



## **COMPORTAMIENTOS SUICIDAS, FACTORES QUE LO DESENCADENAN**

Helena Pozo Romero, Ainhoa Montemuiño Chulian, Rocío Rojas Márquez.

[helenapozoromero.due@hotmail.com](mailto:helenapozoromero.due@hotmail.com)

Suicidio, salud mental, conductas suicidas, enfermería.

### **INTRODUCCION**

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados" y el parasuicidio, como "un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico".

Se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).

Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta.

Por su parte, O´Carroll et al. plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado.

Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, concluyéndose que, aunque no se recoge toda la complejidad del fenómeno, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio.

En 2007, Silverman et al propusieron una revisión de la nomenclatura de O`Carroll et al. en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el 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 la amenaza y el plan suicida, y, además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida. Añadieron los tipos I, II y III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas:

- Comunicación suicida Tipo I, cuando no existe intencionalidad suicida.

## COMPORTAMIENTOS SUICIDAS, FACTORES QUE LO DESENCADENAN

- Comunicación suicida Tipo II, cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad.
- Comunicación suicida 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.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

- 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:

- 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 autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:
  - a) La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
  - b) 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 autoinfligida 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 autoinfligida 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 autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).
- Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida 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 autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

## COMPORTAMIENTOS SUICIDAS, FACTORES QUE LO DESENCADENAN

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades.

Se considera conducta suicida, cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.

El suicidio debe ser considerado un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Según los conocimientos actuales, éste es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto en su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional.

En España, el suicidio supone un importante problema de salud en la actualidad, ya que según el Instituto Nacional de Estadística, el número de suicidios en España ha aumentado un 12% desde el año 2008. Se considera la tercera causa de muerte en edades entre 15 y 49 años.

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo y se ha estimado que cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100 000. Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico.

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida.

Desde la Unión Europea se han promovido iniciativas, como la Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, donde la prevención del suicidio se considera una de las áreas de intervención.

En España, la Estrategia de Salud Mental elaborada para el periodo 2009-2013, contempla entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo.

En los países desarrollados de Europa y América del Norte, el suicidio figura entre la 5ª y la 10ª causa de muerte más importante y aparece como 2ª y 3ª causa entre personas de 15 a 64 años de edad.

### Etiología de la conducta suicida

Las conductas suicidas suelen ser el resultado de la interacción de varios factores.

El principal factor de riesgo remediable en el suicidio es la depresión.

El suicidio parece ser más frecuente cuando la angustia severa es parte de la depresión o del trastorno bipolar. Además, el riesgo de suicidio puede aumentar después de iniciar la administración de fármacos antidepresivos.

Otros factores de riesgo incluyen:

- La mayoría de los otros trastornos mentales graves
- Alcoholismo y abuso de drogas
- Trastornos físicos graves, especialmente en la tercera edad

## COMPORTAMIENTOS SUICIDAS, FACTORES QUE LO DESENCADENAN

- Trastornos de la personalidad
- El desempleo y las crisis económicas
- Experiencias infantiles traumáticas

La muerte por suicidio es más frecuente entre las personas con un trastorno mental, en comparación con los controles de la misma edad y sexo.

Algunas personas con esquizofrenia mueren por suicidio, a veces por depresión, a la cual estos pacientes son propensos.

El método de suicidio puede ser extraño y violento. El intento de suicidio entre estas personas es más común de lo que se pensaba.

Los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario.

En estos servicios pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida:

- Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.
- Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida conocida.
- Aquellos que acuden con una patología física específica, pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silencioso.

Las competencias de los médicos de urgencias hospitalarias en la atención a un paciente con conducta suicida, serían las siguientes:

- Desarrollo de una correcta anamnesis con especial énfasis en:
  - o Antecedentes personales y familiares de trastornos mentales
  - o Antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar)
  - o Abuso de alcohol o drogas.
  - o Situación personal, social y eventos estresantes
- Evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental.
- Evaluación de enfermedades mentales graves.
- Evaluación del estado de ánimo.
- Presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio.
- Evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento y uso de métodos violentos.
- Valoración del riesgo de suicidio inmediato.
- Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado.
- Determinación de cuando es necesaria una evaluación especializada.
- Disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista.

## **COMPORTAMIENTOS SUICIDAS, FACTORES QUE LO DESENCADENAN**

### **OBJETIVOS**

Dar a conocer las principales manifestaciones que puede indicarnos que una persona está llevando a cabo conductas y/o comportamientos suicidas para intentar corregirlo y detectar los factores desencadenantes.

