



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LOS
INTENTOS AUTOLÍTICOS EN EL
ÁMBITO DE EMERGENCIAS**

Autor/a: IRENE MARTÍN DEL BOSQUE

Tutor/a: CARLOS ESCUDERO CUADRILLERO

Cotutor/a: RAFAEL RODRÍGUEZ CALZADA



AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a mi tutor Carlos Escudero por ser mi principal apoyo. Por supuesto a mi cotutor Rafael Calzada por sus ganas e iniciativa y a todo el equipo de emergencias por facilitarme la documentación necesaria para sacar el proyecto adelante.

RESUMEN

El intento de suicidio es considerado un importante problema de salud pública y mental con gran impacto en la sociedad, de tal índole que aproximadamente por cada segundo se produce un intento autolítico a nivel mundial. Debido a estas cifras tan sorprendentes se decidió iniciar un programa de recogida de datos por parte del equipo de emergencias de Valladolid sobre los casos de intentos de suicidio atendidos para desarrollar un perfil de conducta autolítica mediante la información relevante obtenida tras su análisis. Este proyecto se llevó a cabo mediante un estudio observacional prospectivo de una muestra constituida por 76 pacientes atendidos por la Unidad Medicalizada de Emergencias de Valladolid 1 por padecimiento de tentativa suicida y/o presencia de ideación suicida en el año 2015-2016, con vista a evaluar su perfil. El intento de suicidio predominó en el sexo femenino y en el rango de edad de 50-59 años, siendo el método autolítico de elección la intoxicación medicamentosa. Destacó significativamente la presencia de ideación suicida, depresión y tratamiento psiquiátrico habitual en estos pacientes, así como el consumo de alcohol antes del acto suicida. Tras la obtención de estos datos se observó que la restricción a medios autolíticos, control farmacológico y revisión médica periódica podrían ser alternativas efectivas para la reducción del gran número de intentos de suicidio.

Palabras clave: intento autolítico, tentativa suicida, intoxicación medicamentosa, factor de riesgo.



ABREVIATURAS

CIE-10: Décima Clasificación Internacional de Enfermedades

OMS: Organización Mundial de la Salud

VIH: Virus de la inmunodeficiencia adquirida

THDA: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

UME VA-1: Unidad Medicalizada de Emergencias de Valladolid 1

CIP: Código de identificación personal

TSI: Tarjeta sanitaria individual

SVB: Soporte Vital Básico

INE: Instituto Nacional de Estadística

HTA: Hipertensión Arterial

DM II: Diabetes Mellitus tipo dos.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
- EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO.....	1
- CONDUCTA SUICIDA Y EMERGENCIAS.....	2
- JUSTIFICACIÓN.....	2
- TABÚ SOCIAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN.....	3
FACTORES IMPLICADOS.....	4
- FACTORES DE RIESGO.....	4
- FACTORES PROTECTORES.....	15
OBJETIVOS.....	15
METODOLOGÍA.....	15
- DISEÑO.....	16
- VARIABLES ANALIZADAS.....	16
- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
- RECURSOS EMPLEADOS.....	17
- RESULTADOS OBTENIDOS.....	18
DISCUSIÓN E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA.....	22
- ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	23
- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	24
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	27



INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública de índole mundial que va en aumento y cuya gravedad afecta a todos los estratos sociales. El intento autolítico o intento de suicidio está estrechamente relacionado con el suicidio consumado, ya que el intento tiene como meta y altas posibilidades de llegar a convertirse en un suicidio “con éxito”. El intento autolítico podría definirse como *acto suicida cuyo resultado no es la muerte*, a diferencia del suicidio, cuyo resultado es la muerte del sujeto. Según la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la Organización Mundial de la Salud propone diversas definiciones:

Suicidio: *“acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; sabiendo o esperando el resultado letal, siendo la muerte un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social”*^(1, 2).

Intento de suicidio: *“acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría; o bien en aquél que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”*.

Ideación suicida: *“pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable. Valorado clínicamente, como la persistencia de la ideación en dos semanas previas a la exploración”*⁽²⁾.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Conforme a los datos recogidos en abril de 2016 por la Organización Mundial de la Salud⁽³⁾, cada año más de 800.000 personas realizan un acto autolítico con éxito, aumentando las cifras un 60% en los últimos 50 años (OMS, 2012)^(4, 5), teniendo en cuenta que por cada suicidio existen aproximadamente 20 intentos autolíticos (Berlote, 2002)⁽⁶⁾. Profundizando en los datos actuales, se estima que dicho problema aumentará exponencialmente hasta llegar a una cifra de 1,53 millones de muertes por suicidio en el año 2020. Estos datos reflejan un promedio de un suicidio cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos, lo cual conlleva el deterioro de la esfera bio-psico-social de la persona implicada en el intento, llegando a una afectación irradiada al sector familiar, sanitario, político y social.



Si delimitamos la muerte por factor externo, el suicidio se considera la primera causa por muerte violenta en mayores de 60 años y la segunda causa principal de muerte en personas de 15 a 29 años (OMS, 2012) después de los accidentes o lesiones no intencionales.

CONDUCTA SUICIDA Y EMERGENCIAS

El servicio sanitario extrahospitalario de emergencias destaca como principal eslabón en la actuación frente a conductas suicidas. Es el primer contacto que el usuario implicado obtiene con el sistema sanitario ⁽⁷⁾. Un paciente con conducta suicida puede abordarse de forma multisectorial, siendo el servicio de emergencias el que interviene en caso de crisis incontrolada del usuario actuando de manera rápida, directa y cuidadosa.

Debido a que actúan de manera extrahospitalaria, no disponen de las facilidades y comodidades que ese ámbito proporciona, por lo que su intervención deberá estar apoyada en un conocimiento sólido sobre la conducta suicida para aportar una asistencia eficaz y exitosa. De este modo, los profesionales implicados en el servicio de emergencias deberán mostrar unas aptitudes verbales y emocionales exquisitas, incluyendo aporte de tranquilidad al ambiente, escucha activa, control del lenguaje no verbal, observación del medio y del paciente, actuación rápida y precisa.

JUSTIFICACIÓN

El intento autolítico es un *acto no letal* realizado por la propia persona buscando la letalidad por lo que se podría considerar un acto suicida *fallido*. Debido a la meta esperada por parte del paciente existen numerosas probabilidades de que el resultado de dicho intento autolítico sea un suicidio consumado concluyendo con la muerte del paciente. Debido a esta alta probabilidad es imprescindible identificar y prevenir la ideación suicida que lleva al intento autolítico y consecuentemente al suicidio. Para ello es necesaria la construcción de un perfil suicida que dirija la actuación de los profesionales desde el punto de vista multidisciplinar dando a conocer la conducta del paciente para abordar su situación de enfermedad con éxito.

Como se ha dicho con anterioridad, el equipo de emergencias debe adquirir ciertas aptitudes que faciliten la actuación frente a un paciente con intenciones suicidas haciendo



de ésta una intervención exitosa. En cambio, aun disponiendo de estas cualidades, el equipo de emergencias puede llegar a estar desamparado ante un paciente suicida debido a que se enfrenta a dicha situación sin ningún tipo de información sobre él ni su entorno. Por ello resulta de vital importancia el estudio de diversos factores e ítems relacionados con la conducta autolítica, incluyendo el perfil más prevalente entre estos pacientes, para hacer más efectiva la actuación del servicio de emergencias. Conociendo el entorno en el que se trabaja se podrán evitar riesgos mayores tanto para el paciente como para los propios profesionales aumentando además la probabilidad de éxito en dicho procedimiento.

TABÚ SOCIAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El tabú social existente en relación con las enfermedades mentales y con los intentos de suicidio provoca una afectación directa a las personas que lo padecen debido a que su problema no es aceptado socialmente y les dificulta asumir su situación de enfermedad agravando dicha situación y manteniéndolo en declive.

Aun siendo un problema de salud pública, la conducta suicida sigue sin verse como una enfermedad. No ha sido abordado de forma abierta y eficaz, ya que se ha demostrado una falta de sensibilización reflejada principalmente en la información camuflada e irreal, o incluso inexistente, de los medios de comunicación; y en la forma socialmente discriminatoria de examinar la conducta suicida. Debido a esta situación se estima que el número de suicidios reales es mayor que el número de suicidios destacados públicamente, ya que es ocultado por ser un tema estigmatizado⁽⁸⁾; además de no tenerse en cuenta como causa de muerte validada.

Es imprescindible profundizar en las limitaciones nombradas para conseguir un plan efectivo de prevención del suicidio a nivel nacional.

Como principal apoyo a esta causa, la OMS estableció en 2014 el primer informe mundial sobre el suicidio, “Prevención del suicidio: un imperativo global”⁽³⁾, que aporta máxima prioridad al desarrollo y fortalecimiento de las estrategias sociales y sanitarias para la prevención del suicidio, dando importancia a su enfoque integral, multisectorial y dinámico.



De tal modo, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron al cumplimiento de un nuevo Plan de acción sobre la salud mental cuya actuación abarca desde 2013 a 2020, teniendo como objetivo una meta mundial de reducción de tasas nacionales de suicidios en un 10% para el año 2020 ^(3, 9, 10).

FACTORES IMPLICADOS

El intento autolítico y el suicidio deben ser considerados fenómenos complejos debido a una enfermedad de origen mental ⁽¹⁾. Dicha complejidad está determinada por los numerosos parámetros que intervienen en este proceso, reflejando esa dificultad a la hora de su estudio, prevención y tratamiento. Esto significa que no existe una causa única y simple que provoque este fenómeno, sino que numerosos estudios destacan la existencia de factores de riesgo, factores de protección y factores desencadenantes en relación al intento de suicidio, consumado o no consumado.

La identificación de estos factores resulta de vital importancia para conocer a fondo esta enfermedad y, así, actuar de forma eficaz en relación a su prevención y tratamiento ⁽¹¹⁾.

