



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

Ana Calle González, Gabriel Rubio Valladolid, Ricardo Angora Cañego.

anacallegonzalez8@gmail.com

Tentativa de suicidio, Edad, Género, Patología psiquiátrica, No repetidores, Repetidores.

RESUMEN

Fundamento: El suicidio constituye un problema de Salud Pública de gran magnitud, debido a que representa una causa importante de muerte y pérdida de años de vida, situándose entre las quince primeras causas de muerte en el mundo, cuyas repercusiones alcanzan todos los ámbitos de la sociedad, a pesar de lo cual, las cifras han aumentado en las últimas décadas.

Objetivos: Estudio de la relación entre variables demográficas y clínicas como posibles factores de riesgo de la conducta suicida, de manera que se facilite la identificación de los grupos sociales más vulnerables, en los que resulta necesario adoptar unas medidas de prevención específicas.

Método: Estudio observacional descriptivo de las características socio-demográficas de pacientes que han realizado un intento de suicidio entre 2013-2014 en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Las variables analizadas han sido: edad, género, diagnóstico psiquiátrico y número de tentativas de suicidio previas.

Resultados: Se ha estudiado a 128 pacientes, encontrándose estadísticamente significativa la relación entre la repetición de tentativas de suicidio y el diagnóstico de abuso de sustancias, trastornos psicóticos y de la personalidad. Asimismo, resulta significativa la asociación negativa entre la repetición y diagnóstico de trastorno adaptativo y de ansiedad.

Conclusiones: Los resultados de este estudio confirman los publicados hasta ahora sobre la relación entre repetición de la tentativa autolítica y las variables relacionadas con el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos y los trastornos de la personalidad.

ABSTRACT

Basis: Suicide is a major Public Health problem, since it represents an important cause of death and years of life lost from premature death, making it one of the 15 leading causes of death in

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

the world, whose impacts affect all areas of society, despite which, the suicide figures have risen in the last decades.

Objectives: Study of the relationship between certain demographic and clinical variables as possible risk factors for suicidal behavior, so as to make it easier the identification of the most vulnerable social groups, where it is necessary to adopt specific measures of prevention.

Method: Descriptive observational study of the socio-demographic characteristics of patients who have made a suicide attempt between the years 2013-2014 at the Hospital Universitario 12 de Octubre. The analyzed variables were: age, sex, psychiatric diagnosis and number of previous suicide attempts.

Results: We have studied 128 patients, found statistically significant relationship between the repetition of suicide attempts and the diagnosis of substance abuse, psychotic and personality disorders. Moreover, there is a significant negative association between repetition and diagnosis of adaptive and anxiety disorder.

Conclusions: The results of this study confirm those published so far on the relationship between repetition of suicide attempt and the variables related to substance abuse, psychotic disorders and personality disorders.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con estadísticas ofrecidas por la OMS (2014), en 2012 fallecieron 804.000 personas por suicidio lo que representa una tasa global de 11,4 de cada 100.000 individuos al año. Sin embargo estas cifras se encuentran probablemente subestimadas, debido a las diferentes formas de registro en función del país y otras dificultades de notificación que, en conjunto, hacen que las cifras que se manejan no resulten del todo fiables (Giner L. 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Melle, I. et al. 2012; Sánchez Teruel, D. et al 2014).

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), fallecieron por suicidio 3870 personas en el año 2013, 2911 hombres y 959 mujeres, constituyendo desde el 2008 la primera causa de muerte no natural, por encima de los accidentes de tráfico, si bien España se encuentra entre los países europeos con menores tasas de suicidio. Respecto a las tentativas de suicidio, en el 2006, última fecha con datos disponibles, se registraron un total de 211, siendo 92 en hombres y 119 en mujeres.

La tentativa y comportamiento suicida están relacionados con multitud de factores clínicos, neurobiológicos, cognitivos, conductuales, familiares e individuales, que se asocian a una mayor vulnerabilidad para presentar este tipo de conductas. Existen diversos estudios a nivel

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

internacional sobre la influencia de variables socio-demográficas en las tentativas suicidas o el suicidio consumado, si bien los estudios en el ámbito nacional son escasos (Gómez-Durán EL. 2014; Mejías Y. et al. 2011; Sánchez Teruel, D. et al. 2014). A pesar de ello, ninguna de las variables estudiadas constituye un indicador de predicción determinante de la conducta suicida.