El suicidio es un acto suicida que consigue la muerte. El intento de suicidio es un acto no fatal, autodirigido y potencialmente dañino cuyo objetivo es la muerte. Un intento de suicidio puede resultar en lesiones o no hacerlo. La autoagresión no suicida es un acto autoinfligido que causa dolor o daño superficial, pero es muy poco probable que cause la muerte (p. ej., rascarse los brazos, quemarse la piel con un cigarrillo, tomar una sobredosis de vitaminas). La autoagresión no suicida puede ser una manera de reducir la tensión o puede ser un pedido de auxilio. Sin embargo, esto no debe ser tomado a la ligera

### **METODOLOGIA**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Cochrane, Medline plus y Pubmed; y hemos revisado algunas publicaciones en el Instituto Nacional de Estadística; y la OMS y comparado sus resultados de los últimos diez años en aquellos textos escritos en inglés y español y publicados como textos completos y con verificación de evidencia científica y datos recogidos en sitios oficiales como el Sistema nacional de información de muertes violentas y el Instituto Nacional de Estadística.

Se revisan las guías de prácticas clínicas del sistema nacional de salud que usamos en los servicios sanitarios.

### **RESULTADOS**

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante un juicio clínico profesional valorando los factores que ocurren en una persona y que nos indican el posible comportamiento autolesivo que puede presentar una persona.

Las estadísticas sobre la conducta suicida se basan principalmente en los certificados de defunción e informes sobre las investigaciones judiciales que subestiman la incidencia verdadera. El Sistema nacional de información de muertes violentas, se trata de un sistema estatal que recoge datos sobre cada incidente violento de varias fuentes para proporcionar una comprensión más clara de las causas de muertes violentas (homicidios y suicidios).

Hemos detectado que existen muchas manifestaciones que pueden considerarse conductas suicidas, sobre todo: ideas autolíticas, amenaza, gesto suicida, suicidio frustrado, suicidio intencional. Se consideran de riesgo suicida en modificables o inmodificables.

El alcohol y el abuso de sustancias incrementan la desinhibición y la impulsividad y también empeoran el estado de ánimo, una combinación que puede ser mortal. Aproximadamente el 30% de las personas que intentan suicidarse ha consumido alcohol antes del intento y

## **COMPORTAMIENTOS SUICIDAS, FACTORES QUE LO DESENCADENAN**

alrededor de la mitad de ellos estaban intoxicados en ese momento. Los alcohólicos son propensos al suicidio, incluso cuando están sobrios.

Según datos del 2010 del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,09%) más del triple que en las mujeres (21,90%). Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa, hasta el año 2003 parecía existir en nuestro país una evolución ascendente.

Sin embargo, a partir de 2004 la tendencia es estable o descendente, al igual que en Europa. En Europa mueren cada año 58 000 personas por suicidio, 7000 más que por accidentes de tráfico.

Si en España comparamos ambas causas de muerte a lo largo de los últimos años, podemos comprobar una disminución importante de los fallecimientos por accidentes de tráfico mientras que las tasas de suicidio se mantuvieron similares, llegando a ser desde el año 2008 la primera causa de muerte no natural.

Los datos recogidos por el INE (Instituto Nacional de Estadística) muestran que el comportamiento suicida en España sigue las pautas del resto del mundo, produciéndose la mayoría de los suicidios en la población de sexo masculino y aumentando su tasa conforme aumenta la edad.

Analizando los datos por comunidades autónomas, las que presentan mayores tasas por 100000 habitantes son Asturias y Galicia, mientras que Madrid y Melilla presentan las tasas más bajas.

Respecto a los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100 000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa.

### **CONCLUSION**

Desde el ámbito sanitario debemos trabajar en el manejo de pacientes con conductas de riesgo suicida, priorizando su seguridad.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) con la guía de prácticas clínicas, pretende responder a los retos que tiene planteados el SNS, incrementando la cohesión del sistema, garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad. Entre sus objetivos figura el impulso a la elaboración y uso de Guías asistenciales vinculadas a las Estrategias de salud, consolidando y extendiendo el Proyecto Guía-Salud.

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, siendo la décima causa de muerte en Europa. En España se suicidan nueve personas al día, hecho de gran repercusión emocional, social y económica en el entorno de las personas fallecidas.

## COMPORTAMIENTOS SUICIDAS, FACTORES QUE LO DESENCADENAN

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida como se recoge en la Estrategia de Salud Mental del SNS que contempla entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo.

Cualquier persona que habla de suicidio debe ser tomada siempre en serio. La gran mayoría de personas que se suicidan han expresado previamente ideas de suicidio o han mostrado signos de alarma a familiares o profesionales.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida futuro es de gran importancia, ya que el nivel de riesgo aumenta con el número de factores presentes, si bien existen algunos con mayor peso específico que otros.

Otro importante predictor es el grado de letalidad del intento de suicidio. Así, se ha visto que la utilización de métodos de intento de suicidio diferentes a la intoxicación medicamentosa o a la realización de heridas incisas, particularmente el ahorcamiento, se relacionó fuertemente con un posterior suicidio consumado. Este hecho debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y la planificación de la atención después de una conducta suicida

### BIBLOGRAFÍA

1. Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
2. Chinchilla A, Correas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
3. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, 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 Threat Behav.* 2007;37(3):248-63.
4. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):264-77.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud.
6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2010. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np703.pdf>.
7. Royal College of Psychiatrists. Assessment following self-harm in adults. London: Royal College of Psychiatrists; 2004. Informe No.: CR 122.
8. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010;3(1):13-8.