

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



TESIS DOCTORAL

**Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas
en el ámbito extrahospitalario**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Teresa Pacheco Tabuena

Director

José Ignacio Robles Sánchez

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

FACTORES PREDICTORES DE LA
CONDUCTA SUICIDA Y ACTUACIONES
PREVENTIVAS EN EL ÁMBITO
EXTRAHOSPITALARIO



Memoria para optar al Grado de Doctor
Presentada por
TERESA PACHECO TABUENCA
Dirigida por
Dr. JOSE IGNACIO ROBLES SÁNCHEZ
Madrid 2015

**“EL SUICIDIO ES UNA SOLUCIÓN ETERNA PARA LO QUE A MENUDO NO ES
MÁS QUE UN PROBLEMA TEMPORAL”**

E. Ringel, 1988

AGRADECIMIENTOS

Debo en primer lugar dar todo mi agradecimiento a quien ha producido en mí esta pasión por saber más y más sobre aquellas personas que deciden quitarse la vida. Después de años trabajando con personas que expresan el miedo a sus ideas, que comunican que ya están cansados de vivir y con aquellos familiares que expresan un dolor tan intenso que se puede tocar, he querido poder “rascar” un poco más en lo que lleva a una persona a dejarlo todo. De ahí mi agradecimiento a todos aquellos que me han permitido intentar ayudarles y escucharles.

En segundo lugar a mi Director de Tesis, D. José Ignacio Robles. Gracias por tu paciencia en mis tiempos, por tu motivación y dedicación, y sobre todo por querer hacerme partícipe de ese gran saber que tienes.

También quiero dar mi agradecimiento a todas aquellas personas que han permitido que este trabajo saliera adelante, mi Servicio, SAMUR – Protección Civil, y en particular a todos los médicos, psicólogos (“romeos”), enfermeros y técnicos que han trabajado en la recopilación de datos. También y en concreto a la Dra. Isabel Casado y Dr. Ramón De Elías, por creer que esto de la prevención no es sólo para las lesiones físicas, si no que la conducta suicida también se puede prevenir desde nuestro primer escalón.

Agradecer a aquellos que me han ayudado con la gestión de los datos, D. Juan José Alonso y Dña. Bárbara Bermúdez, a D. Francisco José Gómez Mascaraque por la revisión, a Dña. M^a Carmen Álvarez por su inglés, a Don Felipe Trueba por la foto “a la carta” y un enorme agradecimiento a D. Luis Manuel Blanco, ya que sin ti, mi “bloqueo” seguiría. Eres un profesional fantástico.

Y a todos aquellos que de una forma u otra me han apoyado en este trabajo de años, a mi madre, María Paz que aún con ganas de que me libere ya de esto, me apoya y sigue en

toda mi carrera profesional, a mi padre, José María, modelo a seguir como estudioso y sabio en su materia y como el que me enseñó que “hay que luchar con todas tus fuerzas por la profesión que quieres desempeñar”, pues ahí va mi granito. Y a mis amigos (Esther, M^a Carmen y Juanjo) que me han mandado fuerzas cuando no las tenía. Gracias a todos.

Y por último, gracias a mi hija, Marta. Gracias por entender desde pequeña que mamá debe dedicar parte de su tiempo a su trabajo. No siempre es fácil.

GRACIAS A TODOS Y TODO MI CARIÑO

INDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	12
I. INTRODUCCIÓN	15
1. EL SUICIDIO	16
1.1. Concepto y clasificación del acto suicida	16
1.2. Características epidemiológicas de la conducta suicida	22
1.2.1. Datos Mundiales	22
1.2.2 . Suicidio en España	26
1.2.3. Suicidio en la Comunidad de Madrid	30
1.2.4. Efecto de epidemia social y crisis económica	31
1.3. Factores de Riesgo y Protectores	34
1.3.1. Factores Personales	34
1.3.2. Factores Clínicos	37
1.3.3. Factores Biológicos y Genéticos	39
1.3.4. Factores Sociofamiliares, Contextuales y Situacionales	42
2 CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO	44
2.1. Modelo de trabajo	44
2.2. Urgencias Psiquiátricas en el ámbito extrahospitalario	46
3. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	48
II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	53
III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	55
3.1. OBJETIVOS	56
3.2. HIPÓTESIS	57
IV. METODOLOGÍA	58
4.1. Diseño	59
4.2. Ámbito de estudio	59
4.3. Población	59
4.3.1. PRIMER ESTUDIO	59
4.3.2. SEGUNDO ESTUDIO	60
4.4. Instrumentos de Evaluación	60
4.4.1. PRIMER ESTUDIO	60
4.4.2. SEGUNDO ESTUDIO	62
4.5. Procedimiento	63
4.5.1. PRIMER ESTUDIO	63
4.5.2. SEGUNDO ESTUDIO	64
4.6. Análisis Estadístico	69
4.6.1. PRIMER ESTUDIO	69
4.6.2. SEGUNDO ESTUDIO	70

V. RESULTADOS	72
5.1. ESTUDIO 1	73
5.2. ESTUDIO 2	102
VI. DISCUSIÓN.....	116
VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	136
VIII. CONCLUSIONES.....	137
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
X. ANEXOS	161
ANEXO 1: PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS.....	162
ANEXO 2: ESCALA IDEACIÓN SUICIDA (SSI).....	166
ANEXO 3: ESCALA DE LETALIDAD (LRS)	171
ANEXO 4: ESCALA DE RIESGO Y RESCATE (RRS).....	173
ANEXO 5: ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN EXTRAHOSPITALARIA (SAMUR).....	175
ANEXO 6: BASE DATOS CODIGO 100.....	177

RESUMEN

Introducción: En el mundo occidental la atención de las lesiones autoprovocadas es un problema clínico de gran envergadura, y en concreto, las urgencias psiquiátricas suponen un volumen muy importante dentro de la atención extrahospitalaria, siendo además en muchas ocasiones, la puerta de entrada y de detección de personas con riesgo suicida.

Objetivos: 1) conocer la incidencia y las características del continuo suicida en la población madrileña atendida en el ámbito extrahospitalario; 2) establecer los factores psicosociales y clínicos que predicen la conducta suicida y 3) describir un programa preventivo de conducta suicida en ámbito extrahospitalario diseñado para la identificación y detección de riesgo.

Metodología: estudio realizado en SAMUR- Protección Civil. Estudio 1, transversal consecutivo de 184 pacientes atendidos en casos de ideación, tentativa y suicidio consumado. Se realiza análisis de frecuencias y descriptivos para la caracterización de la muestra, se utilizó la prueba t de student para comprobar si había diferencias en las escalas cuantitativas utilizadas, y para la diferencia de medias entre más de dos grupos se realizó el test ANOVA para un solo factor. Para conocer cuáles eran los grupos entre los que había diferencias, se llevó a cabo el test de pares Gabriel, y para comprobar el tamaño del efecto se utilizó la d de Cohen. Por último, para conocer la asociación entre las distintas variables independientes y el tipo de conducta de suicidio se emplearon tablas de contingencia, Chi-cuadrado y la V de Cramer's para valorar la fuerza de la asociación. Se realizó análisis de regresión logística multinomial para analizar la forma en la que las variables sociodemográficas y los distintos tipos de acontecimientos vitales podían predecir la conducta de suicidio. Se analizó si las escalas RSS y LRS podían predecir el suicidio consumado. El Estudio 2 es longitudinal con 268 pacientes trasladados a la Fundación Jiménez Díaz según el Procedimiento de Actuación Coordinada para la de Prevención de conducta suicida (Código 100). Se realizó un análisis de frecuencias y descriptivos para la

caracterización de la muestra. Para conocer la asociación entre el sexo, el apoyo social y nivel de riesgo con el resto de variables se realizó análisis de distribución de frecuencias conjuntas empleando tablas de contingencia y utilizando el estadístico de contraste Chi-cuadrado y la V de Cramer's. Por último, se realizó análisis de regresión logística binaria para analizar la forma en que la Escala SAD PEARSON podía predecir la repetición de la conducta.

Resultados: Estudio 1 donde las características sociodemográficas y clínicas son varones (60,9%), edad media de 44,62 años (SD = 18,94), españoles (82,6%), solteros (39,1%) y de etnia caucásica (76,6%). Buen apoyo social (56,5%), apoyos inestables (14,7%) o ningún apoyo (9,2%). Un 68,3% tenía hijos. El porcentaje entre personas activas laboralmente y desempleadas fue similar (23,4%), sin embargo, se encuentra que en el momento de la atención había también un 15,2% de personas estaban en una situación de baja laboral o incapacidad y un 13,6% jubiladas. La mayoría no presentó ningún antecedente somático (35,3%) y antecedentes psíquicos en un 60,9%, donde un 31% ya había sido ingresado previamente por esta causa, siendo el diagnóstico más frecuente los trastornos relacionados con el estado del ánimo (32,1%). Para el caso de la tentativa de suicidio, en esta muestra existen un promedio de 1,28 hombres por cada mujer, 2 hombres por cada mujer en suicidio consumado y 1,08 de hombres por cada mujer en ideación. Existe un 42,9% de personas que habían consumado el suicidio, tentativa 31% y 12% ideación suicida. El 10,3% presentaba antecedentes familiares de conducta suicida y un 45,1% de los pacientes presentaban tentativas anteriores. No tomó ninguna precaución para su descubrimiento (60,9%), presentaban intención de repetir (13%) y no había comunicado su intención previamente (45,7%). Presentaban un desencadenante (53,3%), destacando problemas interpersonales (16,3%). Un 24,5% tenía un riesgo alto, 37% alta probabilidad de repetir y 61,0% presentaron una alta letalidad. La única variable que establecía diferencias entre sus categorías fue la variable de soporte social, en el caso de la variable criterio LRS ($F(2, 145) = 7,85, p < ,001$), y la escala de riesgo ($F(2, 105) = 5,90, p < ,01$). Las únicas variables que ayudaron a discriminar entre presentar ideación suicida y cometer tentativa de suicidio fueron convivir sin familia y estar soltero. Aspectos relacionados con el ámbito social, discriminaron entre la ideación y la consumación. La variable que ayudó a discriminar entre

presentar tentativa y cometer el suicidio fue la subescala de rescate. En el Estudio 2 encontramos varones (54,9%), edad media 39,07 años (SD =13,75), tentativa de suicidio (64,9%), un elevado riesgo suicida (75,7%) que habían cometido intentos previos (56,7%). Existen 1,24 hombres por cada mujer en ideación suicida, y 1,20 hombres por cada mujer en tentativas. Sin antecedentes orgánicos (57,8%), antecedentes psíquicos (73,1%), trastorno del ánimo (36,6%). Pacientes no agresivos (99,6%). El 25,4% de los individuos presentó apoyos inestables y 20,1% sin apoyo social. Como precipitante problemas interpersonales (36,2%). Método utilizado uso de sedantes (16%) y método pensado fue la defenestración (20,5%). En extrahospitalaria se detectó un 31,3% con consumo tóxicos, alcohol (69,0%). En Urgencias, no patología orgánica (96,3%), intoxicación (32,8%) y escala SAD PEARSON 38,1% muestra un riesgo medio (4,15 (SD = 2,09). Resolución en urgencias fue observación en dicho servicio (69,8%). Hay un 8,6% de ingresos. Seguimiento realizado (72 h, 1 mes y 6 meses): de que sí repitieron la conducta, un 62,5% tenía apoyos inestables; asociación significativa entre el seguimiento y la repetición después de un mes ($\chi^2(6) = 31,63, p <,001; V$ de Cramer =,514) y 6 meses ($\chi^2(6) = 25,83, p <,001; V$ de Cramer =,379). El 1,5% de la muestra murieron. La incidencia acumulada o riesgo de que un individuo muriese durante el periodo de seguimiento fue de 0,014.

Conclusiones: 1) Se confirman factores sociodemográficos y clínicos estables e involucrados en la conducta suicida de la población atendida en emergencias. 2) La población atendida presenta alto riesgo de repetición. 3) Se considera positivo el empleo de herramientas objetivas, el estudio sistemático de pacientes para la detección del riesgo de suicidio y la sensibilización de los profesionales en el área de emergencias. 4) Los programas de prevención de la conducta suicida son necesarios principalmente en subpoblaciones especialmente vulnerables como la que se ha estudiado.

ABSTRACT

Introduction: In the western world the attention of self-harm injuries is a major clinical problem, and, in particular, psychiatric emergencies encompass a significant volume within prehospital and emergency room care, and are also often the gateway and detection of persons with suicidal risk.

Objectives: 1) determine the incidence and characteristics of the suicide continuum in Madrid population attended in prehospital scope; 2) establish psychosocial and clinical factors that predict suicidal behavior and 3) describe a preventive program of suicidal behavior in prehospital care designed for the identification and detection of this risk.

Methodology: study completed at SAMUR- Protección Civil. Study 1, consecutive transversal of 184 patients attended in cases of suicidal ideation, attempted and completed suicide. Analysis of frequencies and descriptives were performed to characterize the sample; the Student t test was used to prove if there were differences in the quantitative scales used, and for the difference of averages between more than two populations, the ANOVA Test was performed for a single factor. In order to figure out the groups were differences occurred, the Test of Pairs Gabriel was performed; and to check the extent of the effect Cohen's d was used. Finally, to explore the association between different independent variables and the type of conduct suicide contingency, tables Chi-square and Cramer's V were used to assess the strength of the association. Multinomial logistic regression analysis was performed to analyze the way in which the socio-demographic variables and the different types of vital events could predict the behavior of suicide. It was analyzed whether the Risk-Rescue Rating Scale (hereafter referred as RRRS) and Letality Rating Scale (hereafter referred as LRS) could predict completed suicide. Study 2 is a longitudinal study with 268 patients transferred to the Hospital "Fundación Jimenez Diaz" as specified by the Procedure of Coordinated Action for the Prevention of suicidal behavior (Code 100). Frequency analysis for the characterization and description of the sample was performed. To explore the association between gender, social support and level of risk with the other variables a frequencies joint distribution analysis was performed by using contingency tables and using Chi-square and Cramer's V statistic assay. Finally, binary

logistic regression analysis was performed to analyze the way in which SAD PEARSON Scale could predict the repetition of behavior.

Results: Study 1 wherein the sociodemographic and clinical characteristics are male (60.9%), average age of 44.62 years (SD = 18.94), Spanish (82.6%), single (39.1%) and Caucasian (76.6%). Good social support (56.5%), unstable support (14.7%) or no support (9.2%). 68.3% had children. The percentage among employed and unemployed people was similar (23.4%), however, one of the findings is also that, at the time of the prehospital assistance, 15.2% of people were in a situation of sick leave or disability and 13.6% retired. Most of the people presented no somatic antecedent (somatic antecedents present in 35.3%) and psychological background were present in 60.9%, where 31% had been previously hospitalized for this cause, being the most frequent diagnosis related with mood disorders (32.1%). In the case of attempted suicide, this sample shows that there is an average of 1.28 men for every woman, 2 men for every woman in completed suicide and 1.08 men per woman in suicidal ideation. 42.9% of people completed suicide, 31% attempted suicide and 12% declared suicidal ideation. 10.3% had a family history of suicidal behavior and 45.1% of patients had previous attempts. No precautions were taken for the discovery (60.9%), had plans to repeat (13%) and had not previously stated their intentions (45.7%). Trigger present (53.3%), interpersonal problems (16.3%). 24.5% high risk present, 37% high probability of repeating present and 61.0% high fatality present. The only variable that differentiated between categories was the variable of social support, in the case of variable criteria LRS ($F(2, 145) = 7.85, p < .001$) and the risk scale ($F(2, 105) = 5.90, p < .01$). The only variables that contributed to discriminate between presenting suicidal ideation and committing suicide attempt were living with somebody with no children and being single. Aspects related to the social, discriminated between conception and completion. The variable that contributed to discriminate between attempted suicide and committed suicide was the rescue subscale. In Study 2 we find males (54.9%), average age 39.07 years (SD = 13.75), attempted suicide (64.9%), high suicidal risk (75.7%), with previous attempts (56.7%). There are 1.24 men with suicidal ideation for every woman in these circumstances, and 1.20 men for every woman in attempted suicide. No active disease (57.8%), past psychological history (73.1%), mood disorder (36.6%). Nonaggressive patients (99.6%). 25.4% of patients presented unstable support and 20.1% no social

support. As precipitant, interpersonal problems (36.2%). Method used was sedatives overdose (16%) and thought method was fall to death (20.5%). In prehospital assistance 31.3% of drugs consumption and 69.0% of alcohol intake was detected. In ER, no active disease (96.3%), drug abuse (32.8%) and 38.1% SAD PERSON scale showed a medium risk (4.15 (SD = 2.09). Final resolution in ER was observation in this service (69.8%). There are 8.6% of hospital admissions. Follow up performed (72 h, 1 month and 6 months): Among the ones that repeated the behavior, 62.5% had unstable social support; major association between follow up and repetition after one month ($\chi^2(6) = 31,63$, $p <,001$; V de Cramer =,514) and six months ($\chi^2(6) = 25,83$, $p <,001$; V de Cramer =,379). 1.5% of the sample died. The cumulative incidence or risk that an individual died during the follow up period was 0.014.

Conclusions: 1) Stable and clinical sociodemographic factors engaged in suicidal behavior of the population attended in prehospital emergencies are confirmed. 2) Target population presents high risk of repeating. 3) Objective tools usage, systematic study of patients for suicidal risk detection and awareness of professionals in the Prehospital scope are considered positive 4) Prevention programs of suicidal behavior are necessary mainly in particularly vulnerable subpopulations as the one studied.

I. INTRODUCCIÓN

1. EL SUICIDIO

1.1. Concepto y clasificación del acto suicida

El término de suicidio fue creado por Pierre Francois Guyot Desfontaines para designar la acción de aquella persona que se mata por sus propios deseos (Toledano, 1999). El término suicidio proviene del latín “sui” que significa sí mismo y “coedere” matar, es decir, matarse a sí mismo.

A lo largo de la historia se han dado diversas definiciones de suicidio. La OMS en 1969 define el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil; Ringer (1988) lo define como una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal; Slakieu (1999) define el suicidio como una situación de crisis que pone en peligro la vida y proporciona una definición de crisis como un estado personal de trastornos y desorganización, caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un individuo para manejar una situación particular usando los métodos que normalmente emplea para la resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo. Por tanto, el individuo considera que con las técnicas tradicionales de solución de problemas no consigue nada y el suicidio será un alivio al problema o al menos, una opción razonable.

El acto suicida ha existido desde que la humanidad existe, sin embargo, la concepción positiva o negativa del mismo ha cambiado a través de las diferentes culturas. Si hacemos una revisión de éstas, en la Grecia Antigua se condenaba el acto, destacando Platón, el cuál rechaza el suicidio porque consideraba que solamente los dioses eran los que decidían cuando abandonar la vida; en la Roma Imperial se consideraba un acto honorable entre políticos e intelectuales pero no entre los esclavos; en esta época Séneca defiende la postura de que el suicidio es la puesta en marcha de la libertad del ser humano para terminar con su propia vida la cual considera indigna, y que en la actualidad ha servido de base teórica para

los que defienden la calidad de vida frente a la santidad de esta. Posteriormente, en la Edad Media el suicidio era considerado como un acto delictivo y castigado para evitar su propagación y únicamente se permitía si se cometía para evitar una violación y aquellos que lo cometían, no podían ser enterrados en cementerios o lugares sagrados así como se les confiscaban todas sus pertenencias. En la Edad Moderna (s. XVII – XIX), existieron planteamientos contrapuestos, los castigos legales se suavizaron, aunque se mantenía la negativa a enterrar a los suicidas en el cementerio y por otra parte se otorgaba cierta solemnidad a los suicidios por honor, sobre todo los de militares y los de duelos (Vicente, 2007).