Algunos estudios afirman que 3 de cada 4 individuos que cometen una tentativa de suicidio contactan previamente con Atención Primaria y 1 de cada 3 con Salud Mental (a los que recurre un mayor número de mujeres que de hombres) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Srivastava M.K. et al. 2004). Por ello, resulta de especial importancia identificar a aquellos individuos que, por la presencia de determinadas condiciones, conforman un sector de mayor vulnerabilidad, de manera que se puedan adoptar e intensificar las medidas preventivas en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

El Hospital Universitario 12 de Octubre tiene una población asignada de 405.968 (datos de 2012), siendo el referente asistencial para la población de los Distritos de Carabanchel, Usera y Villaverde desde el año 2010, con la creación del Área Única de Salud. Las características socio-demográficas de la población perteneciente a este área, ubicada en el sur de la Comunidad de Madrid, demuestran un nivel socio-cultural medio-bajo, encontrándose una alta conflictividad social, zonas deprimidas, con una gran población y pluriculturalidad, en la que conviven diferentes etnias y existe un importante porcentaje de población inmigrante (Consejería de Sanidad 2012).

Este estudio se basa en el análisis descriptivo de determinadas variables clínicas (edad, género, psicopatología y número de intentos previos de suicidio) halladas en individuos que han realizado una tentativa suicida de alta letalidad (esto es, que han requerido un ingreso hospitalario) durante los años 2013-2014 en el área de salud correspondiente al Hospital Universitario 12 de Octubre (n=128), diferenciándose un grupo de no repetidores de la tentativa (aquellos que únicamente presentan el intento de suicidio de alta letalidad actual, que originó su ingreso e inclusión en el estudio) y otro de repetidores (con tentativas de suicidio previas a la actual por la que han sido incluidos). Los datos han sido obtenidos mediante la revisión de historias clínicas registradas informáticamente a través de la plataforma del HCIS y a partir de la información recogida en el Protocolo Breve de Conducta Suicida, que se lleva a cabo en dicho hospital. Todos los pacientes incluidos en la muestra son mayores de 18 años y han firmado el consentimiento para que sus datos puedan ser utilizados, sin asociarlos con información que pueda vulnerar su identidad. Los diagnósticos psiquiátricos siguen la clasificación de la CIE-10.

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

Limitaciones

Las dificultades encontradas a la hora de recoger los datos son fundamentalmente derivadas de la ocasional disparidad en cuanto a la información registrada, así como la coexistencia de varios diagnósticos en un mismo paciente, por lo que, ante esta situación, se ha tenido en cuenta la información reflejada en el Protocolo. Por otro lado, el número de la muestra no refleja el total de personas que durante este periodo y en este área poblacional realizaron una tentativa de suicidio, ya que se han producido pérdidas debidas a la ausencia de consentimiento informado en algunos pacientes, el haber incluido únicamente los intentos de suicidio de alta letalidad y la falta de registro de algunas variables (pacientes dados de alta antes de recoger la información, etc.), de manera que las cifras reales son mayores que los resultados obtenidos.

Análisis estadístico

A partir de la información recogida se construyó una tabla y se llevó a cabo el análisis estadístico, que incluyó el cálculo de medidas descriptivas de posición (media, mediana, percentiles) y de dispersión (desviación estándar), sobre un intervalo de confianza del 95%, mediante el modelo de regresión de Poisson, poniendo en relación el antecedente de tentativas previas de suicidio (no repetidores= NR: sin antecedente de tentativa; repetidores= R: a partir de 1 tentativa previa) con la edad (en rangos de 10 en 10 años), el género (hombres y mujeres) y el diagnóstico psiquiátrico (siguiendo la clasificación CIE-10).