FACTORES DE RIESGO

Estos factores suponen un aumento en el riesgo de padecer un suicidio o un intento autolítico, pudiendo llegar a convertirse en un factor desencadenante de una conducta suicida o, incluso, del acto autolítico consumado. La presencia de estos factores aumentará de forma proporcional el riesgo suicida; cuanto mayor sea el número de factores de riesgo presentes, mayor será la probabilidad de desencadenar una conducta suicida; teniendo, dichos factores, distinto peso y relevancia en la vida del paciente.

Numerosos estudios muestran diversas formas de clasificar los factores de riesgo. Existe la clasificación que divide los factores de riesgo en modificables e inmodificables ⁽¹¹⁾. Los modificables se asocian a factores que pueden ser alterados y aumentar o disminuir el riesgo autolítico con dicha modificación (sociales, ambientales, etc.). Por el contrario, los inmodificables se asocian al propio usuario o a factores íntimamente relacionados con él y que no pueden ser objeto de cambio (genética, edad, etc.).



Ha sido realizada una clasificación de elaboración propia, gracias a la ayuda de diversa base de datos bibliográficos ^(1, 11, 12):

Factores de riesgo	
BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">- Edad- Sexo- Sexualidad- Enfermedad somática
PSICOSOCIALES- DEMOGRÁFICOS	<ul style="list-style-type: none">- Estado civil- Etnia-Religión-Cultura- Estatus laboral- Migración
ANTECEDENTES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none">- Trastorno en la Infancia- Disfunción familiar
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	<ul style="list-style-type: none">- Trastornos psiquiátricos- Síntomas psiquiátricos asociados- Personalidad- Tratamiento psiquiátrico- Intentos autolíticos previos
AMBIENTALES	<ul style="list-style-type: none">- Acontecimientos estresantes- Acceso a métodos autolíticos- Bioclimatología

Tabla 1. Clasificación de factores de riesgo. Elaboración propia.

➤ **BIOLÓGICOS**

Edad

Se determina que una edad mayor de 45 años significa un aumento del riesgo suicida (vejez/senectud) ⁽¹¹⁾. En cambio, se ha de considerar la adolescencia como otra época de mayor riesgo debido a todos los cambios a distintos niveles que se producen en la pubertad ^(1, 11).



Adolescencia: riesgo de consumo de drogas, relaciones sociales-amorosas conflictivas, búsqueda del “yo” y de la personalidad, cambios anímicos frecuentes, baja autoestima, primeros contactos sexuales, impulsividad...

Vejez/senectud: el intento de suicidio se considera la primera causa de muerte violenta en mayores de 60 años. En este intervalo de edad, aparecen signos de envejecimiento más agravados, creando insatisfacción personal, mal envejecimiento por falta de aceptación del proceso, pérdida de autoestima y del bienestar, incluso, posible aparición de signos depresivos.

La vejez puede ser sinónimo de la llegada de la jubilación, la cual puede producir falta de rol social, falta de realización personal y pérdida de relaciones sociales.

Acaba apareciendo de forma concomitante una pérdida de rol familiar, donde pasan a ser un eslabón secundario dentro de la familia.

Si se incluyen los cambios fisiológicos característicos de este periodo, la vejez puede implicar una época de crisis personal.

Sexo/Género

Numerosos estudios refieren un aumento estadístico de los intentos autolíticos en relación al género femenino, frente a un mayor número de suicidios consumados en el género masculino ^(11, 13).

También existen diferencias en cuanto al método en relación al género, siendo los hombres destacables en el suicidio consumado y por sus métodos más letales, agresivos y de origen traumático (precipitaciones, armas de fuego, ahorcamientos, traumatismos) ^(11, 14) y las mujeres más en la tentativa y en métodos más silentes y sutiles (ingesta de fármacos, flebotomías), siendo significativas sus llamadas de atención.

Sexualidad

La orientación sexual de LGTB (lesbianas, gais, transexuales, bisexuales) no es un factor de riesgo como tal pero existen diversos factores negativos que suelen acompañar a dicha orientación sexual en la época actual ⁽¹¹⁾: discriminación y presión social, baja autoestima,



aislamiento, pérdida de apoyo social ⁽¹⁵⁾. Estos factores crean un contexto social que promueven el riesgo de aparición de conducta suicida y posible deterioro de la salud mental ⁽¹⁶⁾.

Enfermedad somática

El padecimiento de una enfermedad somática aumenta el riesgo suicida. Ese riesgo aumenta exponencialmente si dicha enfermedad es crónica, con mal pronóstico, productora de un gran dolor y/o produce un cambio radical en la vida de la persona: cáncer, VIH, enfermedades que deriven en traqueostomía, colostomía, discapacidad grave, dolor, diálisis por enfermedad renal, etc. ^(5, 11, 13).

Respecto a la enfermedad del VIH, la tasa de suicidios ha ido disminuyendo desde la aparición de tratamiento farmacológico con antirretrovirales ⁽¹¹⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud y sus archivos referentes a la prevención del suicidio desde atención primaria (OMS, 2002), destacan diversas enfermedades cuyo padecimiento resulta un aumento en las probabilidades de suicidio ⁽¹⁾:

- Epilepsia: su foco neurológico puede crear un cambio en la conducta, produciendo aumento de la agresividad e impulsividad. Además de la discapacidad que supone para el paciente.
- Lesión medular: según el grado de afectación y de discapacidad que produzca, será proporcional el riesgo de suicidio.
- Accidentes cerebrovasculares: también dependerá del grado de afectación y discapacidad. Suelen ir acompañados de fases de depresión y cambios radicales en el estilo de vida.
- Cáncer: el riesgo de suicidio suele ser mayor en varones. El riesgo es mayor en cáncer terminal o de mal pronóstico, doloroso y/o que produzca un deterioro rápido. El riesgo de suicidio aumenta especialmente en dos momentos: tras recibir el diagnóstico y en la fase de quimioterapia.
- VIH: el riesgo de suicidio al padecer esta enfermedad viene determinada por el estigma social, la discriminación y el rechazo que soportan. Además del mal pronóstico, la incurabilidad y el cambio de vida que conlleva.



- Otras afecciones crónicas: que produzcan discapacidad o cambios extremos y bruscos en la vida del paciente: diabetes, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, trastornos sexuales, dolor crónico osteoarticular, etc.

➤ PSICOSOCIALES-DEMOGRÁFICOS

Estado civil

El estado civil está estrechamente relacionado con la existencia de apoyo sentimental, el cual es importante para personas que padezcan enfermedades mentales y/o físicas. Teniéndolo en cuenta se consideran factores de riesgo el divorcio, la soltería y la viudedad debido a que producen sentimiento de soledad, déficit de autoestima, falta de apoyo y un estado de vulnerabilidad para desarrollar una conducta suicida ^(1, 5, 11, 12, 13).

Etnia-Religión-Cultura

En cuanto a la etnia y cultura no existen evidencias científicas de su influencia en el riesgo suicida ⁽¹¹⁾. Aunque existen estudios que se arriesgan a nombrar un mayor riesgo en aborígenes australianos, esquimales y nativos americanos. Según el estudio realizado en adolescentes por una institución educativa de Colombia ⁽¹²⁾, se determina un riesgo mayor en raza mestiza, seguida de la raza blanca o caucásica. Se debe tener en cuenta la visión que aporta cada cultura en relación al suicidio debido a que será la responsable del afrontamiento y aceptación social hacia dicha situación ⁽¹⁾.

En relación a la religión, parece ser un factor de protección en cuanto al riesgo suicida debido a que en las personas consideradas ateas se perciben mayores tasas de intentos de suicidios y suicidios consumados ⁽¹¹⁾. Teniendo mayor riesgo suicida las prácticas religiosas prohibidas, seguido de budismo e hinduismo, siendo las que menor riesgo suponen las religiones católicas y musulmanas no extremistas.

Estatus laboral y nivel educativo

La situación de desempleo, la pobreza o bajo nivel socioeconómico se consideran factores de riesgo predisponentes a desarrollar una conducta suicida. El riesgo que supone la



situación de desempleo aumenta si la persona desea y está dispuesta a encontrar una ocupación y no lo consigue ⁽¹⁾. Las profesiones con alto estrés, frustración o desmotivación suponen un aumento del riesgo de suicidio.

Asociado a un bajo nivel educativo, aumenta el riesgo de desarrollar una conducta suicida y puede llegar a desarrollar comportamientos agresivos que desencadenen el inicio del consumo de drogas y una dificultad para afrontar la vida ^(1,5,11).

Migración

La migración se considera un factor de riesgo debido a los cambios que supondrá para la persona: diferente cultura, política y religión, estilo de vida, idioma, aceptación social. Se asociará a un estado de soledad, separación familiar y demás seres queridos, falta de apoyo, siendo más predisponentes el desempleo y la depresión.

Cabe destacar que el grado de afectación en la persona que tengan estos factores, dependerá del país de origen y de las condiciones del país de destino ⁽¹⁾.

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES

Trastorno en la Infancia y Disfunción familiar

Los trastornos padecidos durante el periodo de la infancia pueden provocar, en mayor o menor medida, una alteración psicológica y conductual permanente que acompañe a la persona hasta la etapa adulta. Esta afectación puede mantenerse silente hasta la aparición de un desencadenante posterior que provoque una conducta suicida.

Cualquier trastorno infantil debe considerarse de gran importancia debido a que la etapa infantil es un periodo de crecimiento y desarrollo básico donde se implantará el germen de la personalidad propia de cada individuo. Durante esa etapa el ambiente familiar tendrá gran influencia en la infancia por ser el medio en el que se desarrolle dicho periodo y cualquier problema en este ámbito causará repercusiones en el infante a largo plazo.