Durkheim en 1897 dentro de su libro “El Suicidio”, se propuso desmontar los soportes de la condena moral al suicidio desde el punto de vista sociológico, y formula la teoría en la que el contexto social es el factor que influye con mayor peso sobre la decisión de un suicida, distinguiendo el suicida egoísta (cuando se realiza para afirmar la individualidad contra o al margen de su sociedad de referencia), el altruista (motivado por fidelidad a las normas de la sociedad o para hacer un bien al propio grupo, como la familia o el partido, típico de los militares), el anómico (cuando las normas sociales están tan alteradas o relajadas que el sujeto no encuentra motivos suficientes para vivir, no se siente sostenido, ejemplo son los suicidios por crisis económicas, divorcio o viudez), y el suicidio fatalista (causado por el exceso de reglamentación, la cuál aplasta al individuo).

Desde la Psiquiatría hay un temprano interés por la conducta suicida y es en el siglo XVIII cuando se inicia la visión del suicidio como enfermedad mental. Dentro de esta visión destaca Pinel que considera el suicidio como síntoma de melancolía, Esquirol lo atribuye a un delirio agudo o derivado de acontecimientos vitales negativos, y posteriormente Pierre de Boismont en 1856 recoge en su obra esta concepción con “El suicida es un desdichado o un loco”. A partir de este momento se suceden los trabajos: Jousset y Moreau Tours, a finales del siglo XIX, elaboran una clasificación del suicidio, que distingue el suicidio maniático (fruto de alucinaciones o delirios), melancólico, obsesivo e impulsivo o automático. Achille-Delmas, en su obra «Psychopathologie du suicide» (1932) distingue el verdadero suicidio, al que considera no una enfermedad sino un síntoma de un trastorno

mental, de los pseudosuicidios que pueden explicarse de una manera racional (citado por Baca et al, 2000).

En la primera mitad del siglo XX, proliferan las explicaciones psicológicas y psiquiátricas, y dentro de estas, encontramos las teorías psicoanalíticas de Freud (1973), que explicaba el suicidio como la pulsión entre Eros y Thanatos con el resultado final de la victoria del último; las teorías de Jung (1959), donde el acto suicida era la destrucción de la armonía entre el consciente e inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos y Menninger (1972) que define el suicidio como un homicidio invertido o rabia homicida contra uno mismo. En la actualidad, estas explicaciones han caído en desuso.

En la década de los sesenta se consideró el suicidio como una llamada de atención, donde la conducta suicida se emplea como una forma de comunicación o de lenguaje hacia el entorno (Ramos, 1993).

Posteriormente, se introdujeron las teorías cognitivas que consideran como causa esencial del acto suicida la desesperanza del individuo, donde el paciente percibe la situación como insostenible y malinterpreta sistemáticamente sus experiencias de un modo negativo, sin base objetiva y anticipando que cualquier alternativa de solución va a fallar (Beck et al., 1975). Dentro de este modelo teórico se ha comprobado que la desesperanza no sólo es la variable más significativa del comportamiento suicida, si no que también explica el nexo entre la depresión e intento suicida (Kovacs y Beck, 1977). Dentro de esta corriente, Ramos (1993) analiza las cogniciones de los pacientes suicidas y establece la evolución del pensamiento suicida en pacientes depresivos distinguiendo una fase previa en la que aparecen ideas generales sobre la muerte que se van personalizando, una fase de posibilidad del suicidio donde aparecen ya pensamientos autodestructivos, una tercera fase de ambivalencia caracterizada por la aparición de razones positivas y negativas sobre el morir, una cuarta fase de búsqueda de información sobre el suicidio (métodos, experiencias de otras personas, etc.) y una última fase de decisión suicida con la elaboración del plan suicida (donde, cómo y cuándo). Estas últimas teorías, son un enfoque intermedio entre aquellos que defienden como única causa la social para explicar el suicidio y aquellos que

defienden los aspectos motivacionales o personales como agentes del acto suicida (Arffa, 1983).

Se considera por tanto, que la tendencia al suicidio aparece como consecuencia de los sentimientos de desesperanza en conjunción con la idea de que las dificultades corrientes son inaguantables o a consecuencia de querer manipular rápidamente y controlar la situación frustrante o amenazante. El objetivo del suicidio es buscar “solución” a lo que se siente como un dolor psicológico intolerable.

No existe una nomenclatura universal en Suicidiología, y por ello, diversos autores establecen la suya propia en función del resultado final. Durkheim en su obra ya distinguía entre suicidio como todo caso de muerte que era realizado por la propia víctima, y tentativa, como el mismo acto pero que era detenido sin llegar a la muerte. En ocasiones, la tentativa de suicidio se ha llegado a considerar un simulacro del suicidio consumado. Schneidman (1994) afirma que la tentativa de suicidio presenta aspectos claramente diferenciados del suicidio consumado, ambos tienen un componente de autolesión, aunque en el intento puede estar latente o ser ambivalente, sin embargo, la tentativa además posee una componente de demanda de ayuda al entorno, llamada de atención y manipulación.

Así, para evitar la confusión entre suicidio y tentativa, Kreitman introdujo el término de parasuicidio, definiéndolo como un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento a dosis superiores a las descritas (Kreitman, 1977).

Existe también otra clasificación que propone Rojas (1978) diferenciando el suicidio activo y pasivo, considerando el primero como aquel comportamiento claro dirigido a la autodestrucción, y el segundo, como aquel en el que el sujeto muestra una actitud indiferente e inmóvil hacia la vida de forma progresiva.

Otro modelo explicativo es el dicotómico, representado por Stenkel (1992) diferenciando dos tipos de sujetos: los que consuman su suicidio y aquellos que realizan tentativas

múltiples. En cada grupo no podemos hablar de “tipos humanos” semejantes, aunque poseen características diferenciales con los del otro, que aconsejan su abordaje por separado. Igualmente autores como Farberow (1969) hablan del modelo unitario que defiende la idea de un mismo fenómeno pero en distintos grados: en la ideación autolítica, la tentativa de suicidio y la consumación, encontraríamos el mismo deseo de morir, que evoluciona de forma crónica en el sujeto y cuya expresión depende de las circunstancias ambientales o biográficas de este.

Silverman *et al.* (2007), en la nomenclatura revisada para el estudio del suicidio y las conductas suicidas, definen las conductas relacionadas con el suicidio como “una conducta autoinfligida potencialmente dañina para la cual hay evidencia (explícita o implícita) de que: a) la persona deseaba aparentar que se iba a matar para conseguir otro objetivo o b) la persona intentaba en un indeterminado o determinado grado matarse”. En la Figura 1 se puede ver la representación esquemática de la clasificación que hacen dichos autores de las diversas conductas relacionadas con el suicidio, clasificadas en función del resultado de la conducta y la intencionalidad. La diferencia entre las conductas clasificadas como “I” y las clasificadas como “II” es que mientras las primeras no producen ninguna lesión las segundas producen algún tipo de lesión sin que la persona llegue a perder la vida.

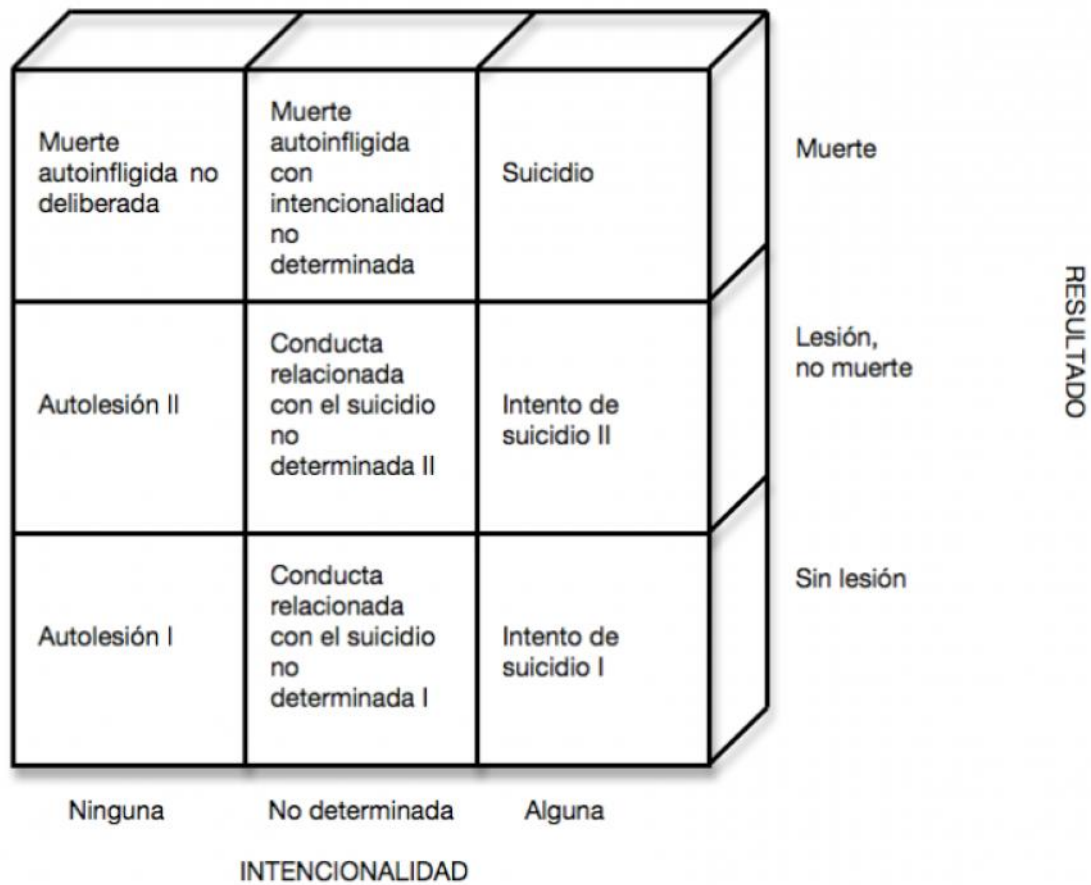


Figura 1. Representación esquemática de las conductas relacionadas con el suicidio.

Extraído de Silverman *et al.* (2007).

Por último, una de las clasificaciones más recientes es la propuesta por Ansean (2015) atendiendo a la naturaleza de la conducta suicida distinguiendo los actos suicidas (suicidios consumados y parasuicidio), la comunicación suicida (amenaza suicida, expresiones verbales y no verbales) y la ideación suicida (plan suicida, ideas suicidas, deseo e ideas de muerte).

1.2. Características epidemiológicas de la conducta suicida

Conocer los datos de morbilidad suicida (ideación, planificación e intento suicida) es algo extremadamente complicado. No existen estadísticas totalmente fiables y los datos se obtienen de diversos estudios e investigaciones, existiendo resultados muy dispares entre países, posiblemente por una posible sub-notificación o mala clasificación.

1.2.1. Datos Mundiales

En los primeros años del siglo XXI más de cinco millones de personas en el mundo tomaron la decisión de acabar con sus vidas a través del suicidio según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003).

La OMS establece que en los últimos sesenta años, los suicidios han aumentado en un 50%, y se prevé que en 2020, hayan aumentado otro 50%, hasta superar el millón y medio de muertes (Bertolote, 2002).

En el mundo, el suicidio provoca casi la mitad (49%) de todas las muertes causadas por lesiones intencionales, registrándose en el 2012 unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Se calcula que en el mundo hay una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos.

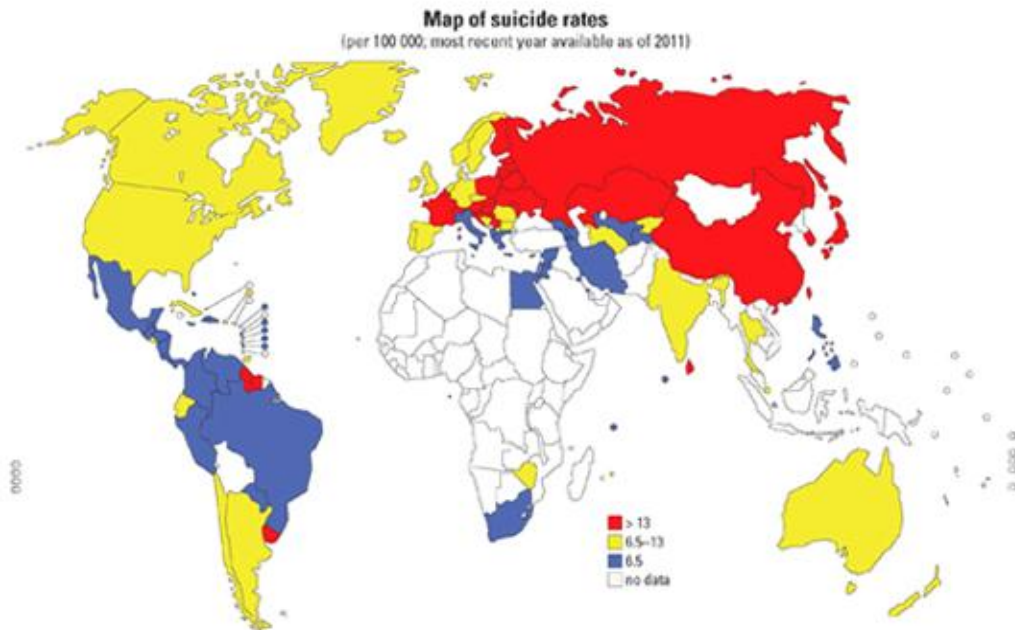


Figura 2. Tasas de muerte por suicidio en el mundo, según datos de la OMS

Destacan datos como que Rusia registra en torno a los 1000 suicidios diarios, cifra muy semejante a la de Estados Unidos. Junto con Japón, estos tres países sumarían más suicidios que el resto de los países juntos. No existen datos ni de China ni India (ver Figura 2).

Según los datos obtenidos en Eurostat, en la Unión Europea, tomando los datos de los 28 países que la conforman, en el 2010 se registró una tasa de suicidio de 11,8, siendo de 19,5 para los hombres y casi cuatro veces mayor (5,1) que para las mujeres.

A escala global, el suicidio representa el 1.4% de la carga mundial de morbilidad, pero esta cifra se incrementa en los países donde la ocurrencia es alta. (OMS, 2002)

En cuanto al género y como se puede observar en el Figura 3, desde 1950 a 2000, las tasas de suicidios han aumentado en todo el mundo, pero este aumento es contundente en el caso de los varones.

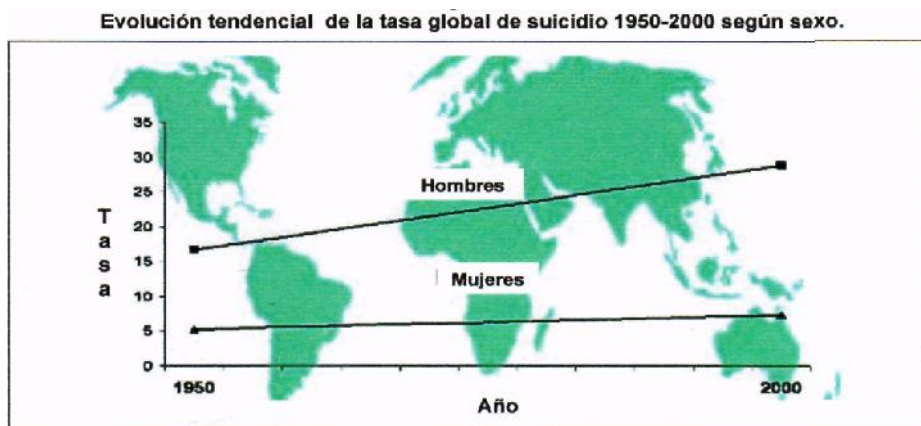


Figura 3. Evolución Tasa Global de suicidio por sexo. OMS, 2002

Los datos mundiales que muestra la OMS en el 2012 reflejan que las tasas de suicidios masculinos están lideradas por muchos países de la ex URSS, junto con Guayana y Japón. Por otro lado, los países con mayores tasas de suicidios femeninos son orientales. En general, las proporciones más altas entre suicidios de hombres y mujeres parecen darse más en los países del este de Europa y las más bajas en los países orientales.

En cuanto al método, el más utilizado en todo el mundo es el ahorcamiento, aunque existen diferencias entre países. Así, el envenenamiento por plaguicidas es frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, sobre todo en mujeres, mientras que la intoxicación medicamentosa es más frecuente en países nórdicos y el Reino Unido. La muerte por arma de fuego es propia de Estados Unidos y de Uruguay, si bien está cada vez más presente en países europeos (Ajdacic-Groos et al., 2008).

Destacan los datos que aparecen tras la iniciativa de la OMS para la Prevención del Suicidio (SUPRE) donde se encontró que en el grupo de edades comprendidas entre 15 y 44 años el suicidio estaba en el tercer lugar como causa principal de muerte (OPS, 2003).

En cuanto a la ideación suicida, esta es más frecuente que los intentos de suicidio o que los suicidios consumados. Vandivort y Locke (1979), realizaron un estudio con una muestra

de 3935 sujetos llegando a la conclusión de que la idea suicida prevalece bastante en la población general. Por tanto, existen variables mediadoras entre los pensamientos suicidas y la conducta suicida. Una de estas variables mediadoras puede ser la ansiedad y miedo ante la muerte, inhibiendo la posibilidad de poner en marcha conductas encaminadas hacia la propia muerte.

La prevalencia de la ideación suicida es muy variable entre los diferentes estudios realizados desde los años 70; se ha encontrado una prevalencia vital entre un 2% y un 18% (Kessler et al., 1999). En los conocidos estudios epidemiológicos norteamericanos National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), la prevalencia de 12 meses de la ideación suicida fue, respectivamente de 2.8% y de 3.3% (Kessler et al.,1999; Kessler et al., 2005) y se estimó una tasa de aproximadamente tres mil por cien mil personas con ideas de suicidio en Estados Unidos cada año, mientras que sólo 14 por cada cien mil personas completarían un suicidio. Un estudio realizado en Grecia (Madianos et al.,1993) aportó datos sobre la prevalencia de la ideación suicida en función del género en dos momentos, 1978 y 1984. En 1978, el 2.8% de los hombres y el 6.8% de las mujeres señalaron haber tenido ideación suicida durante los últimos 12 meses; en el segundo estudio las tasas subieron hasta un 5.9% y un 14.9%, respectivamente.

La ideación suicida puede variar de manera importante en diferentes grupos de edad. Se ha sugerido que entre los adultos jóvenes puede presentarse entre un 10% y un 12% de las personas (Goldney et al.,1989), mientras que en las personas mayores puede aparecer en aproximadamente un 4% de las personas (Skoog et al., 1996).

En un estudio realizado en Finlandia (Hintikka et al., 2001) se investigó con cuestionarios (Beck Depression Inventory; Beck et al.,1961) en una amplia muestra nacional la incidencia de la ideación suicida en la línea base y en un seguimiento a los 12 meses. Se encontró una incidencia global del 3.8%, un 3.1% para las mujeres y un 4.6% para los hombres.

Los datos del estudio SUPRE-MISS (Bertolote et al., 2005), sugieren que la continuidad cronológica y clínica entre la ideación suicida y los intentos de suicidio no es universal y varía mucho en función del lugar en el que se evalúe. Este estudio compara ideación suicida, planes específicos e intentos en 10 países diferentes.

La OMS calcula que por cada muerte autoinflingida se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. Sin embargo, no se disponen de datos fiables o precisos sobre los intentos de suicidio. Las variaciones de la estimación oscilan en términos generales entre 1:10 y 1:20. Pero cuando se analizan ambos fenómenos por grupos de edad la estimación llega a ser hasta 1:200 en adolescentes y jóvenes (OMS, 2002; OPS 2003).

Otro aspecto que se ha estudiado han sido las diferencias étnicas y culturales encontradas en los patrones de suicidio. Un estudio realizado en Estados Unidos refleja que los índices de suicidio de los individuos de origen afroamericano son más bajos que los de la población blanca, aunque consuman el suicidio a una edad mucho más temprana y presentan un intervalo de vulnerabilidad estrecho, definido por la edad (Garlow et al., 2005).