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 22.0., mediante el modelo de regresión de Poisson para variables discretas y aleatorias, que sigue la fórmula: $P(x=k) = e^{-\lambda} * \lambda^k / k!$, siendo λ el número de veces " n " que se realiza el experimento multiplicado por la probabilidad " p " de éxito en cada ensayo y K el número de éxito cuya probabilidad se está calculando. Debe darse que $p < 0,10$ y $n * p < 10$ para que los resultados sean estadísticamente significativos. Las puntuaciones normalizadas se emplean en la comparación de datos de distribuciones distintas con el objetivo de conocer cuál destaca más o menos dentro de su grupo según la característica observada, tipificando la variable con la fórmula: $Z = (X - \mu) / \sigma$.

Se han comparado las diferencias entre el grupo de repetidores de la tentativa y el de no repetidores, utilizando la prueba de Chi-cuadrado. Las variables que discriminaban entre grupos se han introducido en un modelo de regresión para determinar el peso de las mismas en la repetición.

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

RESULTADOS

Diferencias generales entre repetidores y no repetidores

De la muestra, constituida por 128 individuos el 40,63% (52) de los pacientes no había realizado ninguna tentativa previa (no repetidores) y el 59,38% (76) habían realizado más de 1 (repetidores), encontrándose en el 35,94% (46) el antecedente de 1 única tentativa, el 8,59% (11) distribuyéndose entre 2 y 9 o más tentativas; un 2,34% (3) con 3 tentativas y 1,56% (2) con 4 y 6 tentativas.

Los grupos de edad se han dividido en subgrupos tomados en años de 10 en 10 (ver Tabla 1).

Los repetidores estaban en el grupo comprendido entre 30 y 59 años, no existiendo diferencias significativas con el grupo de no repetidores. En la distribución por género, el 49,22% (63) son hombres y el 50,78% (65) mujeres. El

Tabla 1. Variables socio-demográficas de los sujetos repetidores de tentativas y no repetidores

Variable	No repetidores	Repetidores	Significación
	(N=52)	(N=76)	
Grupo de edad, n (%)			0,161
20-29	14 (56%)	11 (44%)	
30-39	11 (40,7%)	16 (59,3%)	
40-49	10 (27%)	27 (73%)	
50-59	5 (27,8%)	13 (72,2%)	
60-69	6 (54,5%)	5 (45,5%)	
>70	6 (60%)	4 (40%)	
Sexo, n (%)			0,613
Hombre	27 (42,9%)	36 (57,1%)	
Mujer	25 (38,5%)	40 (61,5%)	

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

Entre los trastornos psicopatológicos encontrados en la muestra (ver Tabla 2), los más frecuentes fueron los relacionados con trastornos psicóticos, afectivos y trastornos de la personalidad.

Tabla 2. Variables clínicas de de los sujetos repetidores de tentativas y no repetidores

Variable	No repetidores	Repetidores	Significación
	(N=52)	(N=76)	
Diagnostico psiquiátrico, n (%)			0,03
No criterio diagnóstico	1 (100%)		
Trastorno de inicio en infancia-adolescencia		1 (100%)	
TM por enfermedad médica	2 (100%)		
Trastorno relacionado con uso de sustancias	6 (24%)	19 (76%)	
Esquizofrenia u otras psicosis	8 (34,8%)	15 (62,2%)	
Trastorno del estado de ánimo	11 (40,7%)	16 (59,3%)	
Trastorno de ansiedad	3 (50%)	3 (50%)	
Trastorno somatomorfo		1 (100%)	
Trastorno sexual	1 (100%)		
Trastorno del control de los impulsos	3 (100%)		
Trastorno adaptativo	13 (76,5%)	4 (23,5%)	
Trastorno de Personalidad	4 (19%)	17 (81%)	

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

La frecuencia de número de tentativas previas de suicidio se ajusta a una distribución de Poisson, que sigue una distribución binomial, calculada con un intervalo de confianza del 95%, cuya utilidad es la de reflejar el número de veces que ocurre un determinado suceso durante un periodo de tiempo específico, típica de eventos infrecuentes.

La frecuencia de número de tentativas previas de suicidio, que oscila entre 0 y 9 varía entre situaciones extremas, agrupándose principalmente en aquéllos que han presentado 0 y 1 tentativa y, en menor medida, los que presentan 2 y 9 tentativas previas, por lo que se han considerado como repetidores aquellos pacientes con 1 o más intentos previos de suicidio y no repetidores aquéllos que únicamente han presentado la tentativa actual, careciendo de antecedentes de intentos anteriores.