Si relacionamos el trastorno durante la infancia con la tendencia suicida, algunas de las causas más comunes y con mayor influencia pueden ser: abusos sexuales, violencia doméstica, discriminación, maltrato psicológico, *bulliyng*, padres divorciados,



antecedentes suicidas en la familia ^(11, 17), padres con psicopatología incluido consumo de drogas y alcohol, ambiente de baja autoestima, exceso de expectativas por parte de los padres ⁽¹⁾. En determinadas circunstancias estos factores conllevan a medio o largo plazo conductas violentas, baja autoestima u otros trastornos psicopatológicos que pueden llegar a ser el detonante de cuadros de depresión o estados de ansiedad como paso previo a una conducta suicida.

➤ TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Un alto porcentaje de los intentos autolíticos o actos suicidas se esconde tras una enfermedad mental o psiquiátrica, destacando principalmente la *depresión mayor* ^(1, 11, 13). La permanencia de este tipo de trastorno asociado a diversos *síntomas psiquiátricos* (ansiedad, cuadro depresivo, agitación, desesperanza, impulsividad, insomnio, labilidad emocional, rigidez cognitiva, irritabilidad, ciclotimia, dificultad para afrontar y resolver problemas) puede agravar la vulnerabilidad de la persona para desarrollar una conducta suicida ^(5, 17). Frecuentemente esta situación personal mantiene una coexistencia con el *consumo de drogas y alcohol* elevando el riesgo de tentativa suicida ⁽¹⁸⁾.

Trastornos psiquiátricos más relevantes:

Depresión Mayor

Es la enfermedad psiquiátrica más asociada a la conducta suicida ^(1, 11, 13, 17). Los sentimientos de soledad, tristeza profunda, melancolía y autoagresividad se potencian y se produce una controversia con el deseo de vivir ⁽¹⁴⁾.

Según la OMS, entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio guardan relación con algún grado de depresión. Puede afectar en cualquier intervalo de edad, teniendo mayores repercusiones en la adolescencia y en la madurez entre los 30 y 40 años, afectando de manera más significativa a mujeres ⁽¹¹⁾. Este riesgo aumenta cuando la persona vive sola y tiene antecedentes de intentos previos ⁽¹⁴⁾.

Su alta prevalencia en la población y la coexistencia de diferentes síntomas negativos en la persona le dan la importancia a esta enfermedad en relación a una conducta suicida:



retramiento, disminución en el rendimiento escolar, pérdida de la iniciativa y de la autoestima, llantos repentinos, insomnio, inapetencia y actividad motora disminuida.

Video: “Depresión, yo tenía un perro negro” (OMS). [Internet] Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=vpN8px2QVHI>

Esquizofrenia

Las personas que padecen una enfermedad psicótica o esquizofrenia tienen muy altas probabilidades de desarrollar alguna tentativa suicida, sobre todo en hombres jóvenes, recién diagnosticados, con ideación paranoide y cuando se hacen conscientes de su enfermedad ^(1, 11).

Frecuentemente realizan un acto suicida de forma inesperada, espontánea y sin deliberación previa, además de acogerse a métodos cruentos o violentos (autopunálamiento), sobre todo con ideación delirante activa ⁽¹⁴⁾.

El riesgo de suicidio en estas personas puede ser hasta 30-40 veces mayor que en el resto de población, estimándose que el 25-30% de las personas con esquizofrenia realizará al menos un intento autolítico a lo largo de su vida. Aunque son cifras increíblemente altas, debido a que la población que padece esta enfermedad representa menos del 1%, no serán datos realmente significativos en relación a la tasa de suicidios ^(11, 14).

Trastorno bipolar

Debido a la propia naturaleza de la enfermedad supone un factor de riesgo en relación a la tentativa suicida. En las fases maníacas predomina una actitud eufórica e impulsiva, la cual determina la valentía para actuar. Por otra parte, la fase depresiva junto con todos los síntomas negativos que conlleva (pérdida de la iniciativa y de la autoestima, llantos repentinos, insomnio), puede desencadenar y agravar el cuadro de conducta suicida.

En relación a la población general, supone un riesgo suicida 15 veces mayor y se estima que entre un 25-50% de las personas que padecen trastorno bipolar realizarán un intento autolítico ⁽¹¹⁾.



Trastornos en la conducta alimentaria

La *anorexia nerviosa* destaca como conducta alimentaria con mayor relevancia. Afecta principalmente a mujeres jóvenes y se estima que el riesgo aumenta con la comorbilidad de cuadros depresivos y de ansiedad, siendo más frecuentes en una etapa avanzada de la enfermedad cuando sienten que han fracasado en el ideal físico que buscaban alcanzar (14).

Consumo de sustancias adictivas: drogas y alcohol

El consumo de *alcohol* y otras sustancias se relaciona íntimamente con un mayor riesgo de tentativa suicida y suicidio consumado (1, 11, 12, 13, 14, 17, 18), estimándose que 1 de cada 4 personas presenta abuso de alcohol y otras sustancias antes del acto suicida (1, 11). Representa no solo un factor de riesgo, sino un factor precipitante debido a que crea una falsa actitud de impulsividad y valentía que, unido a la conducta suicida previa del paciente, desencadena el acto suicida como tal.

En personas con alcoholismo crónico se añaden factores agravantes desencadenados por la degeneración de su vida personal debido a su propia enfermedad: depresión secundaria, situación de deterioro físico y psicosocial que perciben como insuperable, etc.

Síntomas psiquiátricos asociados más comunes:

Ansiedad: aumenta el riesgo de ideación suicida, tentativa y suicidio consumado en caso de la aparición de ansiedad generalizada y crisis de pánico (1, 11).

Desesperanza: estrechamente relacionado con el sufrimiento emocional y con pérdida de expectativas de futuro.

Impulsividad y agresividad: suele venir acompañado de un trastorno de la personalidad. Aumenta el riesgo de autolesión o automutilación y la iniciativa que lleva a cometer el acto suicida.



Personalidad

Existe un alto riesgo de suicidio en aquellas personas que presentan un *trastorno de la personalidad* ^(11, 13, 14, 17), en especial cuando se asocian con inestabilidad emocional, impulsividad, hiperactividad, petulancia, actitud violenta, fantasías de grandeza, rigidez para cumplir normas, relaciones sociales ambivalentes, temperamento explosivo, siendo más propensos a desarrollar o potenciar una conducta suicida y cometer un acto autolítico. Las personalidades que se caracterizan por este tipo de conducta son principalmente la personalidad *límite* ^(11, 14, 17) (sobre todo en ausencia de un diagnóstico diferencial con el TDAH), *antisocial* e *histriónica* ⁽¹⁷⁾ (esta última más frecuente en mujeres y relacionada con llamadas de atención autolíticas).

Tratamiento psiquiátrico

El acto suicida se asocia con una disfunción de la actividad serotoninérgica central, la cual provoca una incapacidad para controlar impulsos. De este modo se nombrarían como factores relacionados aquellos que provoquen una disminución de la serotonina ⁽¹¹⁾.

Desde el punto de vista farmacológico, tiene especial importancia el tratamiento con antidepresivos tricíclicos debido a que actuando a nivel del sistema nervioso central aumentan la presencia de neurotransmisores cerebrales sinápticos a una cantidad superior de la normal. De esta forma bloquean la receptación de noradrenalina, serotonina (ambos con efectos depresivos) y de dopamina (con efecto estimulante). La inhibición en la recaptación del efecto depresivo de la noradrenalina y la serotonina no es inmediato, por eso la mejora clínica se observará a partir de la primera semana de tratamiento. En cambio el bloqueo de la recaptación de dopamina sí es casi inmediato por lo que, unido a la posible ideación suicida existente por la propia depresión, se produce un efecto estimulante negativo que aumenta el riesgo de acto suicida al inicio del tratamiento ⁽¹⁾.

Intentos autolíticos previos

La existencia de antecedentes personales de intentos de suicidio debe tratarse como un signo de alarma debido a que es un importante factor de riesgo para cometer un nuevo intento, en especial si en la anterior tentativa hubo ideación suicida, utilización de un



método altamente letal y planeamiento exhaustivo ^(11, 14, 17). Los intentos previos son el predictor más importante de todos los factores de riesgo, ya sean aislados o recurrentes, y pueden llegar a suponer un riesgo 20-30 veces mayor de cometer otro acto suicida en los 6-12 meses después de la tentativa ⁽¹¹⁾.

➤ AMBIENTALES

Acontecimientos estresantes

Situaciones negativas y estresantes como conflictos personales y sociales (embarazo no deseado o aborto, infección por VIH, peleas familiares o entre cónyuges), problemas legales (demandas judiciales, orden de alejamiento, guardia y custodia de los hijos), pérdidas financieras (pérdida de empleo, pérdidas capitales, jubilación), pérdidas personales (muerte de un ser querido, ruptura de pareja, fracaso escolar) pueden ser factores desencadenes de una conducta o acto suicida potencialmente peligroso dependiendo de la vulnerabilidad de la persona y la dificultad para afrontar dichos acontecimientos estresantes ^(1, 11, 17).

Acceso a métodos autolíticos

Cuando se ha identificado una conducta suicida, ideación o tentativas previas un método de prevención autolítica eficaz sería limitar el acceso a medios letales de suicidio. En cuanto a la tentativa autolítica, el método más utilizado con diferencia es la intoxicación medicamentosa por lo que será necesario restringir el acceso a fármacos además de extremar la vigilancia y el apoyo social y familiar ⁽¹⁾.

Bioclimatología

Un mayor número de tentativas y suicidios consumados predominan en días lluviosos y nublados teniendo relación con un empeoramiento de los síntomas depresivos, siendo más frecuentes en horas diurnas ⁽¹⁹⁾.



FACTORES PROTECTORES

Son aquellos factores que disminuyen el riesgo de suicidio y tentativa suicida ⁽¹¹⁾:

Personales: buena salud mental y física, ausencia de trastornos psiquiátricos, buena capacidad para resolver conflictos y dificultades, estilo de pensamiento flexible, alta autoestima, buen control de la impulsividad, envejecimiento aceptado, tener conciencia de que la solución no es el suicidio.