1.2.2. Suicidio en España

El suicidio ha ido aumentando a lo largo de las últimas décadas en España.

En el año 2013 se produjeron 14.678 fallecimientos por causas externas. Es necesario resaltar que debido a la disponibilidad de una nueva fuente de información judicial, se ha introducido este año una mejora metodológica en el proceso de esta estadística, que ha permitido asignar de forma más precisa la causa de defunción en las muertes con intervención judicial. Como consecuencia, defunciones que estaban asignadas a causas mal definidas han sido reasignadas a partir de 2013 a causas externas específicas. La mejora incorporada en los datos de 2013 tiene el efecto de que la serie no sea estrictamente comparable con la de años anteriores.

En Febrero de 2015, el Instituto Nacional de Estadística publicaba las Estadísticas de Defunción por Causas de Muerte referidas al año 2013, entre las que se encuentran las muertes por suicidio, registrando una cifra histórica desde que se poseen estadísticas (año 1906), con 3.870 muertes. Lo mismo ocurre en comunidades como Cataluña, la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha o Islas Baleares. En otras comunidades, como Andalucía o Islas Canarias, estos nuevos máximos se han dado en suicidios femeninos.

En España, el suicidio supone la primera causa externa de muerte, antes que los accidentes de tráfico (Figura 4). En 2013, fallecieron 3.870 personas por suicidio (2.911 hombres y 959 mujeres). La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por cada 100.000 personas (12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres) (INE, 2015).



Figura 4. Evolución de la mortalidad debida a suicidio, accidentes de tráfico y VIH/SIDA en España

A través de los datos del World Health Report se estima que en la región Euro A (a la que pertenece España) se produjeron 54.280 muertes por suicidio en el año 2000 (OMS, 2002). España presenta una de las tasas de suicidio más bajas (8,7 por 100.000), pero ha sufrido,

junto a Irlanda, uno de los incrementos en las tasas más altos de Europa y del mundo. En nuestro país se puede observar un aumento en las tasas de suicidio desde 1975 hasta 1994, produciéndose una estabilización en los años siguientes; este incremento es más pronunciado entre los varones que entre las mujeres. Los factores sociales, especialmente ligados a los papeles de sexo y los cambios en estos papeles, son las explicaciones más probables. Otra posible explicación del aumento observado de la mortalidad por suicidio entre los varones jóvenes podría ser la epidemia de sida y de adicción a drogas por vía parenteral que se observó en España en los años ochenta y noventa. (Ruiz – Pérez et al, 2006).

Existe un cambio en nuestro país en el 2012, año en el que se produce un importante aumento, siendo todavía pronto para poder determinar cuáles son los factores implicados en este aumento. Por edades, el mayor número de suicidios se producen entre los 40 a 49 años, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la proporción de suicidio sobre 100.000 habitantes de cada edad es mucho mayor a medida que avanza la edad, hasta llegar a quintuplicarse en los hombres más envejecidos (INE, 2014).

Existen dos estudios realizados simultáneamente en varios países europeos (Bernal et al., 2006; Casey et al., 2006), que incluyen datos españoles, y que han aportado datos sobre la incidencia de la ideación suicida y la existencia de diferentes factores de riesgo potencialmente vinculadas a su existencia y al paso entre ideas suicidas e intentos de suicidio. El primero de ellos (Bernal et al., 2006), parte del *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), fue un estudio transversal realizado en seis países europeos sobre una muestra total de 21.425 personas (2.121 en la muestra española). Este estudio señaló una prevalencia vital del 4.4 % para la ideación suicida y de un 1.48 % para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea para la ideación suicida fue del 7.8 % y para los intentos de suicidio del 1.81 %. Dentro de la población española el riesgo asociado a los precursores del suicidio estudiados fue significativamente mayor en las mujeres, las cohortes más jóvenes y los niveles educativos menores. La presencia de un trastorno mental se asoció con un aumento del riesgo en todas las categorías diagnósticas estudiadas, especialmente alto para el episodio depresivo mayor. El

primer año desde el inicio de la ideación fue el de mayor riesgo de realizar un intento para disminuir a partir de entonces (Gabilondo, 2007).

Se han realizado otros estudios epidemiológicos con población española. Miguel et al. (2005) realizaron un estudio con las muertes de etiología suicida ocurridas en Sevilla durante el año 2004, donde obtuvieron que la tasa de suicidio fue de 8,36 por 100.000 habitantes con una relación hombre/mujer de 2,6:1, la edad media global fue de 54,3 años (52,7 años en varones y 58,7 años en mujeres), siendo el mayor número de suicidios (58,5%) en el segundo y tercer trimestre del año (primavera y verano). Al contrario de lo que se encuentra en la mayoría de los estudios, se obtuvo que la mayor frecuencia se produce en personas casadas (31,2%). Solo en el 9,5% de los suicidas existían antecedentes de intentos autolíticos previos. La ahorcadura fue el mecanismo más empleado en los varones (50,9%) mientras que en las mujeres el mecanismo más frecuente fue la precipitación (41,5%). Un 57,1% de los sujetos tenía antecedentes psiquiátricos siendo los trastornos más frecuentes la depresión o los síntomas depresivos (65,5%) y la esquizofrenia (15,5%). Se efectuaron análisis químico-toxicológicos en el 78,2% de los casos de los cuales fueron positivos el 69,6%. El alcohol etílico fue la sustancia más detectada (24,3%), seguido de las benzodiazepinas (18,3%) y los antidepresivos (11,3%).

Si atendemos a las Comunidades Autónomas, en la actualidad, el mayor número de suicidios se produce en Andalucía, dato coherente por tener mayor población. Sin embargo, para eliminar el efecto poblacional las tasas de suicidio por 100.000 habitantes, exponen resultados donde Asturias y Galicia lideran las estadísticas, con 12,36 y 12,00 suicidios por 100.000 habitantes respectivamente. Por debajo de la media se sitúan Navarra (7,45), Aragón (7,35), Murcia (7,20), Cataluña (6,96), Extremadura (6,88), Cantabria (6,08) y por último la Comunidad de Madrid (1,46). Esta última, registra una tasa de 5 veces menor que la media española.

1.2.3. Suicidio en la Comunidad de Madrid

En concreto, en 2013, la Comunidad de Madrid registra una cifra récord de suicidios con un total de 333 fallecimientos por suicidio, siendo el 68,2% en varones y el 31,8% mujeres. En este año, el INE accedió a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, realizando un cambio metodológico que permitió reasignar más adecuadamente las causas de las muertes con intervención judicial. Como resultado, se encontró que las cifras eran entre 3 y 4 veces mayores a las que se registraron el año anterior. Ello no permite una comparación estricta entre ambos años, pero pone en evidencia el alto número de suicidios que permanecían ocultos a las estadísticas por un mero motivo administrativo.

Históricamente, la Comunidad de Madrid siempre ha estado en la parte baja de muertes por suicidio. Con el cambio metodológico de 2013, se sitúa, junto a Galicia, como la cuarta región en España, después de Andalucía, Cataluña y la C. Valenciana, registrando un 8,6% de los suicidios del país.

La relación suicidios hombres/mujeres es la más baja de España: 2,14 frente a 3,04, respectivamente.

En 2013 no se produjo ningún suicidio de niños menores de 15 años, mientras que el mayor número se concentró entre los 40 y 49 años, tanto en hombres como en mujeres.

En relación con su volumen de población, la Comunidad de Madrid registra unas tasas de suicidio por 1000.000 habitantes muy semejantes a lo largo de las edades adultas, para mostrar un pico entre los 80 a 89 años, especialmente en hombres (16,10) frente a mujeres (2,59), donde la tasa se duplica. Llama la atención las grandes diferencias entre sexos, hasta llegar a una relación de 4 suicidios de hombres por cada 1 de mujeres.

1.2.4. Efecto de epidemia social y crisis económica

Si hablamos del suicidio como hecho social, no podemos dejar de lado el concepto de suicidio como epidemia o modelo de conducta. Durkheim en su estudio de 1887 *Le Suicide* afirmó que “ningún otro hecho es tan rápidamente transmitido por contagio como el suicidio”. Dentro de esta concepción nos encontramos el llamado *Efecto Werther*, término psiquiátrico para denominar la ola de suicidios que generalmente sigue a una persona famosa. El término fue creado por un sociólogo, David Philips (1974) el cuál concluyó que las cifras de suicidio aumentan de forma significativa después de que las noticias de suicidio aparecieran en la prensa y que el incremento era proporcional al nivel de cobertura que obtuvieran dichas noticias.

El nombre de este efecto se debe a una novela de Goethe el cuál describe el suicidio de un enamorado sin consuelo. Dicha novela tuvo tanto efecto en los lectores adolescentes de la época que en la década de los años 1770 se dieron numerosos casos de suicidio donde calcaban no sólo el método utilizado en el suicidio de la novela, sino hasta su vestimenta y lugar donde lo cometía. Se habló entonces de una epidemia de suicidios románticos en Europa.

Tanto lo descrito, como sucesos más recientes, muestran claramente el efecto contagioso del suicidio. Existen diversos casos a lo largo de los años que sirven de ejemplo como suicidio por imitación: en Viena entre los años 1984 -1987 aparecieron en prensa anuncios de suicidios cometidos en el metro que desencadenaron el efecto Werther; otro caso producido por la publicación en 1991 de un libro en Estados Unidos donde se daban consejos de como suicidarse mediante asfixia, posteriormente se estudiaron los casos de suicidio y se observó un notable aumento de casos empleando este método, mientras que el resto de métodos no habían variado; en el año 2003 en Hong- Kong un cantante famoso se suicidó y se estudiaron los efectos que este suceso había tenido en la población y se obtuvo un incremento significativo en los suicidios que siguieron a la muerte de la celebridad, en comparación con el promedio de los tres meses precedentes así como con el promedio mensual correspondiente durante los años 1998 y 2002. Estuvo particularmente marcado en

un subgrupo de varones, en edades comprendidas entre los 25 y los 39 años, muchos de los cuales murieron lanzándose al vacío, al igual que el famoso cantante de pop. Muy a menudo se mencionó el nombre de la celebridad en los archivos de caso y en las notas de suicidio (Paul et al, 2006).

Con todos estos datos, se confirma el potencial daño que pueden causar las noticias sensacionalistas que se dan en ocasiones sobre ciertas muertes. Tanto es así, que la OMS dentro del Programa SUPRE confeccionó un instrumento para profesionales de los medios de comunicación donde se establecen claramente las consecuencias de la información sobre un suicidio así como cuáles son las pautas adecuadas de informar de este hecho. En un estudio realizado en España, se quiso analizar si la prensa tiene en cuenta las recomendaciones de la OMS para la publicación de las noticias sobre el suicidio, recogiendo las noticias relacionadas con el suicidio aparecidas en la edición digital de cinco diarios españoles, obteniéndose que en la mayor parte de las noticias no se seguían las directrices de la OMS puesto que dan detalles sobre el método, no se tiene en cuenta los antecedentes en salud mental, no se informa sobre ayudas y recursos comunitarios y se informa acerca del suicidio como algo inexplicable o simplista (Herrera et al, 2015).

No podemos dejar de lado, por los últimos acontecimientos vividos, el efecto que puede suponer una crisis económica en la conducta suicida, existiendo datos contradictorios al respecto. Hasta ahora la evidencia científica no puede llegar a afirmar que exista de forma directa relación entre crisis económica e incremento de tasa de suicidio. Existen estudios como el de Stuckler (2011) que pretendía evaluar el efecto de la crisis económica en la salud, y ofrece datos del año 2007 al 2009, coincidiendo con el recrudecimiento de la crisis económica, donde la tasa de suicidios en Europa había experimentado un notable ascenso, invirtiéndose la tendencia hacia la baja que presentaba hasta principios de 2007, y precisamente los países donde el impacto de la crisis económica había sido mayor, como Grecia e Irlanda, eran los que han experimentado un mayor incremento de suicidios (17% y 13%, respectivamente). Este aumento de la tasa de suicidios se había visto acompañado de un incremento en los índices de desempleo de la población activa del 2,6%, observándose ambas tendencias en todos los países europeos analizados, excepto en Austria, donde el

aumento del desempleo no había ido acompañado de un incremento en los niveles de suicidio de la población. Según los autores de la investigación, Austria, a diferencia del resto de países europeos, posee un sólido sistema de protección social y unas políticas activas serias de mercado de trabajo que podrían haber actuado como factores de protección frente a este problema. Uno de los últimos trabajos realizados al respecto en EEUU muestra un análisis de los suicidios relacionados con desalojos y ejecuciones hipotecarias, encontrando que se duplicaron de 2005 a 2010 (n=88 en 2005; n=176 en 2010), principalmente relacionados con las ejecuciones hipotecarias, incrementándose un 253%, pasando de 30 en 2005 a 106 en 2010. La mayoría de los suicidios ocurrieron antes de la pérdida de la vivienda actual (79%), y el 37% de los fallecidos sufrieron crisis aguda por el desalojo o ejecución hipotecaria a menos de 2 semanas del suicidio. Según estos resultados, la pérdida de la vivienda es una crisis significativa que puede precipitar el suicidio (Fowler et al., 2015).

Por otro lado, se había observado una disminución notable de las muertes por accidentes de tráfico en toda la Unión Europea, lo que en opinión de los autores podría explicarse debido al menor uso de los vehículos derivado del aumento del desempleo. España e Irlanda eran los países donde las muertes en carretera se han reducido notablemente entre 2007 y 2009, con una disminución de más del 25%.

A la inversa, en un estudio realizado en España, donde se compara la prevalencia de ideación e intentos suicidas entre los años 2001-2002 y 2011-2012, se encuentra que los datos son muy similares de una muestra a otra. En el primer periodo hay una ideación del 1,48% e intentos del 4,35%, frente al segundo periodo con una ideación de 1,46% e intentos de 3,67%.

En conclusión, actualmente y tras numerosas investigaciones sobre la relación causal entre la crisis económica y el incremento de suicidios, no es posible recoger datos concluyentes. En definitiva, hay que esperar a los datos de los próximos años para poder realizar una comparación real y dilucidar científicamente si existe esa causalidad.

1.3. Factores de Riesgo y Protectores

Como se ha comprobado, la conducta suicida no es algo aleatorio ya que en las primeras descripciones científicas de la misma, se ha podido predecir la conducta, puesto que interferían variables psicosociales, sociodemográficas y psiquiátricas, así como factores biológicos y genéticos, que podrían considerarse factores de riesgo.

Así mismo, desde el punto de vista de la evaluación de los factores de riesgo suicida, se diferencian aquellos inmodificables y que incluyen las variables sociodemográficas como la edad, sexo, etnia, estado civil, nivel socioeconómico, orientación sexual y antecedentes de violencia o ideación suicida, y los modificables con un adecuado tratamiento (ansiedad, desesperanza, aislamiento, enfermedad médica, continuidad de cuidados y enfermedad psiquiátrica).

Para explicar cómo funciona la interacción entre los factores de riesgo, podemos basarnos en el modelo de diátesis – estrés, según el cual, una predisposición biológica (diátesis), que hace más vulnerable a ciertos sujetos, interacciona con diferentes factores estresantes vitales, y en consecuencia daría lugar a la conducta suicida.

No podemos olvidar el valor preventivo del conocimiento de los factores de riesgo y protectores, por lo que aquí se resumen los principales asociados a la conducta suicida.

1.3.1. Factores Personales

a. Género:

En la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el fenómeno del suicidio, existe una mayor incidencia de ideación o tentativa de suicidio en mujeres, frente a suicidios consumados en varones (García et al., 2002). Los varones consuman el suicidio con una frecuencia entre 2 y 4 veces mayor que las mujeres, y a su vez, éstas realizan intentos de suicidio entre 3 y 4 veces más que los varones (Sáiz y Montejo, 1976). Esta relación se

incrementa con la edad, de manera que partir de los 75 años la tasa de suicidio consumado es 8-12 veces mayor en el hombre que en la mujer (Hoyert, 1999). Sin embargo, existe la excepción de algunas zonas rurales de China donde la tasa femenina es ligeramente superior a la masculina, alcanzando el valor máximo para mujeres: 18.8 por 100,000 personas (OMS, 2002).

Estas diferencias de género se han intentado explicar a través de las diferencias en la expresión del malestar psicológico, la letalidad de los métodos utilizado, diferencias de personalidad y el posible papel de las hormonas sexuales en los cuadros depresivos.

b. Edad:

En los países industrializados las tasas de suicidio aumentan con la edad, observándose una mayor incidencia en hombres mayores de 65 años, y particularmente de 75 años aunque el suicidio no es de las primeras causas de muerte en este grupo de edad, le preceden enfermedades cardiovasculares o crónicas (Bobes et al, 2004).

En un estudio se analizaron las características de suicidios en personas de 60 a 90 años encontrando que eran conductas muy premeditadas, con uso de métodos más letales, sexo masculino, con patología médica y antecedentes de trastorno psiquiátrico, soledad y aislamiento (Frierson, 1991).

Al revés de lo que sucede en el suicidio consumado, los intentos de suicidio son más frecuentes entre los adultos jóvenes del sexo femenino. El suicidio en la población adolescente ha sufrido en los últimos años un aumento siendo la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes de entre 15 y 24 años, siendo las tentativas más frecuentes en mujeres de 15-24 años seguido del grupo en edades comprendidas entre 25-34 y 35-44 de edad, mientras que los hombres presentan las tasas más elevadas en el grupo de 25-34, seguido de 35-44 y los 15-24 años (Schmidtke et al., 2004).

La conducta suicida es infrecuente antes de la pubertad. La prevalencia del intento de suicidio en niños y adolescentes prácticamente no se conoce y en general se acepta que los

intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios. Algunos estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. Además, se ha encontrado que la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología, principalmente depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales (Larraguibel et al, 2000).

c. Orientación sexual

Existe dificultad de obtener información precisa en este ámbito, sin embargo, diversos autores constatan que los homosexuales presentan un número de tentativas 5-10 veces superior a la población general (Navío,2014) , con un riesgo en hombres homosexuales o bisexuales de hasta 4 veces más riesgo de tener un intento de suicidio serio y que estos son más graves que en la población de heterosexuales, encontrando que entre los hombres que tratan de quitarse la vida, el 28% de los sujetos son homosexuales en comparación al 4% de los heterosexuales, y entre las mujeres el 20% frente al 15%. (Remafendi, 1991).

Otro estudio también mostró que los sujetos gays, lesbianas y bisexuales tienen tasas significativamente más altas que la muestra heterosexual de ideación suicida (67,9% versus 29,0%), de intentos de suicidio (32,1% vs 7,1%) y, entre 14 y 21 años de trastornos psiquiátricos (depresión mayor 71.4% versus 38.2%, trastorno de ansiedad generalizada, el 28,5% frente a 12,5%, trastornos de conducta 32.1% contra 11, 0% tabaquismo 64,3% frente a 26,7%, abuso y dependencia de otras drogas 60,7% versus 44,3%) (Fergusson, 1999).

Una mayor incidencia de pensamientos suicidas e intentos de suicidio también fueron vistos entre la población gay y lesbiana en Italia, donde un tercio de los gays y un cuarto de las lesbianas han pensado alguna vez suicidarse y que el 6% ha tratado de hacerlo (Barbagli, 2007).

1.3.2. Factores Clínicos

a. Enfermedad Física

Es uno de los factores que clásicamente se ha considerado como precipitante de la conducta suicida, sin embargo, diversos estudios actuales reflejan que la enfermedad médica no sea independiente de la depresión cuando hablamos del efecto en el suicidio. Se ha observado que los factores que influían era el dolor, el miedo a la evolución a la enfermedad y a ser una carga para la familia (Szanto et al, 2001).