Diferencias entre repetidores y no repetidores en función de grupos

Edad

La media de edad es de $44,20 \pm 15,82$ DS, la mediana de 43,00 años, siendo el mínimo de 20 y el máximo de 83 años. La edad en las que el porcentaje de NR es mayor de lo esperado es entre 20-29 años (56% NR, 15,2% más) y en >60 años: 54,5% NR 60-69 años (13,59%), 66,7% NR 70-79 años (26,7%) y 50% NR 80-83 años (10%). En cambio, aquellas edades donde la cifra de R es mayor de la esperada son: 73% R 40-49 años (13,54%) y 72,2% R 50-59 años (12,76%) (ver Tabla 3). Sin embargo, la relación entre edad y tentativas no ha resultado estadísticamente significativa ($P=0,161$) (ver Tabla 1).

Género

Los resultados indican que el 42,86% (27) de los hombres y el 38,46% (25) de las mujeres no tienen tentativas previas, el 33,33% (21) de los hombres y el 38,46% (25) de las mujeres tienen 1 tentativa previa, el 14,29% (9) de los hombres y el 3,08% (2) de las mujeres tienen 2 tentativas previas y el 9,52% (6) de los hombres y el 20% (13) de las mujeres tienen 3 o más tentativas previas. Se refleja, por tanto, que el antecedente de 0 y 1 tentativas es similar entre ambos géneros, mientras que 2 es más de 4 veces superior en hombres y 3 o más, 2 veces mayor en mujeres .

Los resultados indican que el 49,2% de los hombres son no repetidores (un 2,26% más de lo esperado) y el 61,5% de las mujeres son repetidores (un 2,12% más de lo esperado) (ver Tabla 3), aunque las diferencias entre géneros no han resultado estadísticamente significativas ($P=0,613$) (ver Tabla 1).

**VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO
UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD**

Tabla 3. Género y edad respecto a tentativas: valores encontrados y esperados

			Tentativas		Total
			No repetidores	Repetidores	
Género	Hombre	Recuento	27	36	63
		Recuento esperado	25,6	37,4	63
		% dentro de Género	42,90%	57,10%	100,00%
	Mujer	Recuento	25	40	65
		Recuento esperado	26,4	38,6	65
		% dentro de Género	38,50%	61,50%	100,00%
Edad	20-29	Recuento	14	11	25
		Recuento esperado	10,2	14,8	25
		% dentro de Edad	56,00%	44,00%	100,00%
	30-39	Recuento	11	16	27
		Recuento esperado	11	16	27
		% dentro de Edad	40,70%	59,30%	100,00%
	40-49	Recuento	10	27	37
		Recuento esperado	15	22	37
		% dentro de Edad	27,00%	73,00%	100,00%
	50-59	Recuento	5	13	18
		Recuento esperado	7,3	10,7	18
		% dentro de Edad	27,80%	72,20%	100,00%
	60-69	Recuento	6	5	11
		Recuento esperado	4,5	6,5	11
		% dentro de Edad	54,50%	45,50%	100,00%
	70-79	Recuento	4	2	6
		Recuento esperado	2,4	3,6	6
		% dentro de Edad	66,70%	33,30%	100,00%
	80-83	Recuento	2	2	4
		Recuento esperado	1,6	2,4	4
		% dentro de Edad	50,00%	50,00%	100,00%

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

Entre las edades más jóvenes (especialmente en la franja 20-29 años), las tentativas de suicidio son superiores en los hombres (64%), mientras que en edades más avanzadas, especialmente entre 50-59 años, hay un claro predominio de mujeres (77,78%). En el resto de rangos de edad, apenas existe un 2-3% de diferencia entre ambos géneros.