Sociodemográficos y ambientales: apoyo social y familiar de calidad, pareja estable, tener hijos pequeños a cargo (sobre todo en las mujeres), práctica religiosa activa, necesidades materiales y económicas cubiertas, buena integración social, vivir cerca de servicios sanitarios.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

- Iniciar un diseño e implementación de un programa de recogida de datos de los casos de intentos autolíticos atendidos por las unidades de emergencias para realizar un análisis de los datos obtenidos.

Objetivo Específico

- Involucrar al equipo profesional de emergencias en la recogida de datos relevantes sobre intentos autolíticos.

METODOLOGÍA

El método utilizado en este proyecto de investigación ha sido basado en diferentes fases expuestas cronológicamente de la siguiente manera:

- Datos bibliográficos: se realizó una recogida bibliográfica del tema en cuestión mediante la búsqueda de una adecuada documentación en diferentes bases de datos; principalmente: CUIDEN PLUS (<http://www.index-f.com/new/cuiden/>), MEDLINE – PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), SciELO (<http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>), GOOGLE Académico (<https://scholar.google.es/>), LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org/es/>).



- Tras la búsqueda y lectura de diversa información relevante en este estudio se realizó una selección de la documentación más adecuada y de mayor interés.
- Recopilación de información relevante a través del equipo sanitario de emergencias perteneciente a la UME VA-1.
- Se realizó una agrupación de datos recopilados en un archivo tipo Excel según diversas variables e ítems para su posterior análisis, junto con la ayuda del sistema informático estadístico *SPSS Statistic versión 21*.
- Obtención de resultados y conclusiones del estudio actual.

DISEÑO

El proyecto se define como estudio observacional prospectivo ⁽²⁰⁾. La muestra de estudio se compone de 76 pacientes que fueron todos los casos atendidos por la Unidad Medicalizada de Emergencias de Valladolid 1 (UME VA-1) en un periodo de tiempo de 11 meses comprendido entre 01/01/2015 – 31/01/2016 con la excepción de los meses de julio y agosto de 2015. El proceso de selección de la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico consecutivo ⁽²⁰⁾ siguiendo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos por la Unidad Medicalizada de Emergencias de Valladolid 1 (UME VA-1) por padecimiento de intento autolítico y/o ideación autolítica, en el periodo de tiempo descrito en este estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

VARIABLES ANALIZADAS

Señalamos a continuación las variables utilizadas en el estudio:

Edad, sexo, método suicida utilizado en el caso atendido, consumo de alcohol, drogas u otras sustancias antes de la tentativa suicida, diagnóstico previo de depresión mayor, ansiedad y/o trastorno de personalidad, presencia de agitación psicomotriz durante la actuación sanitaria observada por el equipo profesional de emergencias, antecedentes



personales, antecedentes de intentos de suicidio previos, conflictos socio-familiares expresados por la persona implicada en el acto suicida o por entrevista a terceras personas unidas a la víctima en el momento de la actuación sanitaria, realización de escala de Glasgow y puntuación recogida, tipo de transporte sanitario, destino del traslado.

La escala de Glasgow fue diseñada para determinar el estado de consciencia de una persona valorando la respuesta ocular, verbal y motora. Tiene especial importancia en la actuación sanitaria del servicio de emergencias debido a que ayuda a dirigir la actuación del equipo. (*Anexo I*)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos utilizados en este trabajo fueron analizados conservando los derechos de confidencialidad y protección de la identidad de los pacientes implicados. Dicho proceso imposibilita al investigador la recogida de datos personales tales como: nombre y apellidos, población/provincia/localidad, dirección del domicilio, teléfono, D.N.I., nacionalidad, CIP/TSI/nº Seguridad Social, información del seguro (nº póliza, compañía, titular, etc.), nº y código del aviso de emergencias. La información recopilada se limita a datos clínicos derivados de la atención sanitaria prestada en el momento del aviso.

RECURSOS EMPLEADOS

- Materiales: los recursos materiales principales utilizados para la elaboración de este proyecto han sido: equipo y sistema informático (ordenador), historias clínicas (en formato físico) y demás fuentes de datos bibliográficas en formato electrónico (internet, on-line, revistas científicas, periódico on-line) y en formato físico (libros, revistas científicas, periódico), material básico de oficina.
- Humanos: profesionales sanitarios correspondientes al servicios de emergencias, personal docente y asociado a la Universidad de Valladolid, profesionales con extendido conocimiento sobre el tema de estudio, tutor y cotutor de este trabajo, ambos incluidos en los criterios anteriores.



RESULTADOS OBTENIDOS

Edad y género

En el presente estudio se observa que un elevado porcentaje de la población estudiada son mujeres (63,16%), frente a un menor número de hombres (36,84%).

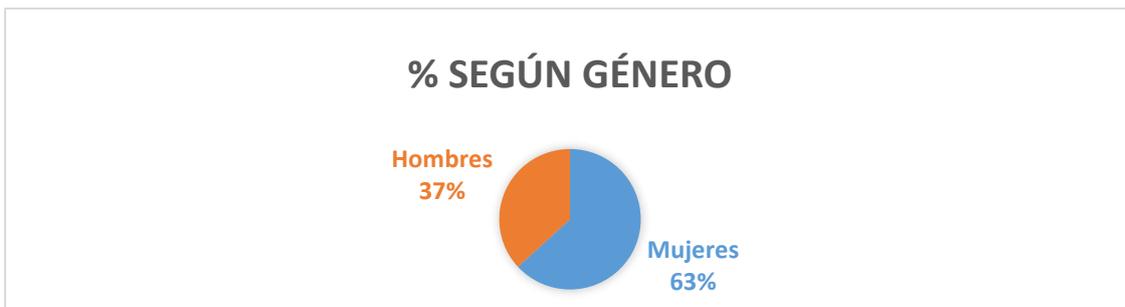


Ilustración 1. Porcentaje de la población según género

Si relacionamos la población de hombres y mujeres con los intervalos de edad observamos que:

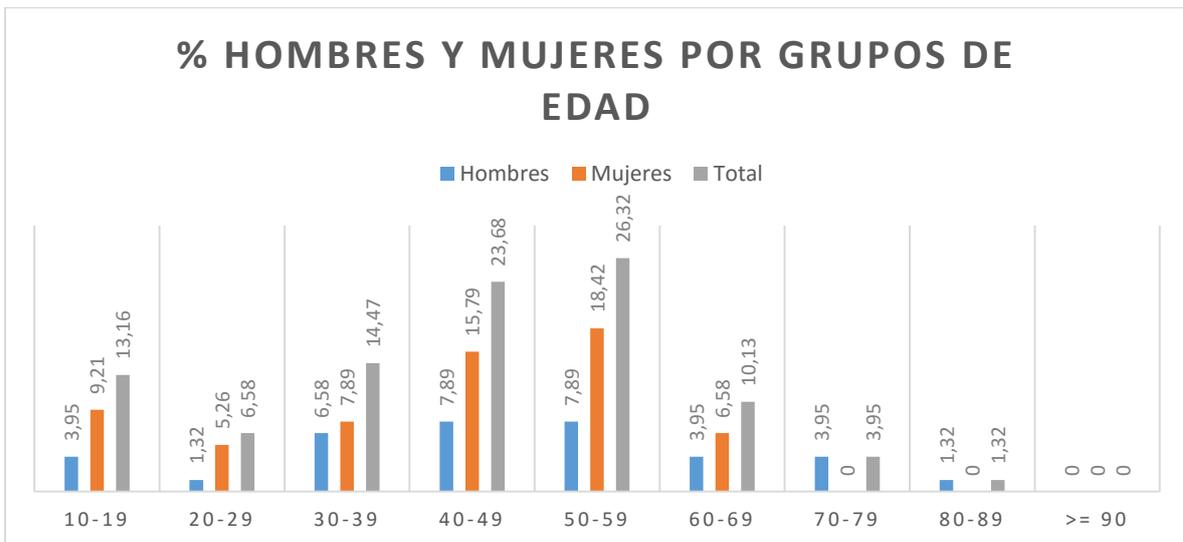


Ilustración 2. Porcentaje de hombres, mujeres y total de la población según intervalos de edad.

Métodos Autolíticos

Una de las variables más interesantes del presente estudio es el tipo de método autolítico utilizado en cada caso, siendo los más destacables: Intoxicación medicamentosa (75%), defenestración (13,16%), flebotomías y laceraciones (10,53%), traumatismo (3,95%), ahogamiento (1,31%) y armas de fuego (1,31%), teniendo en cuenta que ningún método



es excluyente de otro debido a que puede aparecer un intento autolítico por múltiples métodos.

Relacionando los métodos suicidas con el género se observa que tanto en hombres como en mujeres se utilizan los mismo métodos con una frecuencia muy similar (*Representación gráfica en Anexo II*).



Ilustración 3. Métodos autolíticos según frecuencia de utilización en tentativa suicida. Estudio.

Observando que la intoxicación medicamentosa ha sido el método más prevalente en la presente muestra se decidió estudiar el tipo de fármacos utilizados en la intoxicación, si forman parte del tratamiento habitual, si existe tratamiento psiquiátrico y la cantidad de comprimidos ingeridos.

Dentro del 75% de la muestra que acudió a la intoxicación medicamentosa como método suicida, el 77,78% utilizó fármacos de *su propio tratamiento habitual* e ingirió una media de 28,5 comprimidos (despreciando cantidades ínfimas o excesivamente elevadas).