Enfermedades crónicas de larga duración (destacan enfermedades renales, óseas y cardiovasculares), patología neurológica como epilepsia, neoplasias, dolor crónico, desfiguración, pérdida de funcionalidad y VIH aumentan el riesgo de suicidio (García-Rábago, 2010). Este riesgo es mayor en el momento de confirmar el diagnóstico y en las fases tempranas de la enfermedad (Caballero, 2011)

La relación entre suicidio y enfermedad orgánica es significativa, así como se confirma que ciertas patologías físicas (cáncer, enfermedad cardiovascular, VIH, etc. están relacionadas con trastorno del estado de ánimo. La prevalencia de ideación suicida se aumenta en un 20% cuando se asocia a una enfermedad orgánica (Nizama, 2011).

b. Enfermedad Mental

En el 2010 la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) destacó la importancia sobre un aspecto relacionado con la dualidad enfermedad mental y suicidio, llamando la atención a todos los profesionales del área sobre la falta de diagnóstico encontrado en sujetos con tentativa o suicidio consumado. Reflejando que de la tasa mundial de suicidios, el 90% padece al menos una enfermedad mental que a menudo no ha sido diagnosticada ni ha recibido tratamiento, o que abusa del alcohol y/o drogas. Los trastornos más relacionados con el suicidio son el trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias y trastornos de personalidad, siendo el suicidio la primera causa de muerte prematura.

Al respecto los datos reflejan que las personas afectadas por una depresión mayor, presentan una probabilidad de riesgo suicida 20 veces superior frente a la población general. Hasta un 15% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 56% lo intentan al menos una vez en la vida. Las personas afectadas por un trastorno bipolar, presentan una probabilidad de riesgo suicida 15 veces superior frente a la población general. Hasta un 15% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 56% lo intentan al menos una vez en la vida. Las personas afectadas por esquizofrenia, presentan una probabilidad de riesgo suicida 9 veces superior frente a la población general. Hasta un 10% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 30% lo intentan al menos una vez en la vida. Así como las personas diagnosticadas por un trastorno de personalidad límite, presentan una probabilidad de riesgo suicida entre 4 y 8 veces superior frente a la población general. Hasta un 8% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 70% lo intentan al menos una vez en la vida (CAM, 2011).

c. Intentos suicidio previos

El 50% de los suicidas tienen antecedentes de tentativa de suicidio, el 20-25% son atendidos durante el año previo por autolesiones en algún centro hospitalario y se calcula que los intentos de suicidio son entre unas 8 y 25 veces más frecuente que los suicidios consumados. De ahí que sea fundamental dentro de una evaluación adecuada del paciente, tener en cuenta cualquier tipo de conducta anterior destinada a quitarse la vida o autolesionarse.

Algunos autores señalan que una tentativa de suicidio incrementa un 32% el riesgo de una tentativa posterior, siendo el riesgo de suicidio 100 veces superior al de la población general (López et al, 1993). Aún así, la mayoría de las personas que atentan contra su vida no reciben atención psiquiátrica y se especula que 3 de cada 4 personas que realizan tentativas de suicidio no son atendidas en los centros de salud (Diekstra, 1989).

d. Acontecimientos vitales estresantes

La influencia del estrés y de los acontecimientos vitales estresantes en la ideación y conductas suicidas, es algo ya aceptado. Se habla de la llamada “carrera suicida” como una mochila en la que la persona va acumulando sucesos negativos y estresantes, que se acumulan a lo largo de un periodo largo de tiempo y que finalmente actúan bien sobre la vulnerabilidad de la persona o a través de la producción de psicopatología.

e. Factores psicológicos y emocionales

Existen ciertos factores como la desesperanza, cuya influencia en la conducta suicida se ha constatado en diversos estudios, llegando a ser un factor cuya presencia permite predecir el riesgo suicida. Sin embargo, Elliot y Frude (2001) encontraron que las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas tenían un efecto mediador sobre este.

Otro factor que influye en la conducta suicida son ciertos factores de personalidad como el neuroticismo y la extraversión (Brezo et al., 2006). Así mismo, Everall, Altrows y Paulson (2006) encontraron que la capacidad de autocontrol cognitivo y emocional con un pensamiento positivo facilitaban la resiliencia ante los intentos de suicidio.

1.3.3. Factores Biológicos y Genéticos

El principal objetivo de la investigación biológica de la conducta suicida es determinar los marcadores biológicos que tengan mayor valor predictivo, para en última instancia determinar la relación entre los factores clínicos, psicosociales, genéticos y biológicos, y facilitar las intervenciones terapéuticas o preventivas.

Así, algunos autores plantean una alteración del sistema serotoninérgico, de tal manera que habría un incremento de algunos subtipos del receptor de serotonina al tiempo que una disminución de los metabolitos de dicho neurotransmisor (como por ejemplo el ácido 5-hidroxiindolacético) (Pandey, 2013). También se sugieren alteraciones en el mecanismo de señalización de los receptores serotoninérgicos, a través de la fosfoinositida y adenilciclase

(Pandey, 2013), o una excesiva actividad noradrenérgica (Van Heeringen, 2003). Otros trabajos apuntan hacia una alteración del sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal, los receptores de neurotrofinas o incluso mecanismos inmunes implicados (Pandey, 2013; Pompili, 2010), dejando abierto el campo de estudio de otros sistemas de neurotransmisores, como el glutamato o el GABA (Jaeschke,2011).

Otros estudios, han sugerido también anormalidades estructurales en la amígdala, dado que esta región está implicada en la ansiedad y la agresión, así como guía las respuestas apropiadas que deben emitirse en situaciones de peligro. (Gutiérrez et al, 2008).

Desde hace décadas se ha venido estudiando el papel de la influencia genética y la heredabilidad de las tendencias suicidas. Así, se ha observado que el riesgo de suicidabilidad puede transmitirse entre los miembros de una misma familia, independientemente de la presencia o no de enfermedad mental (Brendt, 2005). En relación con dicha tendencia, los familiares de primer grado de los sujetos que fallecen por suicidio tienen el triple de riesgo de realizar conductas suicidas, independientemente de que padezcan o no algún trastorno mental (Baldessarini, 2004); otros autores estiman un incremento de hasta 10 veces del riesgo de intentos y muertes por suicidio (Kim et al, 2005).

Los estudios con gemelos y adoptados también revelan una tendencia a la heredabilidad del continuo suicida más allá de los determinantes ambientales (Althoff et al., 2012; Zai et al.,2012). Así, se ha encontrado mayor riesgo de intentos y muertes por suicidio entre gemelos homocigóticos que heterocigóticos (Voracek, 2007), pudiendo variar las tasas al respecto entre 6 y 175 veces (Baldessarini, 2004), aunque la fuerza de los factores genéticos sobre los ambientales en este tipo de estudios no acaba de quedar bien establecida, como sucede con los trastornos depresivos (Linker et al, 2012; Smith et al, 2012). Los estudios sobre personas adoptadas siguen esta misma línea, de tal manera que se ha descrito un riesgo de muerte por suicidio entre los familiares biológicos de personas adoptadas fallecidas por suicidio de cuatro a seis veces mayor que en familiares biológicos de sujetos adoptados sin dicho antecedente (Brendt, 2005); algo parecido ocurre en el caso de los

intentos de suicidio (Petersen et al., 2013). La presencia de antecedentes de suicidio en la familia biológica de una persona adoptada se asocia con conductas suicidas en ésta incluso una vez se ajusta el riesgo a la presencia de trastornos mentales, lo cual indicaría una cierta independencia de la transmisión de la suicidabilidad (Brent, 2005); según algunos autores, dicha heredabilidad se podría atribuir hasta en un 43% a causas genéticas (Roy et al., 1995).

Así, si bien las cifras de atribución genética pueden ser discutibles dadas las dificultades metodológicas de los estudios al respecto (Taylor et al, 2013), se puede plantear que la heredabilidad genética juega un papel importante en la predisposición o vulnerabilidad hacia la conducta suicida. De esta forma, la herencia de la suicidabilidad estaría influida por al menos dos componentes: la propia transmisión de patología mental, por un lado, y, por otro, la carga genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores caracteriales relacionados con un mayor riesgo suicida (Brendt, 2005); el aislamiento social podría jugar un papel mediador entre estos componentes (Sorenson y Rutter, 1991). La interacción genes-factores ambientales y/o caracteriales podría tener que ver con la afectación funcional del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, clave en el desencadenamiento de las respuestas de estrés, aspecto que se ha identificado como afectado a nivel genético al menos en población clínica (Leszczynska-Rodziewicz et al., 2013; De Luca et al,2010). Sin embargo, la interacción entre factores hereditarios y ambientales en el continuo suicida es un campo de estudio que se halla lejos de estar completamente explorado (Mandelli et al, 2013).

En la relación genes-suicidio se apreciaría un efecto aditivo en el riesgo, de tal manera que la asociación familiar es mayor conforme más grave es la situación dentro del continuo suicida: así, la asociación es menor en la ideación, mayor en la planificación y mayor aún en los intentos y muertes por suicidio (Baldessarini, 2004), lo cual reforzaría aún más la validez cualitativa del continuo suicida como constructo.

1.3.4. Factores Sociofamiliares, Contextuales y Situacionales

a. Estado civil:

El suicidio es más frecuente en divorciados y viudos, siendo un factor protector muy potente frente a la conducta suicida tener hijos a su cargo (Canetto, 1998). Según Mingote et al (2004) el matrimonio protege del suicidio tanto en varones como en mujeres, datos que confirman las teorías de Durkheim el cuál destacó el papel de la familia y el estado civil en el impulso suicida, obteniéndose una mayor incidencia entre divorciados, solteros y viudos. No obstante, aunque estos datos se suelen mantener, existen tasas diferentes atendiendo a la zona geográfica. Un ejemplo de esto se obtiene en el estudio WHO /EURO donde se observó que en la zona norte de Europa existía una incidencia más elevada en mujeres y hombres divorciados que en viudos y viudas. Además, esta variable está directamente relacionada con otras variables como son el género y la edad, encontrando que la protección que supone estar casado desciende con la edad, sobre todo en mujeres (López, 1993). La asociación del estado de viudez o divorcio con el suicidio pudiera ser debida al aislamiento social que conlleva (Harris, 1981).

b. Situación laboral y económica:

Este es otro factor no menos importante y que dada la situación económica que se está viviendo actualmente, es de vital importancia como factor a tener en cuenta dentro de la prevención y mejor detección de personas en riesgo. La conducta suicida es más frecuente en los extremos del rango socioeconómico. En el estudio WHO/EURO (1982) se encontraron mayores tasas de intentos de suicidio en individuos desempleados y con menor nivel cultural. En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre situación laboral e intentos autolíticos, obteniendo en la muestra estudiada que había más mujeres estudiantes y amas de casa, junto con varones en paro y con incapacidad laboral permanente. Por otro lado, la asociación entre la precariedad laboral y el suicidio parece deberse a causas económicas y de apoyo social y familiar, las cuales producen una mayor vulnerabilidad a enfermedades

mentales (Ruiz – Pérez, 2006). Sin embargo, donde se ha obtenido una relación entre desempleo – suicidio ha sido en aquellos casos de desempleo prolongado, junto con presencia de trastornos mentales asociados y dificultades en relaciones interpersonales y sociales (Mingote et al, 2004).

Uno de los últimos estudios realizados dentro del marco del proyecto COURAGE llevado a cabo entre los años 2011 y 2012, y que incluyó muestras nacionalmente representativas de Finlandia (n = 1976), Polonia (n = 4071) y España (n = 4753), refleja que la prevalencia de ideas e intentos de suicidio en la población adulta española es, en el período entre julio de 2011 y mayo de 2012, similar a la detectada diez años antes. Por ello, no se puede concluir que el debut de la crisis económica haya influido en dicha prevalencia, aunque quizás sus efectos todavía no se hayan hecho del todo manifiestos.

c. Religión:

Por último, vamos a revisar un factor que determina notablemente el comportamiento suicida y que son las creencias religiosas. Se analizaron las tasas de suicidio en diferentes culturas diferenciando la religión predominante, encontrando que en países musulmanes donde la religión prohíbe el suicidio existía una tasa muy baja (0,1), en países de religión cristiana (11, 2), religión hindú (9,6), religión budista (17,9) y en países ateos presentaban tasas mucho más elevadas (25, 6) (Bertolote, 2002). El carácter protector de la religión puede ser debido a que tiene un aspecto facilitador de la integración y soporte social (Durkheim, 1992). Así mismo, uno de los últimos estudios realizados al respecto donde se realizó un metanálisis con nueve estudios, encontrando un efecto protector general de la religiosidad frente al suicidio consumado, así como revelaron de forma similar efectos protectores significativos para los estudios realizados en las culturas occidentales, en áreas con homogeneidad religiosa y entre la población mayor. Por tanto, los autores de este estudio concluyen que la religión juega un papel protector frente al suicidio en la mayoría de los ámbitos donde se investiga el suicidio. Sin embargo, este efecto varía en función del contexto cultural y religioso (Wu et al., 2015).

2. CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

2.1. Modelo de trabajo

SAMUR - Protección Civil como servicio de emergencia de la ciudad de Madrid, a partir de la necesidad de ofrecer una atención integral y multidisciplinar, crea en el año 2003 un modelo de trabajo pionero, donde la intervención del psicólogo cobra una especial relevancia dando cobertura a esta ciudad, atendiendo las emergencias psicológicas que surgen en el día a día, así como catástrofes o accidentes de múltiples víctimas. Dicho Servicio, que desde un principio desempeñaba una labor puramente sanitaria, consideró la necesidad de incorporar un equipo de seis psicólogos de emergencias que trabajarían en turnos de 24 horas todos los días del año, siendo así pioneros en formar un equipo multidisciplinar en el que se ofrecería una intervención médica y psicológica de forma paralela y continuada. Las funciones de este equipo de psicólogos son en primer lugar en el Área de Intervención Psicológica de Emergencia (diseñar procedimientos de intervención psicológica, intervenir en el operativo del Servicio en determinados sucesos traumáticos y seguimiento de los pacientes atendidos, coordinar las actuaciones del equipo de psicólogos voluntarios de Protección Civil, coordinación con otras Instituciones y actividades de docencia e investigación), en segundo lugar, en el Área de Intervención Psicosocial en Catástrofes y Desastres (diseñar y poner en marcha procedimientos de actuación en catástrofes o sucesos de gran magnitud) y en tercer lugar, Área de apoyo psicológico a los equipos intervinientes (sanitarios, bomberos y policía, principalmente).

Con este Modelo de Intervención Psicosocial de Emergencia cotidiana y Catástrofes, se da respuesta a los siguientes sucesos: accidentes de tráfico (atropellos, accidentes de moto, coche, autobús), parada cardiorrespiratoria, ideación o tentativa autolítica, suicidios consumados, crisis de ansiedad, agresiones sexuales, abuso o maltrato de menores, situaciones de riesgo social o maltrato de ancianos, violencia doméstica, arrollamiento de tren, huelga de hambre, comunicación de malas noticias y duelo, donantes, incendios,

intervinientes heridos, amenaza de bomba, atentados y sucesos de gran magnitud. El objetivo de la intervención es, en primer lugar, prestar ayuda al individuo que se encuentra en una situación de crisis, detectar posibles factores de riesgo de trastornos mentales y realizar lo antes posible una orientación hacia la red asistencial sanitaria de atención primaria, contribuyendo con su labor a la prevención en salud pública (Pacheco et al, 2008)

En este Servicio, debido a las características de las intervenciones y siguiendo ciertos criterios, se realizan a posteriori seguimiento de pacientes atendidos para conocer la evolución posterior tras la situación crítica vivida y en ocasiones, si es necesario, se informa a la persona de recursos especializados y /o de ayuda posterior.

El modelo de intervención psicológico empleado en el ámbito extrahospitalario está basado en los pilares de la intervención en crisis, dando respuesta a una “crisis psicológica” apoyando “in situ”, en el mismo lugar del suceso, a uno o varios individuos que ante un evento crítico y /o traumático pueden iniciar un proceso donde el individuo desarrolla un esfuerzo adaptativo que puede tener como resultado la entrada en una espiral de maladaptación dando lugar a largo plazo a diversos problemas psicológicos y físicos, o bien la resolución del problema y al desarrollo personal del individuo. Por ello, la intervención en crisis tiene su punto de partida después de un suceso traumático, antes de que la resolución final sea positiva o negativa.

Los principios de esta intervención psicosocial inmediata se han basado inicialmente en los principios descritos por Salmon en 1917 respecto a la reacción al estrés de combate y que posteriormente se han reformulado creando el Modelo BICEPS: *a) brevedad*: utilización de métodos breves y sencillos adaptados a la situación emocional de los afectados, *b) inmediatez*: intervenir lo más pronto posible, para evitar la aparición de síntomas o la cronificación de otros; *c) calidez*: a través de una actitud empática y escucha activa; *d) expectativas*: transmitir información positiva acerca de su capacidad de afrontamiento, potenciando así su autoestima; *e) proximidad*: actuar lo más cerca posible, desde el punto de vista físico, al lugar del evento para no estigmatizar a los afectados con su traslado a un centro de salud mental u hospital; y *f) simplicidad*: a través de permitir la expresión

emocional (dejar llorar, contacto físico, empleo de técnicas de respiración, etc.) (Pols y Oak, 2007).

Todo ello con el objetivo principal de trabajo de minimizar el impacto psicológico a corto plazo, facilitar un adecuado enfrentamiento a la situación crítica, evitando desorganización y apoyar o facilitar la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento ante situaciones potencialmente generadoras de estrés por su alto contenido emocional y disminuir la probabilidad de aparición de un trastorno psicopatológico en aquellas personas que han sido víctimas directas o indirecta en sucesos traumáticos e inesperados.

2.2. Urgencias Psiquiátricas en el ámbito extrahospitalario

En el mundo occidental la atención de las lesiones autoprovocadas es un problema clínico de gran envergadura, y en concreto, las urgencias psiquiátricas suponen un volumen muy importante dentro de la atención extrahospitalaria, siendo además en muchas ocasiones, uno de los primeros recursos donde se presta atención a una persona que comete un acto suicida.

En este ámbito, y en concreto en SAMUR – Protección Civil, dentro del último año 2014 y atendiendo a la codificación final de patología se han atendido 2.355 personas (1,7% del total) por patología psiquiátrica. Además de estos pacientes, se han atendido a 299 personas en casos de precipitación, 92 personas en casos de autolisis traumática, 43 personas en casos de arrollado de tren o metro, 322 personas en casos de intoxicación por fármacos o tóxicos y 69 personas en casos de autolisis no traumática.

En cuanto al ámbito de urgencias pueden servir como ejemplo las más de 100.000 urgencias anuales atendidas en el Reino Unido por este problema (Evans et al, 1996). De hecho, en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid se atienden entre 300 y 500 casos anualmente siendo una estimación realizada sobre los intentos recogidos en 6 meses en urgencias (Díaz-Sastre et al, 1997), en la Clínica Puerta de Hierro y en la Fundación Jiménez Díaz la situación es similar con una media de 1 a 2 intentos de suicidio atendidos diariamente por los que entre los tres centros atienden entre 900 y 1.200 intentos de suicidio

anualmente. Teniendo en cuenta que los 3 centros atienden alrededor del 25% de la Comunidad de Madrid, es fácil hacerse eco de la magnitud del problema. Añadir a esto la gran cantidad de recursos que estos pacientes consumen ya que muchos precisan ingreso hospitalario.

La puerta de entrada a una buena actuación con este tipo de pacientes es en la mayoría de las ocasiones a través de emergencias y urgencias. No hay que decir que el contacto de estos pacientes con el sistema sanitario es muy importante, tanto por la severidad de las lesiones que presentan como por la prevención de la repetición de la conducta (Hirschfeld et al, 1997). Una vez descartado el riesgo vital, lo más importante es realizar una correcta valoración psicopatológica, de cara a tomar las medidas que sean precisas para evitar que el paciente se autolesione (Chiles y Strosahl, 1995). A pesar de estos datos conocidos y bien contrastados, de la existencia de guías del manejo del paciente suicida en hospital general (Royal College of Psychiatrists, 1994; Hirschfeld et al, 1997) la calidad de la evaluación y manejo de estos pacientes es a menudo deficiente (Malone, 1995; Hughes et al, 1998), de ahí la importancia de formar a los profesionales y mejorar las herramientas de evaluación y/o cribado de riesgo suicida en un primer momento.

3. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

El suicidio es reconocido como un importante problema de salud pública como ya se ha expuesto y la fuente principal de muertes prevenibles a escala mundial. Desde hace más de 40 años, la OMS recomienda la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio, y así, en 1969 publicó un documento donde reconocía la importancia de encuadrar la prevención del suicidio en el campo de la salud pública y la necesidad de crear centros de prevención del suicidio en todos los países. De esta forma, en 1984, los países de la oficina regional de Europa de la OMS, incluyeron la reducción de la tasa de suicidios como objetivos de la política sanitaria (Van Der Feltz-Cornelis, 2011).

El proyecto SUPRE es una iniciativa de la OMS con el objetivo de reducir los suicidios y para ello se elaboraron una serie de documentos dirigidos a profesionales y grupos sociales relevantes en la prevención (profesionales de atención primaria, medios de comunicación, funcionarios de prisiones, docentes, supervivientes del suicidio y personal de emergencias como policías, bomberos y socorristas).

Así mismo desde la OMS se realizaron recomendaciones siendo las más relevantes (OMS, 2005): la existencia de programas de prevención específicos para grupos de riesgo, que los profesionales sanitarios deben estar capacitados para identificar el riesgo suicida, la necesidad de implementar políticas de evaluación de los programas y que los medios de comunicación deben estar implicados en la prevención del suicidio. Posteriormente, diferentes revisiones destacan las siguientes recomendaciones: limitar el acceso a medios letales (por ejemplo a fármacos), mejorar el acceso a los servicios sanitarios, identificación, tratamiento y seguimiento a personas con depresión y otros trastornos mentales, desarrollo de intervenciones comunitarias con adolescentes y mayores, mejorar la formación del personal sanitario y reducir los estigmas y mito sobre la enfermedad mental y suicidio. Un ejemplo de programa multinivel llevado a cabo es el Nuremberg Alliance Against Depression, con una reducción significativa de suicidios (Hegerl et al., 2010).

En comparación con otros países europeos, en España existe una muy escasa implementación de programas de tipo preventivo. No existe un Plan Nacional y las únicas iniciativas son locales. Tenemos varias iniciativas como el Programa de intervención intensiva en conducta suicida llevado a cabo con pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) (Pedreira, 2008; Pedreira, 2007), tras un intento de suicidio, que han necesitado o no ingreso hospitalario y que fueron posteriormente derivados para tratamiento ambulatorio y acudieron al menos a la primera consulta. Los resultados obtenidos son un 20,6% de los pacientes que recibe tratamiento convencional recaen frente al 10% del grupo de tratamiento intensivo. Los pacientes atendidos en el programa presentaron un riesgo menor 2,88 veces de recaída, esto es independiente del número de intentos previos, edad, sexo, necesidad de ingreso tras el intento índice y diagnóstico agregado. El tratamiento se distribuye en tres fases: una primera fase (sesiones 1 a 3) en la que se realiza una conceptualización cognitiva del caso (identificar creencias, pensamientos automáticos, emociones y conductas que surgen antes del intento autolítico) y se crea un plan de crisis; una segunda fase (sesiones 4 a 7), cuyo objetivo es la conducta autolítica, ayudar al paciente a desarrollar estrategias tanto cognitivas como conductuales para un mejor manejo del malestar, mejorar de esta forma su nivel de funcionamiento y afrontamiento a situaciones estresantes y modificar sus pensamientos y creencias disfuncionales para ayudar al paciente al manejo de la ideación autolítica en una situación de crisis y poder prevenir de este modo un intento autolítico. En la tercera fase (sesión 8-10) se trabaja la prevención de recaída (Reijas et al., 2013).

En segundo lugar, tenemos el Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS) desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona (Tejedor et al., 2011) que se desarrolló en cuatro fases entre septiembre de 2005 y diciembre de 2008. El programa compara los pacientes que realizan el programa en el sector de estudio con otros pacientes que han consultado por el mismo motivo y que residen en sectores diferentes, fuera del área de influencia del PPCS. Los resultados encontrados reflejan una significativa reducción de la recidiva de la conducta suicida (11% grupo PPCS y 32% grupo control) y de las hospitalizaciones (9,5% grupo PPCS y 18% grupo control) confirman la efectividad del PPCS; la información sanitaria realizada a través de medios audiovisuales, divulgando los

recursos de atención inmediata para las personas en riesgo, no provocó una “epidemia de tentativas de suicidio” ni una sobredemanda asistencial; entre los pacientes atendidos por conducta suicida que pertenecen al sector Dreta de l’Eixample hubo un porcentaje mucho mayor de ideas autolíticas que en el grupo control, debido posiblemente a que la fase del programa dirigida a la psicoeducación determinó la detección de dichas ideas en una fase más temprana, ya sea por la intervención de asistencia primaria o por la iniciativa de los pacientes o su familia; los resultados son indicativos de que la información razonada sobre el riesgo suicida facilita la petición de ayuda, así mismo, la mortalidad por suicidio no ha podido ser evaluada por la ausencia de datos estadísticos en cada sector de población.

En tercer lugar, se encuentra el Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) (Ministerio Sanidad, Política social e igualdad, 2013; Palao,2012) proyecto “Alianza Europea contra la Depresión (*European Alliance Against Depression*, EAAD)” es una red internacional de expertos que tiene por objetivo promover la atención de pacientes con depresión mediante programas de intervención comunitaria. El programa se basa en intervenciones comunitarias desarrolladas en cuatro niveles: cooperación con los médicos de atención primaria y pediatras (sesiones formativas); actividades de relaciones públicas, cooperación con los medios de comunicación local e implementación de programas escolares para estudiantes de 14-16 años de edad, folletos de información sobre la depresión y sesiones formativas para profesores; sesiones de formación de figuras clave (como trabajadores sociales, profesores, educadores, etc.) e intervenciones específicas en salud para grupos de alto riesgo. En este último grupo, se elaboró un programa de gestión telefónica que fue aplicado a 991 pacientes atendidos por tentativa de que consistió en un seguimiento telefónico regular durante un año. Se evaluó el tiempo transcurrido entre la primera y segunda tentativa y los cambios en la tasa anual de reintentos autolíticos respecto al año anterior y a la población control, que recibió el tratamiento habitual. Los resultados fueron clínicamente relevantes en la reducción de la tasa de pacientes que realizan un reintento autolítico, reduciéndose en un 8%. Así mismo, los pacientes que siguieron el programa de gestión telefónica tardaron más tiempo en cometer el siguiente reintento de suicidio en relación al año anterior que la población control en el mismo periodo.

En cuarto lugar, se dispone de los resultados del Programa de intervención con personas que han realizado intentos de suicidio en las Áreas de salud de Valladolid Este y Oeste (Ministerio Sanidad y Consumo, 2007). En este caso, el 90% de los pacientes derivados al programa aceptaron participar y el 10% restante padecía comorbilidad psicótica u obsesiva grave. Abandonaron el programa el 17,9% de los participantes, de los que el 25% eran transeúntes y carecían de residencia fija, por lo que su seguimiento era muy difícil. El 80% de los pacientes no tuvieron recaídas durante el período de seguimiento. El 23% fueron puesto en contacto en tratamiento estable con otros dispositivos del área. De ellos, la tercera parte acudió a un hospital de día, el 8,7% a una unidad de convalecencia y el 57,4% se puso en contacto con asociaciones de autoayuda.

Por último, y dentro del ámbito territorial donde se plantea el estudio que se va a detallar a continuación, existe el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid que tiene como único objetivo dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores. El Plan trata de avanzar en la humanización de la asistencia y en el rechazo a la estigmatización y a la discriminación de personas con trastornos mentales. Otras grandes prioridades son la prevención del suicidio y la seguridad del paciente en todos sus aspectos, y en especial en lo que se refiere a los tratamientos psicofarmacológicos. Dentro de la prevención de suicidio ya en el 2007 durante la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008, como acción complementaria se plantearon los siguientes objetivos generales: desarrollar acciones preventivas en los Servicios de Psiquiatría hospitalarios, ambulatorios y de rehabilitación psicosocial; facilitar apoyo directo en crisis; reducir el riesgo de suicidio en grupos vulnerables; reducir la disponibilidad y la letalidad de los métodos suicidas; actuar en los medios de comunicación e investigar sobre factores de riesgo prevenibles. Los objetivos específicos estaban constituidos por: protocolos de actuación en los servicios sanitarios, que incluya todo el trayecto del paciente; establecimiento de sistema de vigilancia de las tentativas de suicidio en colaboración con los Servicios de Emergencia (SUMMA, SAMUR – Protección Civil, Bomberos y Policía); formación del personal sanitario; acciones preventivas en el medio escolar y universitario; abordaje de la problemática en transporte ferroviario, puntos de defenestración y acceso de armas de fuego, y sensibilización de los medios de

comunicación. Para la consecución de dichos objetivos, se consideró necesario conocer la epidemiología de suicidios consumados y de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid, implantar un sistema de vigilancia epidemiológica de suicidio, implantar procedimientos clínicos normalizados de prevención de suicidio, desarrollar programas formativos destinados a la prevención de suicidio, reducir el acceso a medicación y fomentar la investigación en esta área. Los dos indicadores propuestos para medir la eficacia de este Plan se medirá a través de la tasa de altas por autolesiones y la tasa de mortalidad (CAM, 2010).

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad, el interés por el estudio del suicidio no ha decaído. De hecho, el análisis de los resultados de los estudios epidemiológicos, arroja cifras que revelan el suicidio como uno de los temas básicos de estudio para las instituciones sanitarias. Esto ya se mostró evidente cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la prevención del suicidio dentro de los objetivos de la estrategia “Salud para todos en el año 2000”.

Los dispositivos sanitarios de urgencias, tanto hospitalarios como los extrahospitalarios, reciben diariamente una gran cantidad de pacientes que han realizado una tentativa suicida o refieren ideación suicida, siendo así la puerta habitual de entrada en el sistema sanitario del paciente con ideación o conducta suicida, considerándose por ello fundamental el papel que juegan en la atención sanitaria de la conducta suicida.

La conducta suicida, de forma directa o indirecta, origina disfunción social, utilización de recursos sanitarios y discapacidad, acarreando enormes costes sociales y económicos (Czernin, et al., 2012). Es importante recordar que, aunque los intentos de suicidio previos son el mejor predictor de repetición y suicidio consumado (Oquendo et al., 2006) , una adecuada prevención y tratamiento puede reducir el riesgo (Mann et al., 2005).

En esta línea, el estudio pretende dar a conocer cuáles son las características de la población atendida en el ámbito extrahospitalario, con el fin de determinar qué factores predicen la conducta suicida, darlos a conocer a los profesionales que trabajan en este área y justificar la utilidad de un programa innovador de prevención en el ámbito extrahospitalario puesto en marcha en SAMUR-Protección Civil.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. OBJETIVOS

La presente investigación consta de dos estudios cuyo objetivo general es realizar un estudio epidemiológico que nos permita en primer lugar conocer la incidencia y las características del continuo suicida (ideación, tentativa y suicidio consumado) en la población madrileña atendida en el ámbito extrahospitalario, en segundo lugar, que permita establecer los factores psicosociales y clínicos que predicen la conducta suicida en esta población y en tercer lugar describir un programa preventivo de conducta suicida en ámbito extrahospitalario diseñado para la identificación y detección de riesgo.

En cuanto a los objetivos específicos del estudio son:

1. Cuantificar y analizar variables sociodemográficas de pacientes suicidas atendidos.
2. Evaluar las variables clínicas involucradas en la muestra de estudio.
3. Analizar la historia de suicidio y conducta actual de suicidio de los pacientes atendidos.
4. Analizar cuáles son los acontecimientos vitales que determinan la conducta suicida.
5. Evaluar el riesgo de suicidio presente en los pacientes atendidos
6. Analizar el grado de letalidad de la conducta suicida.
7. Identificar factores de riesgo en ideación, tentativa o suicidio consumado.
8. Describir el Procedimiento de Actuación Coordinada para la de Prevención de conducta suicida (Código 100) implementado en SAMUR – Protección Civil y la Fundación Jiménez Díaz.

3.2. HIPÓTESIS

En la realización del presente trabajo se plantean las siguientes hipótesis a verificar o rechazar:

Hipótesis 1: La conducta suicida atendida en el ámbito de estudio es mayor en varones.

Hipótesis 2: La población más atendida por conducta suicida en el ámbito de estudio es edad adulta y avanzada.

Hipótesis 3: La conducta suicida se da en un mayor porcentaje en personas con escaso apoyo social o apoyos inestables.

Hipótesis 4: La conducta suicida se da en mayor porcentaje en personas con antecedentes de salud (somáticos y psiquiátricos).

Hipótesis 5: La conducta suicida se da en mayor porcentaje en personas con problemas económicos y/o desempleo y problemas interpersonales.

Hipótesis 6: Las personas atendidas por ideación o tentativa suicida en el ámbito extrahospitalario presentan elevado riesgo de suicidio.

Hipótesis 7: Actuaciones preventivas de detección temprana de riesgo pueden disminuir la repetición de la conducta suicida y la mortalidad.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

El Estudio 1 es un estudio transversal consecutivo y el Estudio 2 es longitudinal.

4.2. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Emergencia Extrahospitalaria SAMUR – Protección Civil en la ciudad de Madrid desde Mayo 2010 a Agosto 2014.

El objetivo principal de este servicio es resolver rápida y eficazmente aquellas emergencias sanitarias que se produzcan en la vía pública dentro del término municipal de Madrid. Se rompe así con la heredada filosofía del "traslado" siendo sustituida por la de atención al paciente en el lugar del suceso y transporte sanitario asistido. Además, se asumen competencias relacionadas con la gestión y resolución sanitaria de las posibles catástrofes que puedan darse en la ciudad, y en ocasiones, si se requiere, se realizan intervenciones en domicilio atendiendo a procedimientos de actuación establecidos.

Actualmente el término municipal de Madrid tiene una extensión de 604,20 km² y una población de derecho de 3.293.601 habitantes, además de aquellas personas que por diferentes motivos acuden a la capital. En concreto, en el Servicio ha habido un total de 137.312 activaciones durante el año 2014.

4.3. Población

4.3.1. PRIMER ESTUDIO

La muestra total de estudio fueron 184 personas, atendiendo a los siguientes criterios de inclusión:

- Sujetos atendidos desde Mayo 2010 a Diciembre 2011 por un suceso codificado inicialmente como posible ideación, tentativa o suicidio consumado.
- Haber sido atendido por un Soporte Vital Avanzado.

- Que en el informe de asistencia viniera reflejado que era ideación suicida, tentativa de suicidio o suicidio consumado, eliminando los que se confirma in situ que son accidente laboral.

4.3.2. SEGUNDO ESTUDIO

Una vez analizado el perfil de pacientes atendidos por conducta suicida en emergencia extrahospitalaria, se diseñó un Procedimiento de Prevención en Conducta Suicida, denominado Código 100 y que se describirá más adelante.

La muestra total de este segundo estudio fueron 268 personas, atendiendo a los siguientes criterios de inclusión:

- personas atendidas desde el 1 de Enero del 2012 al 1 de Agosto de 2014.
- personas mayores de edad (18 años o más).
- pacientes cuyos traslados se realizan a la Fundación Jiménez Díaz (a partir de ahora FJD) como Código 100.
- pacientes cuyos traslados se deban a atenciones en las que ha intervenido una Unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA), quedando al margen los traslados por Unidad Psiquiátrica tras orden médica de otros servicios externos u órdenes judiciales.
- personas que verbaliza su ideación autolítica.
- personas que han realizado una tentativa autolítica (sin lesiones físicas o lesiones físicas leves pero que precisan tratamiento).

4.4. Instrumentos de Evaluación

4.4.1. PRIMER ESTUDIO

Para evaluar las variables necesarias para comprobar las hipótesis planteadas en el estudio se emplearon los siguientes instrumentos:

- Protocolo estructurado de recogida de datos (ANEXO 1), diseñada para la recogida de tipo de conducta suicida realizada, variables sociodemográficas, antecedentes médico-quirúrgicos, antecedentes psiquiátricos, historia de suicidio y valoración conducta suicida actual.

- Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), (Beck et al., 1979) (ANEXO 2), escala que debe ser cumplimentada por el profesional en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, y añaden una quinta sección, con dos ítems (20 y 21) en la que se indaga sobre antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no contabilizan en la puntuación global de la escala. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de intencionalidad suicida. Presenta una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96) y una fiabilidad inter examinador de 0.83. En cuanto a la validez, presenta una correlación del BBS con la Escala de Desesperanza de Beck (BDI): 0.25-0.75; y con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D):0.30. Cada ítem se puntúa de 0-2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems (como ya se ha indicado, 20 y 21 tienen solo valor descriptivo). El rango e puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio (Comeche et al,1995).

- Escala LRS, Lethality Rating Scale and Method attempt coding, (ANEXO 3) Esta escala establece la letalidad (el daño físico producido por el intento) para ocho posibles métodos comunes en los intentos de suicidio. La puntuación de letalidad en cada ítem tiene un rango que va desde cero (ningún daño o mínimo) a ocho (muerte). Se obtiene también una puntuación total con un rango 0 - 8, reseñando la letalidad

del método que mayor daño ha producido, en el caso de que se haya empleado más de un método de manera simultánea (Beck et al., 1974; García- Nieto et al.,2012)

- Escala de Riesgo y Rescate (RRS) (Weisman & Worden,1972) (ANEXO 4), mide desde una perspectiva médica, dos variables relacionadas con el intento suicida: el riesgo experimentado, que evalúa las circunstancias observables del intento suicida (método, alteración de conciencia, lesiones o toxicidad, reversibilidad de los daños y tratamiento requerido). La puntuación va desde menor a mayor riesgo; a mayor puntaje se considera que hubo mayor riesgo de muerte en el intento suicida. La segunda variable mide las circunstancias del rescate, evalúa las condiciones en las que fue encontrada la persona después de haber realizado el intento suicida (lugar, persona que inicia el rescate, probabilidad de ser descubierto, facilitación del rescate y tardanza en el descubrimiento). La puntuación va desde menor a mayor rescatabilidad; a mayor puntaje, mayor es la rescatabilidad del intento. El cuestionario puntúa entre 5 y 15 los factores del riesgo experimentados y entre 5 y 15 puntos los factores del rescate ocurrido. Estos puntajes se reúnen en un factor que va entre 17 y 83 puntos, quedando el tercio de los puntos más altos en mayor riesgo-rescate, los intermedios en riesgo-rescate medio y los bajos en riesgo-rescate bajo. Si el riesgo es alto y el rescate es bajo, se habla de un intento frustrado, lo cual implica mayor letalidad. Pero si el riesgo es bajo y el rescate es alto, se habla de un comportamiento autolesivo (Morales et al.,2014)

4.4.2. SEGUNDO ESTUDIO

Para evaluar las variables necesarias para comprobar las hipótesis planteadas en el estudio se emplearon los siguientes instrumentos:

- Escala de Valoración de Riesgo Suicida en el ámbito extrahospitalario compuesta a su vez por otros dos instrumentos (ANEXO 5):
 1. Escala MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (subescala suicidio), es una entrevista estructurada heteroaplicada y validada en España (Ferrando et al., 2000), dividida en módulos que corresponde a los principales diagnósticos

psiquiátricos. En su uso clínico no siempre es necesario aplicarla entera, ya que hay preguntas que dirigen al siguiente módulo cuando no se han cumplido los criterios iniciales del trastorno estudiado y su continuación resultaría improductiva. El objetivo de esta entrevista es la orientación diagnóstica. En el presente estudio se utilizó únicamente la subescala de suicidio, compuesta por 6 preguntas relacionadas con el riesgo suicida.