Diagnóstico psiquiátrico

Los trastornos en los que la media de tentativas de suicidio son más altas (>1) corresponden a los trastornos de la personalidad ($3,048 \pm 3,324$ DS; IC 95%), los trastornos por abuso de sustancias ($2,720 \pm 3,348$ DS; IC 95%), la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ($1,261 \pm 1,888$ DS; IC 95%) y los trastornos del estado de ánimo ($1,259 \pm 2,314$ DS; IC 95%). La media de tentativas es de $1,000 \pm 0,000$ DS en los trastornos de inicio en infancia-adolescencia (IC 95%) y en el trastorno somatomorfo (IC 95%). En los trastornos de ansiedad la media de tentativas es de $0,500 \pm 0,548$ DS (IC 95%) y en el trastorno adaptativo de $0,235 \pm 0,437$ DS (IC 95%).

Los resultados indican que aquellos diagnósticos en los que hay más repetidores de lo esperado son los trastornos relacionados con uso de sustancias (76%R, 16,8% más), los trastornos psicóticos (65,2%R, 5,64% más), los trastornos de personalidad (81%R, 21,48% más), los de inicio en infancia-adolescencia y los somatomorfos (ambos 100%R, 40% más). Mientras tanto, los trastornos de ansiedad (50%NR, 10% más), del control de impulsos, los sexuales y la ausencia de patología psiquiátrica (100%NR, un 60% más) presentan mayor porcentaje de NR de lo esperado. Los trastornos del estado de ánimo se ajustan a lo esperado en cuanto a NR (40,7%) y R (59,3%) (ver Tabla 5).

La asociación con la repetición o no de la tentativa y el diagnóstico ha sido estadísticamente significativa ($P=0,003$) (ver Tabla 2).

**VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO
UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD**

Tabla 5. Diagnóstico respecto a tentativas: valores encontrados y esperados

		Tentativas		Total
		No repetidores	Repetidores	
0	Recuento	1	0	1
	Recuento esperado	0,4	0,6	1
	% dentro de Diagnóstico	100,00%	0,00%	100,00%
Trastorno de inicio en infancia-adolescencia	Recuento	0	1	1
	Recuento esperado	0,4	0,6	1
	% dentro de Diagnóstico	0,00%	100,00%	100,00%
TM por enfermedad médica	Recuento	2	0	2
	Recuento esperado	0,8	1,2	2
	% dentro de Diagnóstico	100,00%	0,00%	100,00%
Trastorno relacionado con uso de sustancias	Recuento	6	19	25
	Recuento esperado	10,2	14,8	25
	% dentro de Diagnóstico	24,00%	76,00%	100,00%
Esquizofrenia u otras psicosis	Recuento	8	15	23
	Recuento esperado	9,3	13,7	23
	% dentro de Diagnóstico	34,80%	65,20%	100,00%
Trastorno del estado de ánimo	Recuento	11	16	27
	Recuento esperado	11	16	27
	% dentro de Diagnóstico	40,70%	59,30%	100,00%
Trastorno de ansiedad	Recuento	3	3	6
	Recuento esperado	2,4	3,6	6
	% dentro de Diagnóstico	50,00%	50,00%	100,00%
Trastorno somatomorfo	Recuento	0	1	1
	Recuento esperado	0,4	0,6	1
	% dentro de Diagnóstico	0,00%	100,00%	100,00%
Trastorno sexual	Recuento	1	0	1
	Recuento esperado	0,4	0,6	1
	% dentro de Diagnóstico	100,00%	0,00%	100,00%
Trastorno del control de los impulsos	Recuento	3	0	3
	Recuento esperado	1,2	1,8	3
	% dentro de Diagnóstico	100,00%	0,00%	100,00%
Trastorno adaptativo	Recuento	13	4	17
	Recuento esperado	6,9	10,1	17
	% dentro de Diagnóstico	76,50%	23,50%	100,00%
Trastorno de Personalidad	Recuento	4	17	21
	Recuento esperado	8,5	12,5	21
	% dentro de Diagnóstico	19,00%	81,00%	100,00%

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

Los resultados apuntan a que en aquellas patologías consideradas más graves (trastornos por abuso de sustancias, trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad) la tendencia señala hacia un número de tentativas previas superiores.

