incluso diversas veces a lo largo de su vida y entre un 8% y un 10% lo consumará (tasa de suicidio unas 50 veces superior a la de la población

SUICIDO Y TRASTONO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN DATOS

general). Estos datos resultan en aproximadamente 100.000 fallecimientos por suicidio en España en la población con trastorno límite de la personalidad.