2. Escala SAD PERSONS (Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983), es una escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio que tiene que ser heteroaplicada. Los ítems tienen que ser cumplimentados por el profesional durante una entrevista semiestructurada y se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente, con una puntuación de 0 a 10, marcando la actuación a seguir con el paciente en función del riesgo.

4.5. Procedimiento

4.5.1. PRIMER ESTUDIO

En primer lugar se entregaron los protocolos estructurados de recogida de datos y escalas al personal del Servicio (médicos y psicólogos), los cuales se encargarían de cumplimentarlo en los casos de estudio.

El protocolo se cumplimentaría para todos los casos de ideación, tentativa y suicidio consumado, y en función del tipo de conducta suicida se emplearían las escalas:

- Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), en casos de ideación suicida.
- Escala Lethality Rating Scale and Method attempt coding (LRS) y Escala de Riesgo y Rescate (RRS), en casos de tentativa y suicidio consumado.

Todos los datos fueron trasladados a una base de datos y fueron tratados de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos vigente.

El diseño de estudio cuenta con la limitación que introduce el manejar documentación con datos recogidos por parte del profesional que atiende in situ al paciente. Podemos encontrar por tanto, con un sesgo de información por la falta de precisión y datos perdidos.

4.5.2. SEGUNDO ESTUDIO

Desde SAMUR – Protección Civil y la FJD, se elaboró el Procedimiento de Actuación coordinada para la prevención de suicidio (código 100) y se diseñó la Escala de Valoración del Riesgo Suicida en el ámbito extrahospitalario (ANEXO 5).

En España existen pocos programas de prevención de suicidio y de este modo el presente estudio quiere hacer visible una estrategia preventiva desarrollada entre ambos Servicios. Se trata de la implantación de un programa de evaluación y seguimiento para pacientes suicidas a partir del servicio de urgencias de un hospital terciario.

Una de las particularidades de este programa es la inclusión de pacientes atendidos por SAMUR- Protección Civil en lugares públicos. El Procedimiento de Actuación Coordinada para la Prevención del Suicidio (Código 100) tiene el objetivo fundamental de mejorar el pronóstico de los pacientes con autolesiones (tentativa suicida) o ideación suicida de los casos atendidos por el servicio de SAMUR-Protección Civil en la ciudad de Madrid, a través de la prevención secundaria, por medio de un procedimiento de actuación conjunta con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Fundación Jiménez Díaz. En este procedimiento se refuerzan los aspectos esenciales del cuidado inicial del paciente y su entorno garantizando la canalización del caso y la continuidad del tratamiento tras el alta hospitalaria conforme a un plan de actuación de salud mental a medio plazo, y con el fin de evitar la sensación de abandono o desesperanza en este proceso. Este protocolo será de aplicación a personas mayores de edad y afecta a todos aquellos pacientes cuyos traslados se deban a atenciones en las que ha intervenido una Unidad de Soporte Vital Avanzado

(SVA) (directamente o a requerimiento de una unidad de Soporte Vital Básico (SVB) o cualquier otra unidad del servicio) quedando al margen los traslados por Unidad de Psiquiatría tras orden médica de otros servicios externos u órdenes judiciales. Los traslados se comunican a la Central de Comunicaciones de SAMUR como Código 100 y ésta preavisará al psiquiatra de guardia de la Fundación Jiménez Díaz (Hospital de la Concepción) salvo constancia de paciente previamente atendido, valorado e informado por hospital como no susceptible de Código 100. Los datos del preaviso que se facilitarán son: paciente agresivo o no, alteración del nivel de conciencia (se acepta GCS de 14-15 sin existir razones orgánicas evidentes), resultado de la realización de la escala de detección del riesgo suicida de SAMUR-Protección Civil, voluntariedad del traslado, tiempo estimado de llegada al hospital. En caso de que el psiquiatra de guardia quisiera comunicarse para ampliar información puede recabarla de las unidades intervinientes a través de la Central.

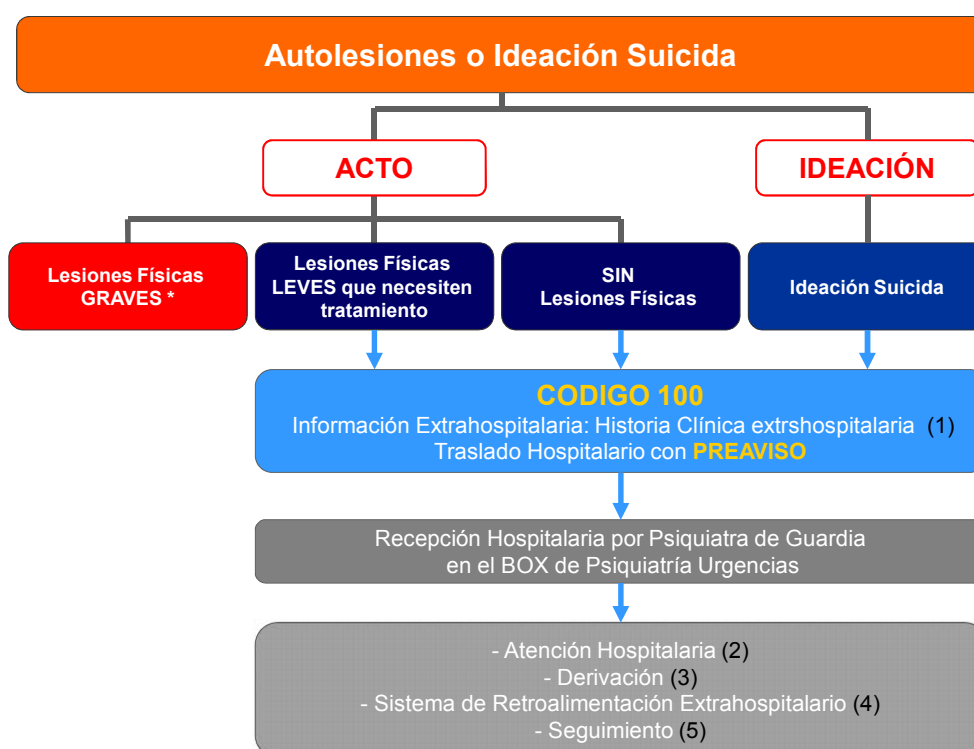


Figura 5. Procedimiento de Actuación coordinada para la prevención de suicidio (código 100)

El Procedimiento consta de diferentes etapas, cuyas características son las siguientes (Figura 5):

(1) Información requerida en la historia clínica extrahospitalaria

Se buscará recoger en la medida de lo posible la siguiente información en la historia clínica extrahospitalaria:

a. Datos de filiación

Debe incluir antecedentes médicos, antecedentes psicológicos/psiquiátricos (incluidos intentos previos) y tratamiento actual.

En la medida de lo posible se intentará obtener un teléfono u otro medio de contacto con los familiares más cercanos o las personas más próximas al paciente (importante para corroborar la información e investigar el soporte social disponible).

b. Exploración médica

Fundamentalmente dirigida a despistar la causa/afectación orgánica. Si hay evolución o lesiones orgánicas graves, actuar según procedimiento general específico. Si se trata de patología orgánica leve o ausente, se continúa con el código 100.

c. Circunstancias del suceso

Lugar en el que se encuentra el paciente, disponibilidad y letalidad de medios autolíticos (método) en caso de acto, y descripción, elaboración y decisión en el caso ideación, precipitantes o sucesos vitales estresantes y reacción tras el hecho. Se considera muy importante señalar "lo objetivo" de las circunstancias, así como recoger palabras "textuales" significativas del paciente.

d. Tipo de conducta: actitud ante llegada de servicios de emergencia (colaborador, negativista, opositorista, inquieto, agresivo, pasivo, etc.)

e. Consumo de sustancias y/o drogas en la actualidad (la ingesta de alcohol no invalida la realización de este código, siendo la percepción del riesgo autolítico por parte del médico lo que decida la inclusión o no).

f. Acompañantes/familiares (información histórica y actual).

g. Soporte social y familiar.

h. Escala de Valoración del Riesgo Suicida en el ámbito extrahospitalario (ANEXO 5).

i. Traslado voluntario o forzoso.

j. Especificar sedación usada si fuera precisa.

Los traslados se realizarán en SVA siendo el médico el responsable de la transferencia de información, que realizará directamente con el psiquiatra de guardia, ya preavisado por la Central de comunicaciones de SAMUR-PC. Se aportará la información de todos los intervinientes en la atención extrahospitalaria.

(2) Atención hospitalaria

A su llegada a urgencias se realiza el despistaje de patología orgánica o intoxicación por sustancias y en caso de existir cualquiera de estas circunstancias se derivaría para ser valorado por Medicina Interna en el servicio de urgencias. La evaluación del riesgo suicida en urgencias se realizará dentro de este Programa de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: a) ser mayor de 18 años, b) presentar ideación o conducta suicida en la evaluación inicial y c) aceptar participar, con la firma del consentimiento informado. Una vez en el servicio de urgencias, los sujetos que ingresan en el programa realizan una evaluación protocolizada, que incluye la recogida de: a) variables sociodemográficas, b) características de la conducta suicida, c) antecedentes personales y familiares de enfermedad mental y conducta suicida, d) un cuestionario de experiencias vitales (Brugha) (Brugha et al.,1985), e) la Escala de Ideación Suicida de Beck (Zhang et al.,2007) , y f) la versión española de la Escala de Impulsividad de Barratt (Patton et al.,1995). Para la evaluación diagnóstica en Eje I se aplica la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Ferrando et al.,1998). Para valorar patología en Eje II se emplea la versión española del Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE), versión DSM-IV (López Ibor, 1996). Todos los cuestionarios están disponibles en entorno web y pueden ser aplicados a través de internet (www.assessingsuicide.com). Este procedimiento ha sido aprobado por el comité de ética de la FJD.

(3) Derivación

Su objetivo es garantizar la continuidad en la atención. Apoyándose en la evaluación de riesgo aportada por SAMUR- PC y posteriormente reevaluado en Urgencias, se toma la decisión clínica de ingreso, alta o traslado a Hospital de referencia según el procedimiento

habitual. En cualquier caso, tras el alta hospitalaria se ofrece la posibilidad de una primera consulta ambulatoria en el plazo de 72 horas en el Centro de Salud Mental de Moncloa.

Si el paciente ya estaba en seguimiento o prefiere ser atendido en otro centro se mantiene únicamente el contacto telefónico para asegurar que la atención se realiza y transferir información sobre la situación clínica del paciente.

La atención ambulatoria especializada tiene dos funciones primordiales: 1) asegurar la continuidad de cuidados, y 2) garantizar un tratamiento adecuado y precoz de la enfermedad mental. El psiquiatra responsable coordina el plan de tratamiento con otros dispositivos (psicología clínica, enfermería, trabajo social) y ajusta la frecuencia de las sesiones en función del estado clínico del paciente. Asimismo se establece una terapia de grupo semanal orientada a mejorar el control conductual en un subgrupo de pacientes con rasgos impulsivos. El programa de atención ambulatoria intensiva o próxima se prolonga entre seis meses y un año. Tras este periodo, se asegura la transmisión al circuito habitual de salud mental.

(4) Sistema de retroalimentación extrahospitalario

Se informará a la FJD de los pacientes atendidos por SAMUR como Código 100 en el mismo día de la atención, de tal forma que se incluirán en base de datos, identificados con código ID y número de informe de SVA.

(5) Seguimiento de Pacientes

Los pacientes que estén de acuerdo serán incorporados al Programa de Prevención de Conductas Suicidas en Centro de Salud Mental Moncloa. Este programa se centrará en la intervención en crisis mediante terapia individual y grupal hasta que se consiga la estabilización del paciente y la reducción del riesgo autolítico. En ese momento se interrumpirá el seguimiento y se continuará la asistencia en el Centro de Salud Mental de referencia del paciente, previo contacto con el responsable clínico en dicho centro para informarle de su situación. Simultáneamente se realiza un seguimiento telefónico de los pacientes que han sido atendidos dentro del programa, independientemente de la atención

ambulatoria. Este seguimiento está orientado a la detección de nuevas conductas suicidas y se realiza mediante un protocolo de contacto a las 72 horas, al mes, a los seis meses y al año de haber presentado ideación o conducta suicida. El personal administrativo encargado de contactar con los pacientes ha sido entrenado para recoger información acerca de las conductas suicidas y el seguimiento en salud mental, y para fomentar la continuidad de cuidados de los pacientes.

Este procedimiento se distribuyó el Procedimiento para el conocimiento de los profesionales de SAMUR – Protección Civil y Fundación Jiménez Díaz y se puso en marcha en Enero de 2012. Posteriormente, se recogieron las Escalas realizadas que se pasarían a la base de datos Access (ANEXO 6) creada para ello y se cruzaron con la Base de Datos de Código 100 de la Fundación Jiménez Díaz. Todos los datos fueron trasladados a una base de datos y fueron tratados de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos vigente

4.6. Análisis Estadístico

4.6.1. PRIMER ESTUDIO

En primer lugar se llevaron a cabo análisis de frecuencias y descriptivos para la caracterización de la muestra. En concreto se obtuvieron frecuencias y descriptivos de sus datos sociodemográficos, de su salud, referentes a su historia de suicidio y conducta suicida actual, así como de la frecuencia en la que se presentaron los acontecimientos vitales descritos Brugha dentro de la muestra. También se analizaron las frecuencias y descriptivos de las escalas cuantitativas SSI, RRS y LRS utilizando los datos de baremación extraídos de la literatura. Después se utilizó la prueba *t de student* para comprobar si había diferencias en las escalas cuantitativas utilizadas en función del sexo, la presencia de un trastorno psiquiátrico previo, la ocurrencia de algún acontecimiento vital de Brugha, el consumo de sustancias, los antecedentes familiares de suicidio y algunos componentes de la valoración actual de la conducta de suicidio. En aquellos casos donde se quiso comprobar la diferencia de medias entre más de dos grupos (grupos de edad, estado

civil, soporte social, situación laboral y convivencia) se realizó el *test ANOVA para un solo factor*. Para conocer cuáles eran los grupos entre los que había diferencias, se llevó a cabo el test de pares Gabriel, una prueba post-hoc indicada para aquellas situaciones en las que el tamaño de las diferentes categorías es diferente. Para comprobar el tamaño del efecto se utilizó la *d* de Cohen (1988) y los criterios establecidos por dicho autor para valorar la magnitud del efecto: $d = 0,2$ (pequeño); $d = 0,5$ (mediano); $d = > 0,80$ (grande).

Más tarde, para conocer la asociación entre las distintas variables independientes (i.e. variables sociodemográficas, acontecimientos vitales, antecedentes médicos y psiquiátricos, factores de la historia de suicidio) y el tipo de conducta de suicidio se llevaron a cabo sendos análisis de distribución de frecuencias conjuntas empleando tablas de contingencia y utilizando el estadístico de contraste Chi-cuadrado y la V de Cramer's para valorar la fuerza de la asociación. En aquellos casos donde el contraste fue significativo, se describieron las frecuencias y porcentajes concretos. Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión logística multinominal para analizar la forma en la que las variables sociodemográficas y los distintos tipos de acontecimientos vitales podían predecir la pertenencia de los participantes a los diferentes tipos de conducta de suicidio. La categoría de referencia fue la ideación suicida. También se analizó si las escalas RSS Y LRS podían predecir el suicidio consumado.

4.6.2. SEGUNDO ESTUDIO

De la misma manera que en el Estudio 1, se comenzó llevando a cabo un análisis de frecuencias y descriptivos para la caracterización de la muestra. En concreto se obtuvieron frecuencias y descriptivos de los datos referentes a la conducta suicida de los pacientes atendidos, sus antecedentes orgánicos y psicológicos, en relación a su comportamiento ante la actuación llevada a cabo por las unidades asistenciales de SAMUR, de los datos procedentes de la valoración que se les hizo en urgencias y por último de los datos referentes a su seguimiento.

Después, para conocer la asociación principalmente entre el sexo, el apoyo social y nivel de riesgo con el resto de variables se llevaron a cabo sendos análisis de distribución de frecuencias conjuntas empleando tablas de contingencia y utilizando el estadístico de contraste Chi-cuadrado y la V de Cramer's para valorar la fuerza de la asociación. En aquellos casos donde el contraste fue significativo, se describieron las frecuencias y porcentajes concretos.

Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria para analizar la forma en la que la puntuación de la Escala SAD PEARSON podía predecir la repetición de la conducta de suicidio de los usuarios.

V. RESULTADOS

5.1. ESTUDIO 1

Caracterización de la muestra

- **Datos sociodemográficos**

La muestra total recogida se compone de 184 personas, la mayoría de ellas de sexo masculino (60,9%), con una edad media de 44,62 años ($SD = 18,94$), abarcando desde los 13 a los 96 años, procedentes en su mayoría de España (82,6%), solteros (39,1%) y de etnia caucásica (76,6%). El porcentaje de personas procedente de otros países fue bajo (12,5%) con una permanencia media en España de 10,14 años. Como se puede ver en la tabla 1, en su mayoría las personas tenían un buen apoyo social (56,5%), aunque una parte importante mantenían apoyos inestables (14,7%) o ningún apoyo (9,2%). Respecto al estado civil, encontramos un mayor porcentaje de solteros 39,1%, seguido de 33,2% de casados, 13% separados o divorciados y 5,4% de viudos. En cuanto a la convivencia, el mayor grupo lo formó aquellos que vivían con su cónyuge o pareja (25,5%), seguido del grupo de personas que vivían solas (13,6%). Un 68,3% tenía hijos. Destaca el escaso número de personas con conducta suicida que se encontraban residiendo en una institución. El porcentaje entre personas activas laboralmente y desempleadas fue similar (23,4%), sin embargo, se encuentra que en el momento de la atención había también un 15,2% de personas estaban en una situación de baja laboral o incapacidad y un 13,6% jubiladas.

- **Datos relacionados con la salud**

Del total de pacientes de los que se pudo obtener información in situ, la mayoría de sujetos no presentó ningún antecedente somático (35,3%), mientras que un 18,4% si lo presentó (ver tabla 2 – para más detalle). Un 12,5% presentaban una enfermedad crónica y sólo un 6,5% había sufrido una dolencia en el último año. Destaca el alto porcentaje de personas con un trastorno psiquiátrico previo (60,9%) y un 31% ya había sido ingresado previamente por esta causa. En cuanto al tipo de trastorno (ver tabla 2), destaca por encima de los otros, los trastornos relacionados con el estado del ánimo (32,1%), seguido de los trastornos relacionados con las sustancias (10,3%) y los trastornos psicóticos (9,2%). Un 18,5% no

estaba actualmente bajo tratamiento de ningún tipo en relación con el trastorno psiquiátrico, aunque en su mayoría si recibía tratamiento psiquiátrico (21,7%) o mixto (25,5%).

Tabla 1. *Características sociodemográficas de la muestra*

Variables	N	%	M	SD
Sexo				
<i>Hombre</i>	112	60,9		
<i>Mujer</i>	71	38,6		
<i>Perdidos</i>	1	0,5		
Edad			44,62	18,94
Nacionalidad				
<i>España</i>	152	82,6		
<i>Colombia</i>	2	1,1		
<i>Ecuador</i>	3	1,6		
<i>Perú</i>	2	1,1		
<i>Rumania</i>	2	1,1		
<i>Otros</i>	14	7,6		
<i>Perdidos</i>	9	4,9		
Años en España			10,14	5,17
Etnia				
<i>Caucásica/Blanca</i>	141	76,6		
<i>Gitana</i>	1	0,5		
<i>Negra</i>	3	1,6		
<i>Asiática</i>	1	0,5		
<i>Hispanoamericana</i>	11	6,0		
<i>Perdidos</i>	27	14,7		
Estado Civil				
<i>Soltero</i>	72	39,1		
<i>Casado</i>	61	33,2		
<i>Separado/Divorciado</i>	24	13,0		
<i>Viudo</i>	10	5,4		
<i>Perdidos</i>	17	9,2		
Número de hijos			1,27	1,16
Soporte Social				
<i>Ninguno</i>	17	9,2		
<i>Apoyos inestables</i>	27	14,7		
<i>Buen entorno social</i>	104	56,5		
<i>Perdidos</i>	36	19,6		

Tabla 1. C. Sociodemográficas (cont.)