Entre la población total objeto de estudio se comprobó que el 68,42% tenía *tratamiento farmacológico psiquiátrico habitual*, del cual los fármacos más utilizados en la tentativa suicida fueron antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos y neurolepticos:

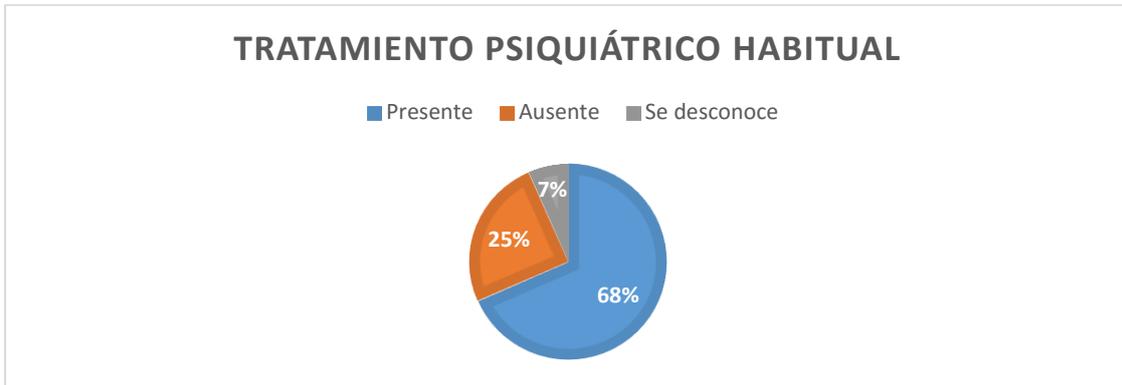


Ilustración 4. Presencia de tratamiento psiquiátrico habitual. Estudio.

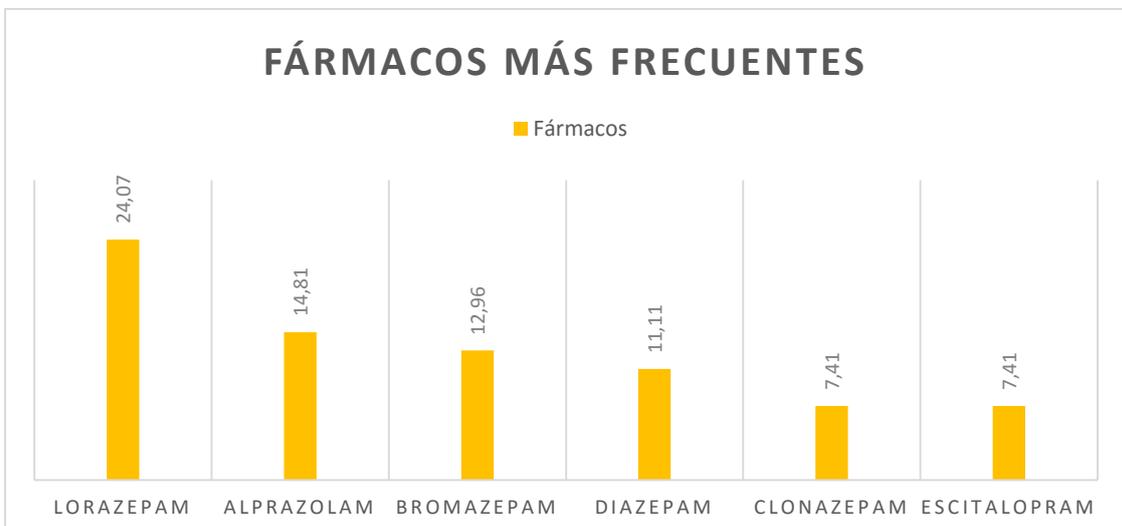


Ilustración 5. Fármacos más frecuentes en intoxicación medicamentosa. Estudio.

Como datos destacables de la población total del estudio, en el momento de la atención sanitaria se detectó *ideación autolítica* confirmada en un 53,95% y *agitación psicomotriz* en un 10,53%. Además, mediante la realización de una entrevista adecuada por parte de los profesionales sanitarios, se detectaron *conflictos socio-familiares* en un 31,58%, teniendo mayor incidencia en varones en un 46,43%, y *tentativas suicidas previas* en un 14,47% (*Representaciones gráficas en Anexo III*).

Si realizamos un análisis relacionando distintas variables observamos que la aparición de ideación suicida aparece con mayor incidencia (71,43%) en población mayor de 65 años ($p < 0,04$). Del mismo modo ocurre en relación al síndrome depresivo ($p < 0,001$) en el mismo rango de edad y con la existencia de un tratamiento psiquiátrico siendo más habitual (80%) en el intervalo de edad de 50-64 años ($p < 0,02$). (*Representaciones gráficas en Anexo IV: a, b, c*).



La población total relacionada directamente con el método suicida y con la agitación psicomotriz muestra en un 67,11% la unión de la utilización del método por intoxicación medicamentosa y la presencia de agitación ($p < 0,001$). De igual modo se observa en un 38,57% de la población la presencia de depresión asociado a un tratamiento psiquiátrico habitual ($p < 0,04$). (*Representaciones gráficas en Anexo V: a, b*).

Se comprobó que el 47,14% tenía tratamiento psiquiátrico habitual pero no mostraba signos de ansiedad ni existía diagnóstico previo ($p < 0,001$). (*Representación gráfica en Anexo VI*).

En relación al consumo de ciertas sustancias se conoce que el 19,74% consumió alcohol antes del intento suicida, un 2,63% consumió alcohol y drogas asociadas, y un 1,31% algún tipo de producto químico (álcalis).

Si nos centramos en los *antecedentes personales* más relevantes destacan el síndrome depresivo en un 44,74% y ansiedad en un 25%.

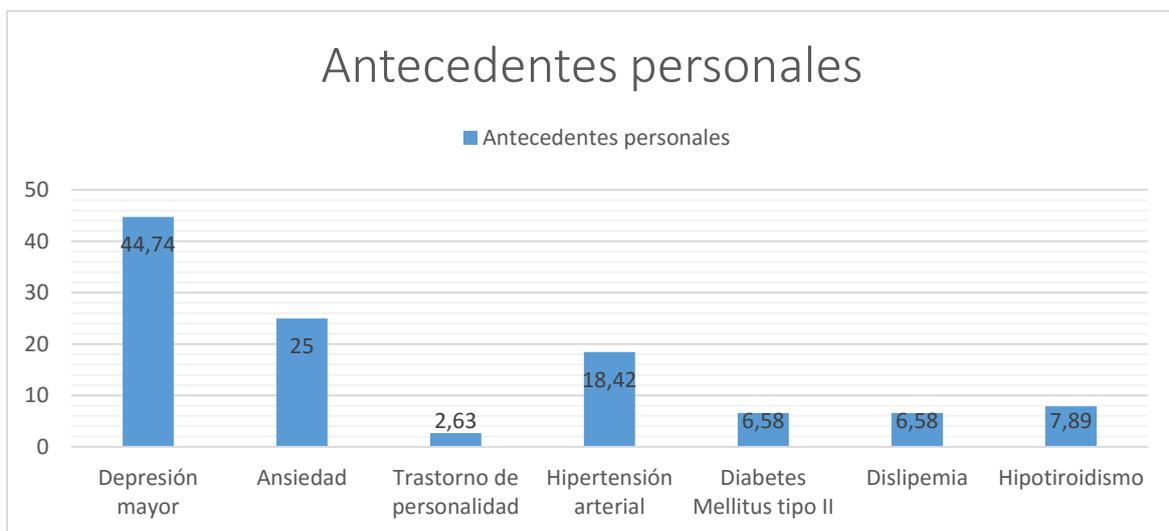


Ilustración 6. Antecedentes personales más habituales. Estudio.

Durante la actuación sanitaria de los profesionales de Emergencias se realizó la *escala de Glasgow* en un 47,37% de los casos, dando como resultado de entre 13 y 15 puntos en un 93,42%. (*Representación gráfica en Anexo VII*).

Por último, el traslado al hospital del total de los pacientes de la muestra se realizó en un 68,42% mediante una UME y en un 28,95% con soporte vital básico (SVB) tras la valoración pertinente de los pacientes, aportando los cuidados necesarios en cualquiera de los casos. La gran cantidad de traslados en UME define la necesidad de continuar con un



seguimiento sanitario más específico hasta la llegada al hospital debido a la propia naturaleza del intento autolítico, un paciente cuyo objetivo es quitarse la vida.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

En relación a la edad y el sexo de la población se observa que supera en gran número el género femenino en cuanto a intentos de suicidio. Las mujeres realizan más cantidad de tentativas suicidas en un intervalo de edad de entre 50-59 años, el mismo rango de edad en el que se han observado más intentos de suicidio en la población total estudiada (coincidiendo dicho rango y su alta incidencia con los datos recogidos en 2014 por el Instituto Nacional de Estadística - INE), mientras que los hombres expanden ese intervalo a los 40-59 años. Debido a este gran número de tentativas suicidas dentro de dicho intervalo de edad, podría ser de interés la utilización de algún tipo de *screening* o seguimiento dirigido a los pacientes dentro del rango de edad de 50-59 años observando antecedentes y factores de riesgo para la identificación precoz de ideación suicida, debido a que dicha ideación estuvo presente en más de la mitad de la población de este estudio, observando un aumento en su prevalencia según aumentaba la edad, siendo más acusado dicho aumento a partir de los 35 años.

El método suicida más utilizado en las tentativas fue, con diferencia, la intoxicación medicamentosa, siendo el fármaco más frecuentemente ingerido el Lorazepam. En cambio no se observó diferencias significativas en relación a la elección del método suicida entre hombres y mujeres (*Anexo II*). Del mismo modo se observó que un alto porcentaje de la población tomaba algún tipo de tratamiento psiquiátrico de forma habitual, el cual en múltiples ocasiones fue utilizado como método suicida.

A partir de los 50-65 años se observa una coexistencia de variables que aumentan el riesgo de cometer un nuevo intento autolítico: ideación suicida, tratamiento psiquiátrico, depresión mayor y demás antecedentes estrechamente relacionados con la edad (HTA, DM II, dislipemia). Además de ser un rango de edad donde se observa un alto porcentaje de intentos de suicidio. De este modo podría definirse como una edad de riesgo autolítico.