En cuanto a la distribución por géneros, vemos que los trastornos más frecuentes en hombres son los de inicio en infancia y adolescencia (100%), los de abuso de sustancias (56%), los psicóticos (91,30%) y los trastornos sexuales (100%), mientras que en mujeres predominan los trastornos del estado de ánimo (70,37%), los somatomorfos (100%), los del control de los impulsos (66,67%), los adaptativos (76,47%) y los de personalidad (61,90%).

DISCUSIÓN

Los resultados más relevantes de nuestro estudio apuntan a una relación entre la repetición de las tentativas autolíticas con variables clínicas como el de abuso de sustancias, trastornos psicóticos y de la personalidad. A única variable socio-demográfica que se asociaba a la repetición fue la de nacionalidad española.

En nuestra muestra, todos, excepto un individuo, presentan una **psicopatología** (el 99,22%), lo que coincide con los estudios de autopsia psicológica, donde ha evidenciado que un gran porcentaje (alrededor de un 90-95%) de los individuos con conductas suicidas padece un trastorno psiquiátrico (Fairman N. et al. 2013; Gómez-Durán EL. 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Sher, L. 2006; Links P.S et al. 1999; Melle, I. et al. 2012; Muheim F. et al. 2013; Sánchez-Teruel, D. 2012; Srivastava M.K. et al. 2004; WHO 2014). Además, la coexistencia de varios trastornos psiquiátricos aumenta asimismo el riesgo de nuevas tentativas (Gómez-Durán EL. 2014 Links P.S et al. 1999; Melle, I. et al. 2012; WHO 2014).

Los resultados indican que la repetición de tentativas de suicidio se asocian de manera significativa a los trastornos por abuso de sustancias, los trastornos psicóticos y los de personalidad, tal y como describe la literatura (Gómez-Durán EL. 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Melle, I. et al. 2012; Méndez-Bustos P. et al. 2013; Sánchez-Teruel, D. 2012; Sher, L. 2006; Srivastava M.K. et al. 2004; WHO 2014). No se han tenido en cuenta los trastornos de inicio en infancia-adolescencia y somatomorfos por consistir la muestra en 1 paciente, lo que resulta poco representativo (ver Tabla 2).

El abuso de sustancias afecta al 19,53% de la muestra, siendo todos los sujetos repetidores, predominando en mujeres entre 25-65 años, si bien algunos estudios apuntan a que los hombres con este diagnóstico presentan mayores tentativas (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Muheim F. et al. 2013).

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

Constituye un factor de riesgo y precipitante de la conducta suicida (6, 1), así como comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos (patología dual) (Gómez-Durán EL. 2014; Links P.S et al. 1999). El 40% de los alcohólicos realiza una tentativa de suicidio y el 7% lo consuman (WHO 2014), especialmente hombres mayores de 50 años (Vázquez-Lima M.J. et al. 2012), policonsumidores y antecedentes de un episodio depresivo mayor (Sher, L. 2006).

Los trastornos psicóticos constituyen un 19,97% en la muestra (1% en la población general), resaltándose que más del 90% son hombres, tal y como se expone en la literatura (Gómez-Durán EL. 2014; Srivastava M.K. et al. 2004), según la cual los hombres jóvenes, en fases iniciales, con múltiples recaídas, poca adherencia terapéutica e inmediatamente posterior al alta, asocian mayor riesgo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Melle, I. et al. 2012). Todos los individuos de la muestra son repetidores de la tentativa suicida. Esta patología eleva el riesgo de conducta suicida unas 30-40 veces, presentando un riesgo del 5% (Melle, I. et al. 2012; WHO 2014), siendo los métodos empleados de mayor letalidad y, por tanto, asociando un riesgo incrementado de nuevas tentativas y consumación del suicidio (multiplicado por 11) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Melle, I. et al. 2012).

Un 16,41% de la muestra padece un trastorno de personalidad, de los cuales la mayoría son repetidores. En nuestra muestra, predomina en mujeres entre 30-60 años (que presentan mayor repetición de tentativas en el tiempo) y, en menor medida encontramos hombres, de 20-30 años, lo que coincide con los estudios, que apuntan hacia una mayor tendencia en mujeres de edad media (Muheim F. et al. 2013), presentando los hombres comportamientos suicidas más precoz y letalmente. Estos trastornos incrementan el riesgo suicida en un 4-8% sobre la población general, siendo más frecuente en los trastornos límite y antisocial de la personalidad, ambos pertenecientes al clúster B (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Melle, I. et al. 2012).