Convivencia		
<i>Padre</i>	4	2,2
<i>Madre</i>	16	8,7
<i>Hijos</i>	18	9,8
<i>Hermanos</i>	3	1,6
<i>Familiares</i>	9	4,9
<i>Cónyuge/pareja</i>	47	25,5
<i>Amigos</i>	7	3,8
<i>Sólo</i>	25	13,6
<i>Institución</i>	3	1,6
<i>Sin domicilio</i>	5	2,7
<i>Pareja+Hijos</i>	10	5,4
<i>Padre/Madre+Hermanos</i>	9	4,9
<i>Padre y Madre</i>	5	2,7
<i>Padre/Madre+Hijos</i>	3	1,6
<i>Familiares+Institución</i>	1	0,5
<i>Perdidos</i>	19	10,3
Situación Laboral		
<i>En activo</i>	43	23,4
<i>Baja laboral</i>	19	10,3
<i>Desempleo</i>	43	23,4
<i>Invalidez permanente</i>	6	3,3
<i>Invalidez temporal</i>	3	1,6
<i>Jubilado</i>	25	13,6
<i>Estudiante</i>	6	3,3
<i>Perdidos</i>	39	21,2

Nota: N=184

Tabla 2. Características relacionadas con la salud de la muestra.

VARIABLES	N	%
Antecedentes somáticos		
<i>Ninguno</i>	65	35,3
<i>Cardiovasculares</i>	9	4,9
<i>Respiratorios</i>	2	1,1
<i>Neurológicos</i>	5	2,7
<i>Digestivos</i>	7	3,8
<i>Infeciosos</i>	2	1,1
<i>VIH</i>	2	1,1
<i>Dermatológicos</i>	1	0,5
<i>Cáncer</i>	2	1,1
<i>Neoplasia</i>	1	0,5
<i>Traumatológicos</i>	3	1,6
<i>Perdidos</i>	85	46,2

Tabla 2. Características relacionadas con la salud de la muestra (cont.)

Presencia de enfermedad actualidad		
<i>Último año</i>	12	6,5
<i>Crónica</i>	23	12,5
<i>Ninguna</i>	149	81,0
Tratamiento somático actual		
<i>Si</i>	10	5,4
<i>No</i>	28	15,2
<i>Perdidos</i>	146	77,7
Ingreso previo por causa médica		
<i>Si</i>	18	9,8
<i>No</i>	34	18,5
<i>No sabe/No conoce</i>	6	3,3
<i>Perdidos</i>	126	68,5
Trastorno psiquiátrico previo		
<i>Si</i>	112	60,9
<i>No</i>	42	22,8
<i>Perdidos</i>	30	16,3
Ingreso psiquiátrico previo		
<i>Si</i>	57	31
<i>No</i>	47	25,5
<i>Perdidos</i>	80	43,5
Tipo trastorno psiquiátrico		
<i>Trastorno inicio en infancia niñez o adolescencia</i>	3	1,6
<i>Delirium demencia trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos</i>	2	1,1
<i>Trastornos relacionados con sustancias</i>	19	10,3
<i>Esquizofrenia y trastornos psicóticos</i>	17	9,2
<i>Trastornos del estado de ánimo</i>	59	32,1
<i>Trastornos de ansiedad</i>	6	3,3
<i>Trastornos sexuales o de la identidad sexual</i>	1	0,5
<i>Trastornos de la conducta alimentaria</i>	4	2,2
<i>Trastorno del control de impulsos</i>	1	0,5
<i>Trastornos adaptativos</i>	1	0,5
<i>Trastornos de la personalidad</i>	11	6,0
<i>Abuso sexual/maltrato</i>	1	0,5
<i>Perdidos</i>	59	32,1
Tipo tratamiento		
<i>Psiquiatra</i>	40	21,7
<i>Psicólogo</i>	3	1,6
<i>Médico Cabecera</i>	9	4,9
<i>Mixto</i>	47	25,5
<i>Otros</i>	2	1,1
<i>Ninguno</i>	34	18,5
<i>Perdidos</i>	49	26,6
Consumo de sustancias actual		
<i>Si</i>	48	26,1
<i>No</i>	79	42,9
<i>Perdidos</i>	57	32,0

Tabla 2. Características relacionadas con la salud de la muestra (cont.)

Tipo de sustancia que consume		
<i>Tabaco</i>	4	2,2
<i>Alcohol</i>	28	15,2
<i>Cannabis</i>	2	1,1
<i>Heroína</i>	1	0,5
<i>Cocaína</i>	9	4,9
<i>Perdidos</i>	140	76,1

- **Datos relacionados con la historia de suicidio**

En la tabla 3 se puede observar que de todas las personas de las que fue posible obtener el dato, el 10,3% presentaba antecedentes familiares de algún tipo de conducta suicida y un 45,1% de los pacientes presentaban tentativas anteriores frente al 37,5% que no. Entre aquellos que ya lo intentaron, un 19,6% lo había intentado una vez (un 15,8% en los últimos 12 meses) y un 5,4% dos veces, siendo la edad media del primer intento los 38,51 años de media ($SD = 20,71$; rango 9-83 años). Entre los datos que se pudieron obtener, el intento más letal a nivel general fue la defenestración (10,9%), seguido de la intoxicación con fármacos o drogas sedantes (8,7%), aunque fue ésta última el método más frecuente entre aquellos que presentaron conducta suicida en los últimos 12 meses (10,3%). Para el caso de la tentativa de suicidio, en esta muestra existen un promedio de 1,28 hombres por cada mujer (41/32), y un promedio de 2 hombres por cada mujer (54/27) en el caso del suicidio consumado. En el caso de la ideación suicida, existe un promedio de 1,08 de hombres por cada mujer (13/12).

Tabla 3. *Historia de suicidio de la muestra*

	N	%	M	SD
Antecedentes familiares de suicidio				
<i>Si</i>	19	10,3		
<i>No</i>	63	34,2		
<i>No sabe/No contesta</i>	63	34,2		
<i>Perdidos</i>	39	21,2		
Intentos previos				
<i>Si</i>	83	45,1		
<i>No</i>	69	37,5		
<i>No sabe/No contesta</i>	12	6,5		
<i>Perdidos</i>	20	10,9		
Número de intentos previos			0,58	1,24
<i>Una vez</i>	36	19,6		
<i>Dos veces</i>	10	5,4		
<i>Tres o más veces</i>	11	6,0		
<i>Perdidos</i>	1	0,5		
Edad del primer intento			38,51	20,71
Número de intentos en los últimos 12 meses			0,36	0,93
<i>Ninguna</i>	143	77,7		
<i>Una vez</i>	29	15,8		
<i>Dos veces</i>	4	2,2		
<i>Tres o más veces</i>	7	3,8		
<i>Perdidos</i>	1	0,5		
Método últimos 12 meses				
<i>Intoxicación por fármacos o drogas con efectos sedantes</i>	19	10,3		
<i>Intoxicación por fármacos o drogas sin efectos sedantes</i>	4	2,2		
<i>Armas de fuego</i>	1	0,5		
<i>Ahogamiento</i>	1	0,5		
<i>Cortes o heridas incisivas</i>	10	5,4		
<i>Defenestración</i>	3	1,6		
<i>Ahorcamiento</i>	1	0,5		
<i>Otros</i>	2	1,1		
<i>Perdidos</i>	143	77,7		
Intento más letal				
<i>Intoxicación por fármacos o drogas con efectos sedantes</i>	16	8,7		
<i>Intoxicación por fármacos o drogas sin efectos sedantes</i>	4	2,2		
<i>Armas de fuego</i>	2	1,1		
<i>Autoinmolación o incendio</i>	1	0,5		
<i>Ahogamiento</i>	1	0,5		

Tabla 3. *Historia de suicidio de la muestra (cont.)*

Intento más letal

<i>Cortes o heridas incisivas</i>	8	4,3
<i>Defenestración</i>	20	10,9
<i>Ahorcamiento</i>	2	1,1
<i>Arrojarse al tren o metro</i>	1	0,5
<i>Perdidos</i>	129	70,1

- **Datos relacionados con los acontecimientos vitales previos**

En la tabla 4 también podemos observar el número de sujetos que sufrieron alguno de los acontecimientos vitales descritos por Brugha y Cragg (1990). El porcentaje más alto lo encontramos en el acontecimiento de haber sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave en los últimos 6 meses (39,7%), seguido de problemas graves con amigos y familia (12,5%) y problemas económicos graves (11,4%).

Tabla 4. *Frecuencia de acontecimientos vitales según Brugha*

	N	%
Enfermedad propia		
<i>Si</i>	73	39,7
<i>No</i>	63	34,2
Enfermedad familiar		
<i>Si</i>	5	2,7
<i>No</i>	132	71,7
Muerte familiar		
<i>Si</i>	8	4,3
<i>No</i>	129	70,1
Separación		
<i>Si</i>	7	3,8
<i>No</i>	125	67,9
Fin relación estable		
<i>Si</i>	12	6,5
<i>No</i>	125	67,9
Problemas con amigos/familia		
<i>Si</i>	23	12,5
<i>No</i>	114	62
Desempleo		
<i>Si</i>	11	6,0
<i>No</i>	126	68,5
Despido		
<i>Si</i>	8	4,3
<i>No</i>	129	70,1

Tabla 4. *Frecuencia de acontecimientos vitales según Brugha (cont.)*

Problemas económicos		
<i>Si</i>	21	11,4
<i>No</i>	116	63,0
Problemas legales		
<i>Si</i>	7	3,8
<i>No</i>	130	70,7
Sufrir robo/pérdida		
<i>Si</i>	2	1,1
<i>No</i>	135	73,4

Nota: N=137

- **Datos relacionados con la conducta de suicidio actual**

En cuanto a los datos referentes a la valoración de la conducta de suicidio actual, en la tabla 5 podemos observar que la mayoría de la muestra consumó el suicidio (42,9%), un 31% lo intentó, un 12% presentaban ideación y un 6% planificación sin tentativa. La mayoría no tomó ninguna precaución para su descubrimiento (60,9%), estuvo sólo todo el tiempo (49,5%), no fue interrumpido (57,1%), presentaban intención de repetir (13%) y no había comunicado su intención de hacerlo previamente (45,7%). En su mayoría la conducta de suicidio presentaba un desencadenante (53,3%), generalmente relacionado como se comenta más arriba con la presencia de problemas graves con los amigos y/o la familia y con la presencia en los últimos 6 meses de una enfermedad o lesión grave. En un 12% de los casos se tuvo conocimiento por parte del servicio de emergencias de que había dejado una nota suicida.

Tabla 5. Valoración conducta suicida actual de la muestra

	N	%
Deseo de muerte actual		
<i>Ideación</i>	22	12,0
<i>Plan</i>	11	6,0
<i>Intento</i>	57	31,0
<i>Suicidio consumado</i>	79	42,9
<i>Perdidos</i>	15	8,2
Precauciones contra descubrimiento		
<i>Si</i>	35	19
<i>No</i>	112	60,9
<i>No sabe/No contesta</i>	5	2,7
<i>Perdidos</i>	32	17,4
Estuvo sólo todo el tiempo		
<i>Si</i>	91	49,5
<i>No</i>	62	33,7
<i>No sabe/No contesta</i>	2	1,1
<i>Perdidos</i>	29	15,8
Interrumpido		
<i>Si</i>	31	16,8
<i>No</i>	105	57,1
<i>No sabe/No contesta</i>	5	2,7
<i>Perdidos</i>	43	23,4
Intención de repetir		
<i>Si</i>	24	13,0
<i>No</i>	23	12,5
<i>No valorado</i>	37	20,1
<i>Perdido</i>	100	54,3
Comunicación de intención antes		
<i>Si</i>	46	25,0
<i>No</i>	84	45,7
<i>No conocido</i>	15	8,2
<i>Perdidos</i>	39	21,2
Presencia nota suicida		
<i>Si</i>	22	12,0
<i>No</i>	118	64,1
<i>No conocido</i>	11	6,0
<i>Perdidos</i>	33	17,9
Desencadenante		
<i>Si</i>	98	53,3
<i>No</i>	6	3,3
<i>No conocido</i>	29	15,8
<i>Perdidos</i>	51	27,7

Tabla 5. *Valoración conducta suicida actual de la muestra (cont.)*

Tipo de desencadenante		
<i>Enfermedad propia</i>	25	13,6
<i>Enfermedad familiar</i>	2	1,1
<i>Muerte familiar</i>	3	1,6
<i>Separación/fin relación estable</i>	7	3,8
<i>Problemas con amigos/familia/pareja</i>	30	16,3
<i>Despido</i>	3	1,6
<i>Problemas económicos</i>	5	2,7
<i>Problemas legales</i>	2	1,1
<i>Sufrir robo o pérdida</i>	1	0,5
<i>Varios problemas de los anteriores</i>	10	5,4
<i>Desesperanza</i>	2	1,1
<i>Perdidos</i>	94	51,1

En cuanto a los datos referentes a la nota suicida, el mayor porcentaje lo encontramos en los grupos que tuvieron tentativa y consumaron el suicidio (35,4% y 34,7% respectivamente). Entre todos aquellos que presentaron tentativa autolítica, el porcentaje de personas que sí dejó nota suicida fue de 12,9% (frente al 83,9% que no dejó nota), y en el caso del suicidio consumado de un 18,3% (frente a un 71,8% que no dejó nota). Considerando solo aquellos que si dejaron nota de suicidio, fue el grupo de suicidio consumado los que mayor porcentaje mostraron (59,1%).

Atendiendo a los datos procedentes de las escalas cuantitativas (SSI, RRS y LRS), se realizó un análisis de frecuencias utilizando los datos de baremación extraídos de la literatura, con la intención de conseguir una mejor descripción de la conducta de suicidio de los sujetos que conformaron la muestra.

En referencia a la Escala de Ideación Suicida de Beck que fue cumplimentado con los casos de ideación autolítica (N=25), los datos de baremación de dicha escala (ver tabla 6) nos permiten concluir que como podemos observar en la tabla 7, un 44% de personas presentaron un riesgo muy alto de ideación suicida traducido en un elevado riesgo de cometer el suicidio.

Tabla 6. Baremación de la escala SSI de Beck

Riesgo muy alto	> 16
Riesgo elevado	10-15
Riesgo medio	8-10
Riesgo bajo	1-7

Tabla 7. Frecuencias obtenidas en la Escala SSI

Tipo de riesgo	N	%
<i>Riesgo muy alto</i>	11	44
<i>Riesgo elevado</i>	2	8
<i>Riesgo medio</i>	2	8
<i>Riesgo bajo</i>	3	12
<i>Ninguno</i>	7	28

En el caso de la RRS (Weisman y Worden, 1972) que fue administrada en casos de tentativa y suicidio consumado, debemos tener en cuenta que si el riesgo es alto y el rescate es bajo, se habla de un intento frustrado, lo cual implica mayor letalidad. Pero si el riesgo es bajo y el rescate es alto, se habla de un comportamiento autolesivo. A mayor puntuación, mayor probabilidad de repetir el intento (ver tabla 8). En concreto, si la probabilidad es superior al 44%, se habla de una probabilidad elevada.

Tabla 8. Baremación de la Escala de Riesgo-Rescate (Weisman y Worden, 1972)

Riesgo	Rescate	Razón riesgo rescate
<i>Riesgo Bajo (5-6)</i>	<i>Muy rescatable (14-15)</i>	
<i>Riesgo Bajo-Moderado (7-8)</i>	<i>Rescate alto-moderado (12-13)</i>	<i>Puntuación de riesgo</i>
<i>Riesgo Moderado (9-10)</i>	<i>Rescate moderado (10-11)</i>	----- $\times 100$
<i>Riesgo Moderado-Alto (11-12)</i>	<i>Rescate moderado-bajo (8-9)</i>	<i>Puntuación de riesgo</i>
<i>Riesgo Alto (13-15)</i>	<i>Poco rescatable (5-7)</i>	+
		<i>Puntuación de rescate</i>

En la muestra de este estudio, se obtuvo que un 24,5% de los individuos tenía un riesgo alto (ver tabla 9), mientras que un 22,6% presentó un riesgo bajo.

Tabla 9. Frecuencias obtenidas en la subdimensión Riesgo de la RRS

Tipo de riesgo	N	%
<i>Riesgo Bajo</i>	36	22,6
<i>Riesgo Bajo-Moderado</i>	34	21,4
<i>Riesgo Moderado</i>	14	8,8
<i>Riesgo Moderado-Alto</i>	12	7,5
<i>Riesgo Alto</i>	39	24,5
<i>Perdidos</i>	24	15,1

En la tabla 10 también podemos observar que un 6,3% de personas obtuvieron una puntuación de muy rescatables, aumentando el porcentaje en las categorías intermedias (25,2% rescate alto moderado; 33,3% rescate moderado y 13,2% rescate moderado-bajo) y siendo inferior en el caso de poco rescatables (6,3%).

Tabla 10. Frecuencias obtenidas en la subdimensión Rescate de la RRS

Tipo de rescate	N	%
<i>Muy rescatable</i>	10	6,3
<i>Rescate alto-moderado</i>	40	25,2
<i>Rescate moderado</i>	53	33,3
<i>Rescate moderado-bajo</i>	21	13,2
<i>Poco rescatable</i>	10	6,3
<i>Perdidos</i>	25	15,7

En cuanto a la razón riesgo/rescate, se calculó que un total de 68 individuos (37% de la muestra) tenía una alta probabilidad de repetir el intento de suicidio ($> 0,44$), mientras 64 individuos (34,5%) tuvieron una probabilidad menor ($< 0,44$). Del resto (17,0%) no se pudo obtener esta información en la recogida de datos.

Por último, en cuanto a la Escala de Letalidad Objetiva, teniéndose en cuenta que un punto de corte de 2 distingue entre letalidad alta y baja (Beck, Resnik, y Lettieri 1974), en la muestra se obtuvo que 97 personas (61,0%) presentaron una alta letalidad (> 2), mientras que 12 personas (7,5%) presentaron baja letalidad (< 2) y 49 personas ninguna (30,8%).

Diferencias entre grupos

Como se muestra en la tabla 11, en referencia a la escala de letalidad, hubo diferencias significativas entre los grupos en el caso de haber sido interrumpido ($t = 11,5, p <,001, d = 1,75$) y la intención de repetir ($t = 4,90, p <,001, d = 1,44$), siendo la magnitud de las diferencias grande. En concreto las personas que no fueron interrumpidas mostraron mayor letalidad que aquellas que si lo fueron ($M = 6,16 > M = 0,58$), así como en el caso de las personas que no tenían intención de repetir ($M = 7,17 > M = 0,71$). En ambos casos no se asumieron varianzas iguales ($F = 21,31, p <,001; F = 8,61, p <,01$, respectivamente).

En el caso de la variable riesgo, hubo diferencias significativas en función de los factores antecedentes familiares ($t = 2,88, p <,01, d = 0,87$), en función de haber cometido intentos anteriormente ($t = 2,51, p <,05, d = 0,48$), entre aquellos que fueron interrumpidos ($t = 8,78, p <,001, d = 1,49$) y entre aquellos que tienen intención de repetir ($t = 5,73, p <,001, d = 2,02$). La mayoría fueron diferencias de gran tamaño excepto en el caso de los intentos previos que cuya magnitud del efecto fue mediano. En concreto, las personas que no tenían antecedentes familiares mostraron mayor riesgo que los que sí tenían antecedentes ($M = 10,8 > M = 7,35$), junto con los que no fueron interrumpidos ($M = 10,5 > M = 5,90$) y los que no tenían intención de repetir ($M = 11,60 > M = 5,50$). En los dos últimos casos, no se asumieron varianzas iguales ($F = 27,40, p <,001; F = 22,18, p <,001$, respectivamente).