Cerca de la mitad de los pacientes estaban diagnosticados de *depresión mayor*, existiendo además un alto porcentaje de pacientes con tratamiento psiquiátrico asociado a la presencia de depresión. Su sorprendente prevalencia en la población estudiada coincide



con numerosos estudios haciendo de la depresión un factor de riesgo significativo asociado íntimamente con la tentativa suicida. En cambio, resulta complejo extrapolar la incidencia y la importancia de la depresión mayor en la población general debido a que en la muestra estudiada (pacientes que han realizado un intento autolítico) se observa que casi un 45% mostraba antecedentes de depresión y en la población general de España en 2015 existen unas tasas de depresión del 4 - 5% ⁽²¹⁾.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Los intentos de suicidio pueden llegar a ser prevenibles ⁽³⁾. Según la OMS existen ciertas *estrategias de prevención* de los intentos de suicidio, y en consecuencia del suicidio consumado, que desarrolladas a nivel nacional, pueden llegar a ser efectivas ⁽³⁾ convirtiéndolo en un fenómeno prevenible:

- Formación de profesionales sanitarios sobre afrontamiento, identificación y evaluación de las conductas suicidas, en especial los sectores que estén más implicados y puedan actuar más directamente con la población de riesgo.
- Restringir el acceso a los medios utilizados para ejecutar actos autolíticos a las personas susceptibles. En este caso, siendo la intoxicación medicamentosa el método más recurrido, sería de utilidad el seguimiento exhaustivo de la medicación del paciente (¿cuánta cantidad y con qué frecuencia se le dispensa? ¿dispone de alguna ayuda social que mantenga un control sobre la toma de medicación? ¿tiene algún tipo de limitación o restricción farmacológica en su entorno habitual? ¿Con qué frecuencia se realiza una re-evaluación médica de su tratamiento farmacológico?)
- Identificación de la población de riesgo y aplicación de un tratamiento precoz.
- Tácticas políticas orientadas a la reducción del consumo de alcohol en grupos de riesgo debido a que, según el presente estudio, aproximadamente 1 de cada 5 pacientes ha consumido alcohol en el intento suicida.
- Seguimiento de personas con intentos previos.
- Implicar a los medios de comunicación en la tarea de divulgación evitando el *efecto llamada* excluyendo de la información los lugares y métodos elegidos por los implicados para los actos suicidas u otros factores relativamente morbosos que



puedan desencadenar indirectamente otros intentos de suicidio, encontrando el equilibrio entre ofrecer información y no iniciar más actos autolíticos.

Estas estrategias deben ser abordadas de forma *multidisciplinar*, implicando a diversos sectores como sanidad, educación, laboral, política y comunicación.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones principales que ha sufrido este estudio son las siguientes:

- Ausencia de datos que de algún modo podrían haber sido relevantes por no ser recogidos de forma habitual en las historias clínicas de emergencias: ocupación profesional, orientación sexual, estado civil, etc.
- La población atendida por la UME VA-1 es un área territorial reducida, limitada y cambiante dependiendo del horario y de la disposición de otras UMEs de primera elección, por lo que dicha variabilidad imposibilitó especificar la zona territorial a la que pertenecía la información obtenida en este estudio (*Anexo VIII*).
- La falta de disponibilidad de grupos casos-controles en relación a la población general para la investigación de características de interés y poder comparar y extrapolar los datos obtenidos.

CONCLUSIONES

- El método más utilizado en los intentos autolíticos fue la intoxicación medicamentosa (75%) por lo que es de gran importancia limitar el acceso farmacológico y realizar un control y seguimiento médico exhaustivos realizando evaluaciones del tratamiento de forma periódica.
- Las sorprendentes cifras de depresión mayor y presencia de tratamiento psiquiátrico hacen un llamamiento a la valoración sanitaria del nivel de efectividad de dicho tratamiento que el paciente sigue de forma habitual y al aumento del seguimiento médico-psiquiátrico realizando revisiones más frecuentes.
- Debido al gran número de conflictos socio-familiares y a la presencia de depresión y sus síntomas asociados que actúan como factores predisponentes se deberá



redirigir la actuación sanitaria haciendo especial hincapié en la resolución de problemas y conflictos personales, en medida de lo posible, dejando de elección secundaria la terapia farmacológica.

- Se debe realizar una identificación precoz de factores de riesgo delimitando una población de riesgo específica sobre la que actuar de forma preventiva en relación a la aparición de ideación suicida, la cual conlleva con gran probabilidad a un intento de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solange Basaluzzo Tamborini, Orlando Benito Riesco, María Calvo Azpeitia, Maribel Cantarero Villanueva, Inés Cerezo Camacho, Miguel Ángel Corredera Guillén et al. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Servicio andaluz de salud de Consejería de salud. Junta de Andalucía; 2010
2. Pere Antoni Soler Insa, Josep Gascón Barrachina. RTM-III. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Catalunya. Ed.: Ars Medica. 3ª Edición.
3. OMS (Abril 2016). Suicidio. [Internet] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
4. OMS. (2012). Prevención del suicidio. [Internet] Disponible en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
5. José Luis Sánchez-Serrano, M^a del Mar Mora Cárdenas, Ana Vallejo Andrada. “Suicidio y trabajo social” en Revista internacional de investigación e innovación educativa (IJERI); 2016
6. Berlote, J. M., Fleischmann, A.A. (2002). Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. *Suicidology*, 7, 2
7. Carmen Moya García, DG. de la agencia de calidad del SNS. “Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida”. Enero 2003
8. Josep Cornellà i Canals. Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. [Internet]. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Conducta%20autodestructiva%20en%20el%20adolescente.pdf>
9. Artículo del Instituto Nacional de Estadística “Un 10% de suicidios menos, objetivo en 2020”. [Internet] *Diario médico. com*. 2015. [Consultado el 17 de octubre de 2015] Disponible en <http://www.diariomedico.com/2015/09/28/area-cientifica/especialidades/salud-mental/un-10-de-suicidios-menos-objetivo-en->
10. OMS, Libro “Plan de acción sobre salud mental 2013-2020”. [Internet] Disponible en www.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.
11. 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

12. Álvarez-Latorre JM, Cañón-Buitrago SC, Castaño-Castrillón JJ, Bernier-Ocampo LH, Cataño-Molina AM, Galdino-Cruz PV, et al. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina- Caldas (Colombia), 2012. Arch Med (Manizales) 2013; 13(2):127-41.

13. Rafael Tuesca Molina, Edgar Navarro Lechuga. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Revista científica Salud Uninorte (17), 2012

14. Enrique Echeburúa. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. [Internet] Ter Psicol 33 (2), 2015. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082015000200006&script=sci_arttext

15. Espada, José P. Morales, Alexandra Orgilés, Mireia Ballester, Rafael. Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. Ansiedad y Estrés. Jun2012, 18 (1), p31-41.

16. Anderson Rocha-Buelvas. Grupo de Investigación de Violencia y Salud, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. Suicide risk and meanings of sexual minorities: a new challenge for public health. Rev. Fac. Med. (2015), 63(3): 537-44.

17. Josep Cornellà i Canals. Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. [Internet]. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Conducta%20autodestructiva%20en%20el%20adolescente.pdf>

18. M^a José Hidalgo, Mireia Martínez, Virginia Pérez, Josefa Riquelme, Jerónimo Torregrosa. La drogodependencia como factor de riesgo de suicidio y otras variables asociadas. Ed. Intersalud. Psiquiatria.com. (18), 2014

19. MJ Gómez González, C Alonso García, A Piñana López. Influencia de la bioclimatología en los suicidios. Ed.: Elsevier. 19 (4), 1997.

20. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013

21. Beatriz G. Portalatín. "Radiografía de la depresión en España". Salud mental: enfermedad psiquiátrica. ELMUNDO. [Internet; Consultado el 15 de octubre de 2015] Disponible en <http://www.elmundo.es/salud/2015/02/17/54e34b4ce2704ea6698b457b.html>



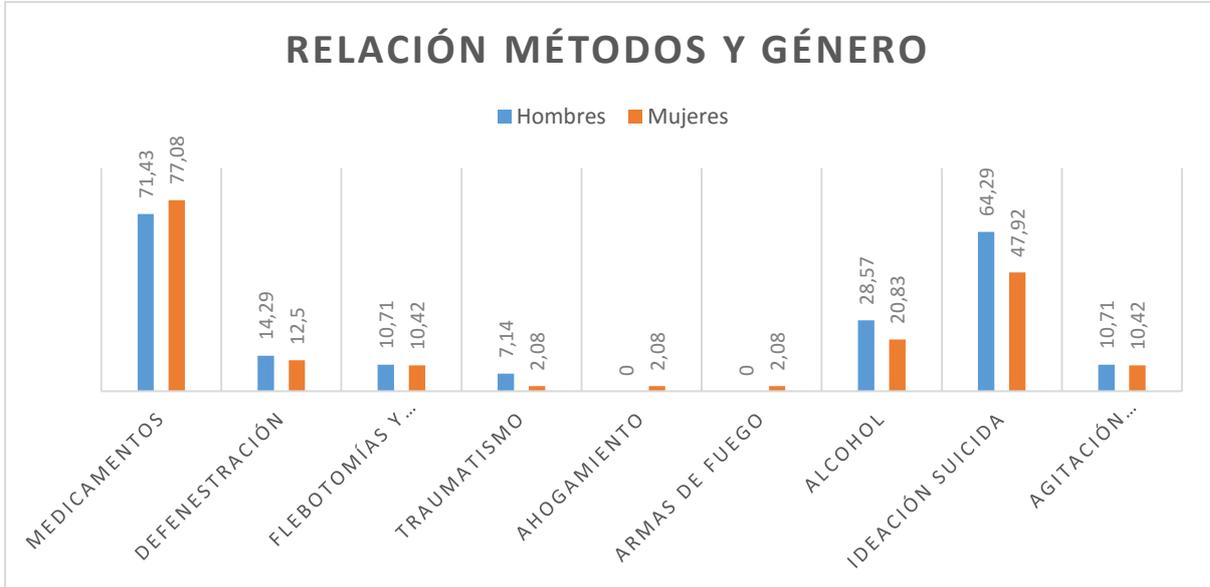
ANEXOS

Anexos I: Escala de Glasgow:

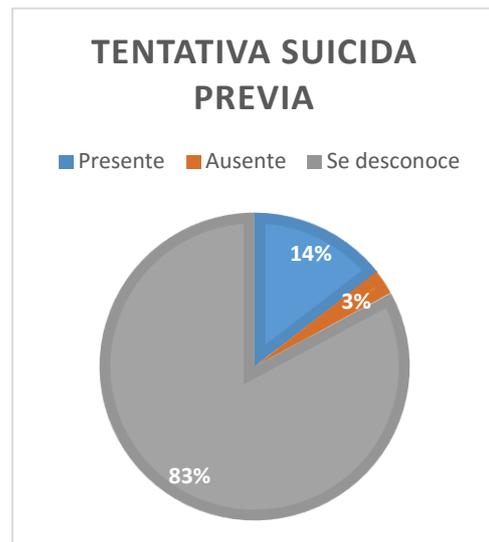
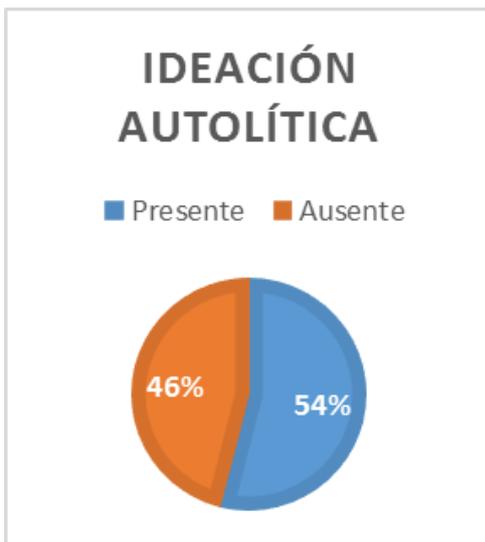
AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Espontanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

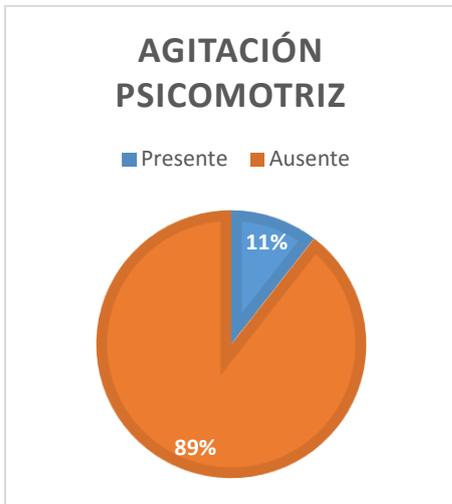


Anexo II: Relación métodos suicidas y demás variables y género de la población:



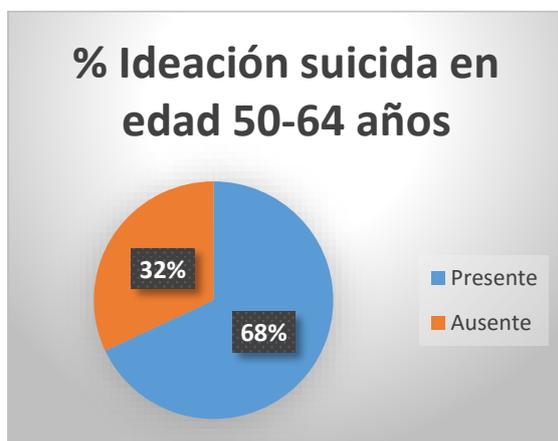
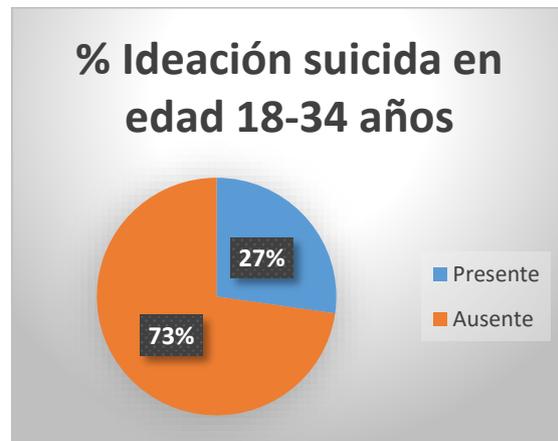
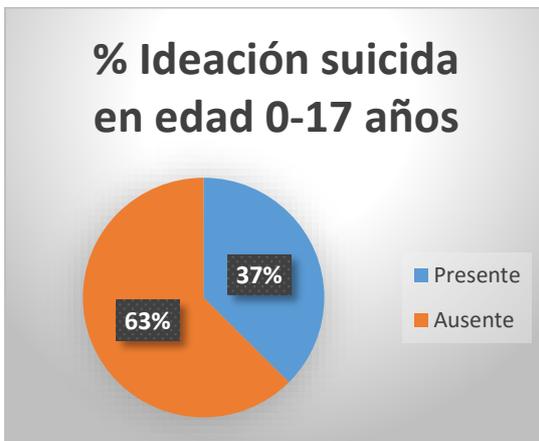
Anexo III: Tasas de ideación autolítica, antecedentes de tentativas suicidas previas, agitación psicomotriz y existencia de conflictos socio-familiares de la población total objeto de estudio.

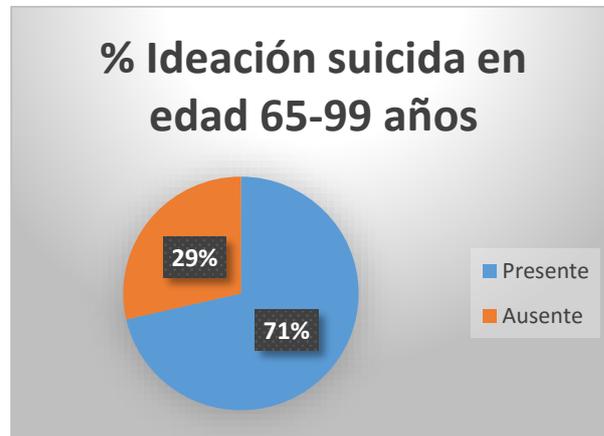




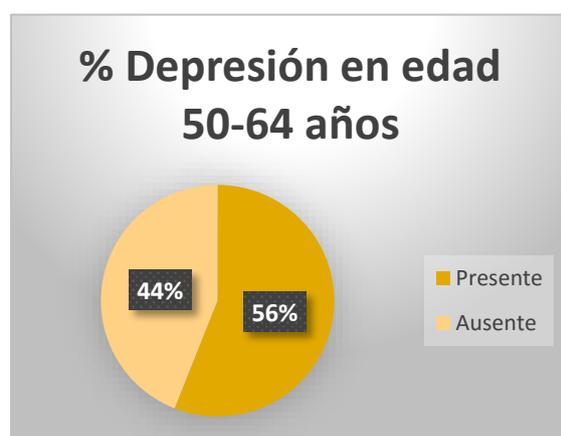
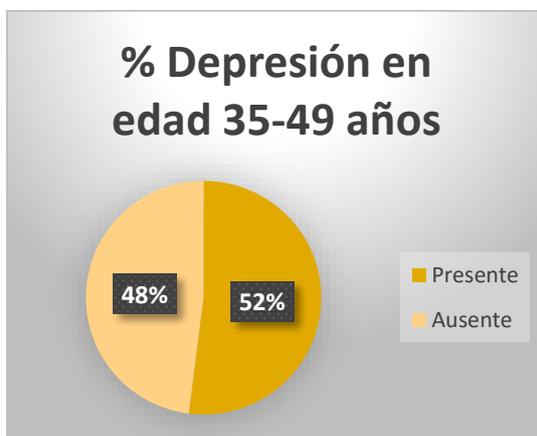
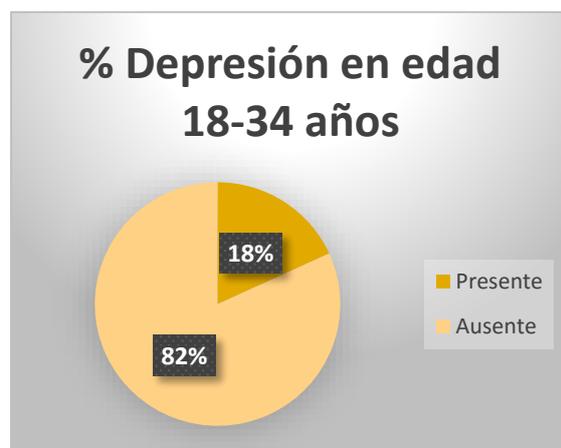
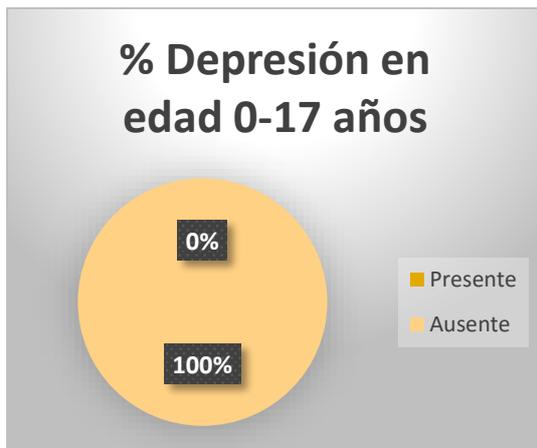
Anexo IV:

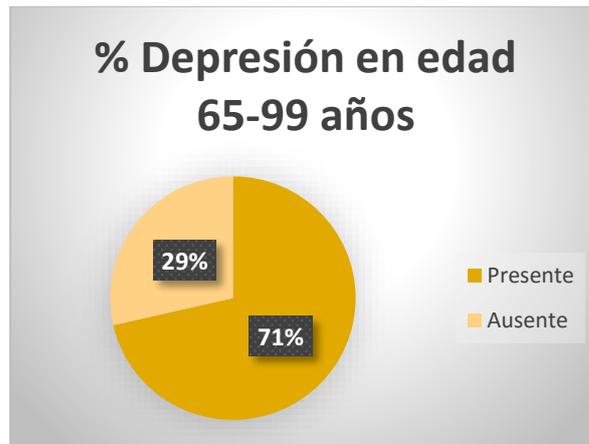
a. Tasas de ideación suicida por grupos de edad:



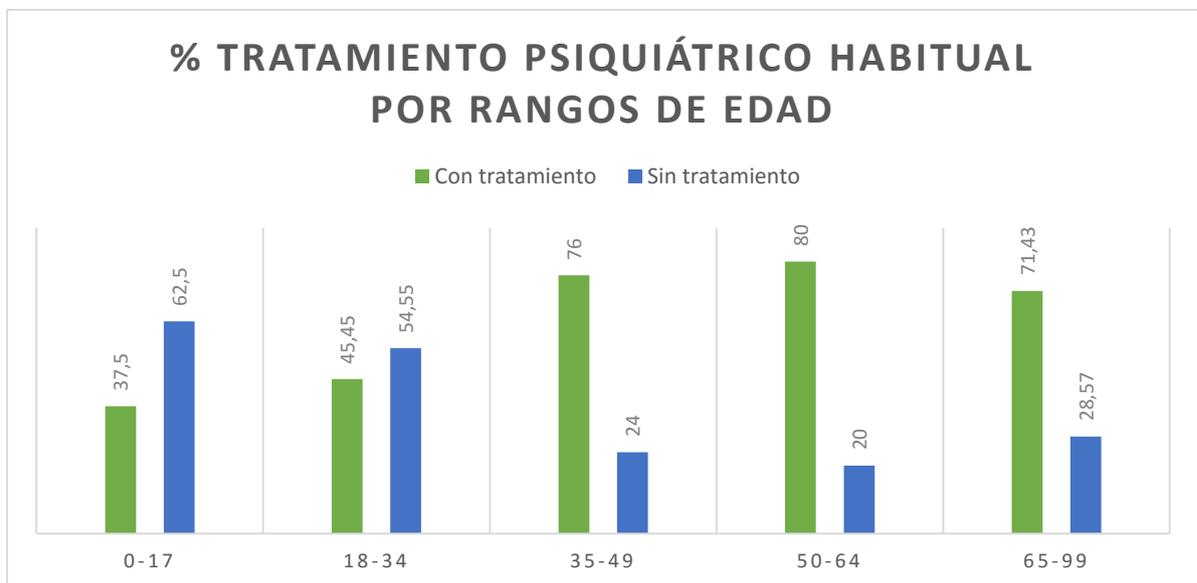


b. Tasas de depresión por grupos de edad:





c. Tasas de Tratamiento psiquiátrico por grupos de edad:



Anexo V

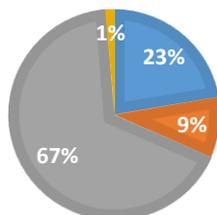
a. Relación método suicida utilizado y presencia de agitación psicomotriz

Tabla de método por AGITACIÓN PSICOMOTRIZ		
MÉTODO	AGITACION_PSIKOMOTRIZ_	
	No	Sí
No intox. medicamentosa	17	7
	22,37%	9,21%
	70,83	29,17
Intox. medicamentosa	25	87,5
	51	1
	67,11%	1,32%
Total	98,08	1,92
	75	12,5
	68	8
	89,47	10,53



RELACIÓN AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DE INTOX. MEDICAMENTOSA

- No método intox. Medicamentosa y no agitación
- No método intox. Medicamentosa y sí agitación
- Método intox. Medicamentosa y no agitación
- Método intox. Medicamentosa y sí agitación



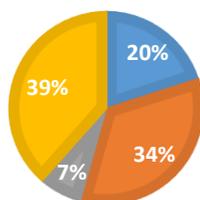
b. Relación presencia de depresión y tratamiento psiquiátrico

Tabla de depresión por TTO PSIQUIÁTRICO		
Depresión	TTO PSIQUIÁTRICO	
	No	Sí
No	14	24
	20%	34,29%
	36,84	63,16
Sí	5	27
	7,14%	38,57%
	15,63	84,38
Total	26,32	52,94
	19	51
	27,14	72,86

Frecuencia de ausentes = 6

RELACIÓN DEPRESIÓN Y TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

- No depresión y no tto psiquiátrico
- No depresión y sí tto psiquiátrico
- Sí depresión y no tto psiquiátrico
- Sí depresión y sí tto psiquiátrico





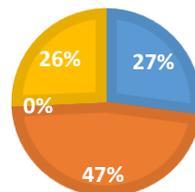
Anexo VI: Relación ansiedad y presencia de tratamiento psiquiátrico

Tabla de ANSIEDAD por TTO PSIQUIÁTRICO		
ANSIEDAD	TTO PSIQUIÁTRICO	
	No	Sí
No	19	33
	27,14%	47,14%
	36,54	63,46
Sí	0	18
	0%	25,71%
	0	100
Total	0	35,29
	19	51
	27,14	72,86

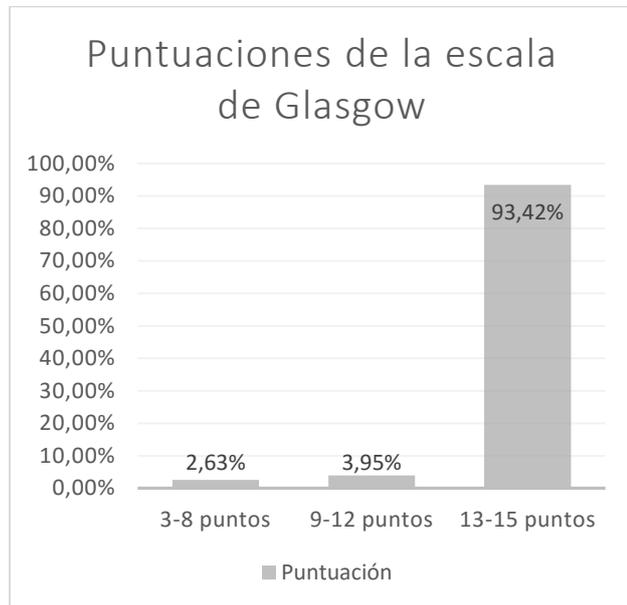
Frecuencia de ausentes = 6

RELACIÓN ANSIEDAD CON PRESENCIA DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

- No ansiedad y no tto psiquiátrico
- No ansiedad y sí tto psiquiátrico
- Si ansiedad y no tto psiquiátrico
- Si ansiedad y sí tto psiquiátrico



Anexo VII: Frecuencia de realización de la escala de Glasgow en la población y puntuación.



Anexo VIII: Población atendida por UME VA-1.

Cobertura UMEs por Zona Básica de Salud

VALLADOLID OESTE

TIS	ZBS	Recurso 1	Recurso 2	Recurso 3	Recurso 4	Noche 1	Noche 2
19381	ARTURO EYRIES	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
16167	CAMPO GRANDE	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
25476	DELICIAS I (LA CISTERNIGA)	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
17717	DELICIAS II	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
25295	HUERTA DEL REY VALLADOLID	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
25295	HUERTA DEL REY VALLADOLID	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
28644	PARQUESOL	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
18889	PLAZA DEL EJERCITO (ESPERANTO)	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
20941	VALLADOLID SUR / COVARESA	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
27960	LAGUNA DE DUERO	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
2998	MAYORGA DE CAMPOS	UME BENAVENTE	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME BENAVENTE	UME VALLADOLID -1-
6992	MEDINA DE RIOSECO	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
2316	MOTA DEL MARQUES	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
18464	PISUERGA	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
11826	TORDESILLAS	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
7912	VALLADOLID RURAL II ZARATAN	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
2487	VILLAFRECHOS	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME BENAVENTE	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
2713	VILLALON DE CAMPOS	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME PALENCIA	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-



<i>TIS</i>	<i>ZBS</i>	<i>Recurso 1</i>	<i>Recurso 2</i>	<i>Recurso 3</i>	<i>Recurso 4</i>	<i>Noche 1</i>	<i>Noche 2</i>
5944	BARRIO ESPAÑA	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
12203	CANTERAC	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
18359	CENTRO-GAMAZO	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
14393	CIRCUNVALACION	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
10004	MAGDALENA (VALLADOLID)	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
17466	PILARICA	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
14308	PLAZA CIRCULAR	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
9906	RONDILLA I	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
14862	RONDILLA II	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
15274	SAN ISIDRO-PAJARILLOS	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
11717	SAN PABLO	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
17957	VICTORIA, LA	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
3158	ALAEJOS	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -1-
7088	CIGALES	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-		UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-
1608	ESGUEVILLAS DE ESGUEVA	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
11318	ISCAR	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -3-
9488	MEDINA DEL CAMPO RURAL	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -3-
21399	MEDINA DEL CAMPO URBANO	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -1-
4608	OLMEDO	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -3-
9892	PENAFIEL	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-	UME ARANDA DE DUERO	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
11147	PORTILLO	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
5558	SERRADA	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-	UME VALLADOLID -2-	UME MEDINA DEL CAMPO	UME VALLADOLID -3-
11883	TUDELA DE DUERO	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-
8052	VALLADOLID RURAL I RENEDO	UME VALLADOLID -2-	UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-		UME VALLADOLID -3-	UME VALLADOLID -1-