El trastorno del estado de ánimo, que según gran parte de los artículos revisados constituye el que asocia un mayor riesgo de comportamientos suicidas (20-40 veces el de la población general) (Fairman N. et al. 2013; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Melle, I. et al. 2012; Muheim F. et al. 2013; Sánchez-Teruel, D. 2012), no se relaciona en nuestros resultados con una cifra de repetición de tentativa mayor de lo esperada, si bien predomina en mujeres >30 años repetidoras, tal y como se describe en la literatura (edad avanzada, inicio tardío – entre 30 y 40 años-, predominando el género femenino). No obstante, otros estudios apuntan a que el trastorno depresivo es únicamente un buen predictor de la ideación suicida, no siendo así de la tentativa, que parece asociarse a una alteración en el control de los impulsos. Asimismo, hay estudios en los que no

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

se ha encontrado una asociación significativa entre la tentativa suicida y esta enfermedad (Muheim F. et al. 2013; Srivastava M.K. et al. 2004). Sin embargo, el ánimo depresivo suele estar presente en la mayoría de pacientes con conductas suicidas, además de ser una frecuente comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos. Se estima que los trastornos depresivos, de mayor o menor gravedad, afectan a alrededor de un 20% de la población española (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Huerta Ramírez, R. 2011), constituyendo en nuestra muestra el 21,1%.

En cuanto a los trastornos adaptativos, parece que las situaciones vitales estresantes están relacionadas con un aumento del riesgo de suicidio consumado, pero no con tentativas e ideación suicida (Sánchez Teruel, D. et al 2014; Sánchez-Teruel, D. 2012). Esto corrobora nuestros resultados, que relacionan este trastorno con la no repetición de la tentativa, afectando a todas las edades, con mayor incidencia entre los 20-30 años y predominando en mujeres, tal y como expone la literatura (Muheim F. et al. 2013).

Existen dudas acerca de si los trastornos de ansiedad constituyen un factor de riesgo independiente para el comportamiento suicida o si es su comorbilidad con otros trastornos "mayores" la que influye en éste (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010). En nuestros resultados, estos trastornos se asocian a la no repetición del intento, lo que es coherente con la bibliografía revisada.

CONCLUSIONES

Los repetidores de la conducta suicida se caracterizan por pertenecer al género femenino, con edades entre 40-59 años y diagnósticos de abuso de sustancias, trastornos psicóticos y de la personalidad. Los no repetidores tienden a presentar edades <30 y >60 años, género masculino y diagnósticos de trastornos de ansiedad, adaptativo y del control de los impulsos.

También se han puesto de manifiesto las limitaciones en el registro de los datos relativos a las tentativas de suicidio (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2010; Sher, L. 2006; Melle, I. et al. 2012) y en comparación con los suicidios consumados, así como la relativa escasez de estudios al respecto (INE 2015).

Se cree que aquellos que repiten un comportamiento suicida deberían considerarse como una entidad independiente de los que únicamente realizan una tentativa, pues los primeros presentan trastornos más severos, un mayor riesgo de tentativas futuras y de muerte por suicidio (Méndez-Bustos P. et al. 2013), de manera que, si se estableciera un grupo de características clínicas, demográficas o individuales distintivas entre estos dos grupos, se podría facilitar la identificación de factores predictivos en los sujetos de alto riesgo, en los que las estrategias de prevención y terapéuticas deberán intensificarse e individualizarse, con el objetivo

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

de disminuir las elevadas tasas de uno de los males de este siglo, que afecta a todas las comunidades, ámbitos, y edades, que es el suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco-Fontecilla, H., Jaussent, I., Olié, E., Béziat, S., Guillaume, S., Artieda-Urrutia, P., Courtet, P. A Cross-Sectional Study of Major Repeaters: A Distinct Phenotype of Suicidal Behavior. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(4), 10.4088/PCC.14m01633. doi:10.4088/PCC.14m01633 (2014).
2. Carroll, R., Metcalfe, C., Gunnell, D. Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(2), e89944. doi:10.1371/journal.pone.0089944 (2014).
3. Fairman, N., Irwin, S. A. A retrospective case series of suicide attempts leading to hospice admission. *Palliative & Supportive Care*, 11(3), 273–276. doi:10.1017/S1478951513000096 (2013)
4. Giner, L, Guija, JA. Number of suicides in Spain: differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014 Jul-Sep; 7(3):139-46.
5. Gómez-Durán, EL, et al. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.02.001>
6. 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 (avalía-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
7. <http://www.aulafacil.com/cursos/l11241/ciencia/estadisticas/estadisticas/distribuciones-discretas-poisson>
8. <http://www.icmje.org/>
9. http://www.rekursostic.educacion.es/descartes/web/materiales_didacticos/unidimensional_l_barrios/
10. Huerta Ramírez, R. Conducta suicida en población general adulta española: Un estudio epidemiológico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011.

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

11. Instituto Nacional de Estadística [portal de Internet] [consultado el 06/05/2015]. Disponible en: <http://www.ine.es>
12. Links, P. S.; Balchand, K.; Dawe W. I.; Watson, J. Preventing recurrent suicidal behavior. Canadian Family Physician. Le Medecin de famille canadien. Vol45: November1999.
13. Mejías, Y., García Caro, M.P., Schmidt, J, et al. Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. An Sist Sanit Navar. 2011; 34:431-41.
14. Melle, I.; Barrett, E.A. Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. Expert Rev. Neurother. 12(3), 353–359 (2012)
15. Méndez-Bustos, P.; de Leon-Martinez, V.; Miret, M.; Baca-Garcia, E.; Lopez-Castroman, J. Suicide Reattempters: A Systematic Review. Harvard Review of Psychiatry. 21(6):281-295, November/December 2013.
16. Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M., Riecher-Rössler, A. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13759
17. Owens, D.; Horrocks, J.; House, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry 2002; 181:193–9.
18. Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. 2012. Disponible online en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1354190965482&pagina me=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro
19. Sánchez Teruel, D; García-León A.; Muela-Martínez, J.A. Tentativas suicidas en la provincia de Jaén (España). Gac Sanit [online]. 2014, vol.28, n.3, pp. 256-257. ISSN 0213-9111.
20. Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables socio-demográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En J.A. Muela, A. García y A. Medina (Eds.). Perspectivas en psicología aplicada (pp. 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.
21. Sher, L. (2006) Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. TheScientificWorldJOURNAL **6**, 1405–1411. DOI10.1100/tsw.2006.254.
22. Silverman, M. M.; Berman, A. L.; Sanddal, N. D.; O'Carroll, P. W. and Joiner, T. E. (2007), Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. Suicide and Life-Threat Behaviors, 37: 248–263. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.248
23. Silverman, M. M.; Berman, A. L.; Sanddal, N. D.; O'Carroll, P. W. and Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threat Behaviors*, 37: 264–277. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.264

24. Srivastava, M.K.; Sahoo, R.N.; Ghotekar, L.H.; Srihari, D.; Danabalan, M.; Dutta, T.K.; Das, A.K. Risk Factors Associated with Attempted Suicide: A Case Control Study. *Indian Journal of Psychiatry*, 2004, 46(I) 33-38.
25. Vázquez-Lima, M.J., Álvarez-Rodríguez, C., López-Rivadulla, M, et al. 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: 121-5.
26. Vidal, Carlos Eduardo Leal, Gontijo, Eliane Costa Dias Macedo, & Lima, Lúcia Abelha. (2013). Attempted suicide: prognostic factors and estimated excess mortality. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 175-187. Retrieved May 19, 2015, from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500020&lng=en&tlng=en. 10.1590/S0102-311X2013000500020.
27. World Health Organization Suicide Prevention, 2014 [consultado el 06/05/2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

ANEXO

Aclaración de términos (silverman, m. M. Et al. 2007):

- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:
 - 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 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).

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO DE ALTA LETALIDAD

- **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 consumado:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.