Por otro lado, en la variable rescate también hubo diferencias significativas en función de los antecedentes familiares ($t = 3,40, p <,001, d = 1,12$), en función de encontrarse sólo en el momento de cometer la conducta ($t = 4,46, p <,001, d = 0,84$) y en función de comunicar la intención ($t = -3,04, p <,01, d = 0,64$). En concreto, las personas que no tenían antecedentes familiares mostraron mayores niveles de rescate ($M = 11,29 > M = 9,00$), también los que no estuvieron solos ($M = 11,97 > M = 10,30$) y los que sí comunicaron la intención ($M = 11,86 > M = 10,56$). En todos los casos se asumieron varianzas iguales ($F = ,496, p >,05; F = ,005, p >,05$ y $F = 1,82, p >,05$, respectivamente).

Por último, en cuanto a la escala de riesgo-rescate en su totalidad, se detectaron diferencias significativas en los factores de antecedentes familiares ($t = 2,38, p <,05, d = 0,71$), en función de que hubiera intentos previos ($t = 3,23, p <,01, d = 0,62$), la conducta hubiera sido interrumpida ($t = 4,35, p <,001, d = 0,99$) y hubiera intención de repetir ($t = 3,81, p <,001, d = 1,29$). En concreto, las personas sin antecedentes familiares mostraron mayor probabilidad de repetir el intento ($M = 28,35 > M = 24,07$), así como los que no habían cometido intentos previos ($M = 28,06 > M = 24,09$), los que no fueron interrumpidos ($M = 28,05 > M = 21,76$) y entre aquellos que manifestaron su intención de no repetir ($M = 29,55 > M = 21,50$). En todos los casos se asumieron varianzas iguales ($F = ,037, p >,05; F = ,011, p >,05; F = ,012, p >,05$ y $F = ,142, p >,05$ respectivamente).

Tabla 11. *Diferencia de medias resultante de la prueba t de student para muestras independientes*

		SSI		LRS		Riesgo		Rescate		RRS	
		<i>M</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>t</i>
Sexo	H	13,85	-,381	4,29	-,117	9,14	-,685	10,76	-,736	25,67	-,727
	M	16,17		4,37		9,66		11,06		26,56	
Trastorno Psiquiátrico	No	21,17	,938	3,83	-,733	10,0	,753	10,85		26,57	.164
	Si	14,53		4,41		9,32		11,0		26,33	
Antecedentes Familiares	No	12,25	1,36	5,32	,228	10,8	2,88**	11,29	3,40*	28,35	2.38*
	Si	5,00		5,05		7,35		9,00	**	24,07	
Consumo sustancias	No	14,50	,075	4,37	-,075	8,81	-1,43	11,05	-,383	25,78	-1.47
	Si	14		4,43		10,1		11,25		27,75	
Intentos previos	No	11,42	-1,21	4,86	1,72	10,3	2,51*	10,82	-,850	28,06	3.23*
	Si	18,91		3,63		8,23		11,18		24,09	*
Precaución descubrir	No	13,81	,904	4,32	-1,10	9,61	,570	11,19	1,30	26,50	-.284
	Si	3,50		5,29		9,07		10,57		26,89	
Estuvo Solo	No	9	-1,20	3,95	-1,51	9,53	0,47	11,97	4,46*	25,95	-.755
	Si	17		5,09		9,49		10,30	**	26,87	
Interrupción	No	2,50	-,794	6,16	11,5*	10,5	8,78**	10,80	-1,92	28,05	4.35*
	Si	14,67		0,58	**	5,90	*	11,84		21,76	**
Intención repetir	No	20,50	,790	7,17	4,90*	11,6	5,73**	10,38	-1,80	29,55	3.81*
	Si	12,17		0,71	**	5,50	*	11,71		21,50	**
Desencad.¹	No			4,00	-,109	10,2	-,506	10,25	-,827	28,50	.745
	Si			4,21		9,17		11,58		26,17	
Comunicar intención	No	18	,248	4,93	,097	9,41	,090	10,56	-	26,04	-.136
	Si	15,25		4,85		9,33		11,86	3,04*	26,23	
Nota suicida	No	15,55	-,333	4,30	-1,40	9,13	,279	11,15	,251	25,97	.665
	Si	21,00		5,77		8,81		11,00		24,81	

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

¹No pudo calcularse el estadístico *t* en el caso de la variable SSI por falta de casos en alguno de los grupos

En la tabla 12 se muestra el caso concreto de los acontecimientos vitales descritos por Brugha. Se puede observar en esta tabla que en la escala SSI hubo diferencias significativas entre aquellos que tenían problemas económicos previamente y los que no ($t = -2,74$, $p < ,01$, $d = 1,14$), de tal manera que los primeros mostraron una media mayor que los segundos en dicha escala ($M = 27,67 > M = 10,53$). Igualmente se encontraron diferencias significativas en la escala SSI entre aquellos que habían finalizado una relación estable y los que no ($t = 3,53$, $p < ,001$, $d = 1,27$), de tal manera que los que sí habían terminado la

relación presentaron menor puntuación en la escala ($M = 3,25 > M = 17,47$). En este caso no se asumieron varianzas iguales ($F = 4,75, p <,05$). En el caso de la escala LRS, si hubo diferencias significativas en función del acontecimiento vital “problemas con los amigos, familia y pareja” ($t = 4,04, p <,001, d = 0,80$), pero en sentido contrario al esperado, es decir, fueron aquellos que no tenían problemas los que más letalidad presentaron ($M = 4,39 > M = 1,52$). En este caso no se asumieron varianzas iguales ($F = 17,84, p <,001$). En cuanto a la escala RRS, los resultados indican que no hubo diferencias significativas en esta variable en función de los diferentes acontecimientos, pero sí en sus subescalas de riesgo y rescate. Concretamente, en el caso de la escala de riesgo, nuevamente aparece que aquellos que no tenían problemas con amigos, pareja o familia presentaron una media significativamente mayor en la escala de riesgo ($t = 3,59, p <,001, d = 0,86$) que los que sí tenían problemas ($M = 9,96 > M = 6,64$), no asumiéndose varianzas iguales entre los grupos ($F = 7,14, p <,01$). Por último, en el caso de la subescala de rescate, hubo una diferencia significativa entre aquellos que habían finalizado una relación estable ($t = -2,50, p <,01, d = 1,04$), de tal manera que su media era mayor en esta escala frente aquellos que no la habían finalizado ($M = 12,87 > M = 11,28$), asumiéndose varianzas iguales ($F = 2,08, p >,01$). Además, también encontramos diferencias significativas en función del acontecimiento vital de muerte familiar ($t = 5,60, p <,001, d = 1,34$), de tal manera que entre aquellos que sufrieron este acontecimiento, la puntuación en rescate fue menor ($M = 9,75 < M = 11,49$), no asumiéndose varianzas iguales entre ambos grupos ($F = 4,98, p <,05$).

Tabla 12. Diferencia de medias prueba t de student para los acontecimientos vitales de BRUGHA

		SSI		LRS		RRS		Riesgo		Rescate	
		M	t	M	t	M	t	M	t	M	t
Enfermedad propia	No	16,60	,694	3,63	-,711	25,36	-1,25	8,55	-1,56	11,20	-1,04
	Si	12		4,14		26,98		9,96		11,58	
Enfermedad familiar	No	15,18	,267	3,92	,280	26,25	-,497	9,35	-,364	11,40	-,467
	Si	11		3,40		28,50		10,50		12,00	
Muerte familiar	No	15,95	,988	3,76	-1,67	26,12	-1,28	9,21	-1,70	11,49	5,60***
	Si	5		6,25		30,25		13,00		9,75	
Separación	No	15,43	,437	3,97	,788	26,30	,016	9,46	,988	11,43	,485
	Si	10,50		2,71		26,25		7,25		11,00	
Fin relación estable	No	17,47	3,53***	4,02	1,09	26,41	,606	9,44	,502	11,28	-2,50**
	Si	3,25		2,67		25,00		8,62		12,87	
Problemas amigos/familiares	No	13,47	-,819	4,39	4,04***	26,65	1,69	9,96	3,59***	11,37	-,580
	Si	19,33		1,52		24,64		6,64		11,64	
Desempleo	No	16,40	1,16	3,98	,686	26,33	,198	9,39	,167	11,45	,703
	Si	5,67		3,09		25,87		9,12		11,00	
Despido	No	15,18	,267	3,78	-1,49	26,26	-,180	9,41	,322	11,50	1,55
	Si	11		6,00		26,71		8,85		10,42	
Problemas económicos	No	10,53	-2,74**	4,10	1,33	26,80	2,06*	9,42	,315	11,46	,707
	Si	27,67		2,81		23,00		9,00		11,08	
Problemas legales	No	15,68	1,02	3,92	,220	26,35	,319	9,48	,983	11,43	,363
	Si	0,00		3,57		25,50		7,66		11,16	

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Por otro lado, la prueba ANOVA de un factor estableció que la única variable que establecía diferencias entre sus categorías fue la variable de soporte social, en el caso de la variable criterio LRS ($F_{(2, 145)} = 7,85$, $p < ,001$), y la escala de riesgo ($F_{(2, 105)} = 5,90$, $p < ,01$) (ver tabla 13)

Tabla 13. Estadísticos descriptivos y significación de diferencias (ANOVA)

Variable	Categoría	n	M	SD	F
Edad					
SSI	10-19	0	0	0	2,083
	20-28	3	25,67	24,17	
	29-64	18	15,50	13,95	
	> 65	2	5,00	7,07	
LRS	10-19	11	3,45	3,44	,448
	20-28	21	3,57	3,82	
	29-64	112	4,57	4,84	
	> 65	28	4,46	3,89	
Riesgo	10-19	11	7,90	3,24	1,329
	20-28	21	7,80	3,87	
	29-64	112	9,71	4,24	
	> 65	28	9,80	4,96	
Rescate	10-19	10	11,70	1,56	,836
	20-28	15	10,73	2,52	
	29-64	82	10,74	2,40	
	> 65	21	11,33	1,62	
RSS	10-19	10	25,60	3,97	1,34
	20-28	15	23,12	7,39	
	29-64	81	26,37	6,96	
	> 65	21	27,33	6,19	
Estado civil					
SSI	Soltero	9	19,56	15,10	,225
	Casado	8	15,25	18,91	
	Separado	5	8,80	9,20	
	Viudo	1	22,00	0,00	
LRS	Soltero	72	4,72	4,95	1,40
	Casado	61	4,62	4,32	
	Separado	24	2,75	3,63	
	Viudo	10	5,40	3,86	
Riesgo	Soltero	55	9,20	4,01	,952
	Casado	43	9,83	4,69	
	Separado	17	8,88	4,84	
	Viudo	9	7,22	3,66	
Rescate	Soltero	55	10,81	2,45	1,55
	Casado	43	10,69	2,31	
	Separado	16	11,87	1,45	
	Viudo	9	11,77	1,39	

	<i>Soltero</i>	72	25,94	6,83	,232
RSS	<i>Casado</i>	61	26,02	7,15	
	<i>Separado</i>	24	25,23	7,91	
	<i>Viudo</i>	10	24,11	5,13	
Soporte social		6			
		6			
SSI	<i>Ninguno</i>	10	23,83	13,70	1,38
	<i>Inestables</i>		13,17	14,56	
	<i>Bueno</i>	17	11,30	15,91	
		27			
LRS	<i>Ninguno</i>	104	1,65	3,12	7,85**
	<i>Inestables</i>		2,85	3,58	
	<i>Bueno</i>	11	5,46	4,77	
		18			
Riesgo	<i>Ninguno</i>	79	7,27	2,86	5,90**
	<i>Inestables</i>		6,88	3,83	
	<i>Bueno</i>	11	10,17	4,44	
		17			
Rescate	<i>Ninguno</i>	79	10,72	1,95	2,87
	<i>Inestables</i>		12,17	2,03	
	<i>Bueno</i>	17	10,79	2,24	
		27			
RSS	<i>Ninguno</i>	104	25,45	4,08	2,12
	<i>Inestables</i>		23,38	6,26	
	<i>Bueno</i>		26,83	6,81	
Situación laboral					
SSI	<i>Activo</i>	8	13,25	10,47	,818
	<i>Baja</i>	5	8,20	8,95	
	<i>En paro</i>	8	23,13	19,68	
	<i>Invalidez</i>	0	0,00	0,00	
	<i>Jubilado</i>	0	0,00	0,00	
	<i>Estudiante</i>	2	16,00	22,62	
LRS	<i>Activo</i>	43	4,23	4,805	,898
	<i>Baja</i>	19	3,79	3,809	
	<i>En paro</i>	43	3,70	4,517	
	<i>Invalidez</i>	9	5,22	2,682	
	<i>Jubilado</i>	25	5,36	3,707	
	<i>Estudiante</i>	6	2,17	3,488	
Riesgo	<i>Activo</i>	26	8,61	4,00	
	<i>Baja</i>	12	10,16	5,49	,988
	<i>En paro</i>	33	8,54	4,16	
	<i>Invalidez</i>	9	11,77	3,30	
	<i>Jubilado</i>	19	9,26	4,97	
	<i>Estudiante</i>	6	8,83	3,97	

Rescate	<i>Activo</i>	26	10,50	2,50	1,40
	<i>Baja</i>	12	11,75	1,91	
	<i>En paro</i>	34	10,97	2,30	
	<i>Invalidez</i>	9	12,11	1,69	
	<i>Jubilado</i>	19	11,52	1,50	
	<i>Estudiante</i>	6	12,00	1,67	
RSS	<i>Activo</i>	43	24,85	7,08	1,31
	<i>Baja</i>	19	28,41	6,11	
	<i>En paro</i>	43	25,38	5,93	
	<i>Invalidez</i>	9	29,66	4,12	
	<i>Jubilado</i>	25	26,78	6,16	
	<i>Estudiante</i>	6	26,83	4,26	
Convivencia					
SSI					
	<i>Familia</i>	11	12,82	12,90	,769
	<i>Amigos/pareja</i>	7	15,86	18,31	
	<i>Sin familia</i>	5	22,20	16,67	
LRS	<i>Familia</i>	78	4,49	4,71	,017
	<i>Amigos/pareja</i>	54	4,35	4,39	
	<i>Sin familia</i>	33	4,36	4,49	
Riesgo	<i>Familia</i>	57	9,96	4,30	2,14
	<i>Amigos/pareja</i>	37	9,08	4,53	
	<i>Sin familia</i>	26	7,88	3,84	
Rescate	<i>Familia</i>	57	10,84	2,45	,545
	<i>Amigos/pareja</i>	37	11,25	2,20	
	<i>Sin familia</i>	26	11,30	1,82	
RSS	<i>Familia</i>	78	26,01	7,15	,078
	<i>Amigos/pareja</i>	54	25,54	6,58	
	<i>Sin familia</i>	33	26,11	5,04	

| Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Para conocer cuáles eran los grupos entre los que había diferencias en la variable de soporte social, se llevó a cabo el test de pares Gabriel, una prueba post-hoc indicada para aquellas situaciones en las que el tamaño de las categorías es diferente. En el caso de la escala LRS, la prueba post hoc reveló diferencias significativas entre aquellos que no contaban con ningún tipo de apoyo social y aquellos que contaban con un buen apoyo ($p < ,001$, $d = 0,94$),

sin embargo el sentido fue inesperado pues los primeros mostraban menos letalidad que los segundos ($M = 1,65 < M = 5,46$). Lo mismo ocurrió en la diferencia significativa que también se encontró en la escala LRS entre las categorías de apoyos inestables y buen soporte social ($p < ,05$, $d = 0,61$), de tal manera que eran los que tenían buen apoyo los que nuevamente mostraron mayor letalidad ($M = 2,85 < M = 5,46$). Finalmente, en el caso de la variable Riesgo, los resultados arrojaron evidencia de una diferencia significativa ($p < ,01$, $d = 0,79$) entre las categorías de apoyos inestables y buen apoyo social, de tal manera que nuevamente era este último grupo el que presentaba mayor riesgo ($M = 10,17 > M = 6,88$).

Relación de los factores con la conducta suicida

- **Variables sociodemográficas**

Se realizaron contrastes para las variables *sexo*, *edad*, *nacionalidad*, *etnia*, *estado civil*, *convivencia*, *situación laboral* y *soporte social*. Dado que en algunas categorías originales de las variables las frecuencias esperadas era inferiores a 1 y más del 20% eran menores de 5, se decidió colapsar algunos de los niveles de las variables (Field, 2013).

Tabla 14. *Contraste chi-cuadrado para variables sociodemográficas y tipo de conducta*

	χ^2	gl	Sig.	V Cramer's
Sexo*tipo de conducta	2,613	2	,27	,121
Edad*tipo de conducta	12,516	6	,05*	,193*
Nacionalidad*tipo de conducta	11,062	2	,004**	,254**
Etnia*tipo de conducta	6,491	2	,039*	,205*
Estado civil*tipo de conducta	5,926	4	,205	,134
Convivencia*tipo de conducta	0,266	4	,992	,029
Situación laboral*tipo de conducta	12,39	10	,265	,208
Soporte Social*tipo de conducta	16,596	4	,002**	,240**

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < ,01$

La variable edad fue recodificada: 1= entre 10 y 19 años; 2=entre 20 y 28 años; 3= entre 29 y 64 años; 4= a partir de 65 años

La variable nacionalidad fue recodificada: 1= Española; 2= Otra nacionalidad

La variable etnia fue recodificada: 1= Caucásica/Blanca; 2= Otra etnia

La variable estado civil fue recodificada: 1=soltero; 2 =casado; 3= separado/divorciado/viudo

La variable convivencia fue recodificada: 1= Con familia; 2= Pareja/amigos; 3= Sin familia/amigos

Las categorías “invalidez temporal” e “invalidez permanente” se colapsaron en una sólo denominada invalidez

Como se puede observar en la tabla 14, las diferentes categorías de las variables *edad* ($\chi^2(6) = 12,51, p <,05$), *nacionalidad* ($\chi^2(2) = 11,06, p <,01$), *etnia* ($\chi^2(2) = 6,49, p <,05$) y *soporte social* ($\chi^2(4) = 16,59, p <,01$) mostraron una asociación significativa con un tipo de conducta de suicidio. En el caso concreto de la edad, globalmente los resultados indican que la mayor parte de los sujetos que conforman la muestra pertenecen al intervalo de edad adulto (entre los 29 y 64 años) y han consumado el suicidio (29,2%).

En cuanto a los diferentes intervalos de edad, los adolescentes (entre 10 y 19 años) representan un 6,5% de la muestra total y en su mayoría cometen tentativa autolítica (81,8%). El grupo de jóvenes (entre 20 y 28 años) representa el 12,5% de la muestra total y también en su mayoría comenten tentativa autolítica (47,6%), aunque el porcentaje está más repartido entre los diferentes tipos de conducta suicida. Sin embargo, los adultos y mayores de 65 años que representan al 64,9% y 16,1% de la muestra de estudio presentan un porcentaje mayor en el suicidio consumado, siendo del 45% y 63%, respectivamente.

En el caso de la nacionalidad, los datos encontrados indican que la mayor parte de los sujetos son españoles y han consumado el suicidio (44,4%). Los españoles representan un 87,1% de la muestra y la mayoría han consumado el suicidio (51%). Las personas pertenecientes a otras nacionalidades representan el 12,9% de la muestra y la mayoría ha tenido tentativa autolítica (68,2%). Comparativamente, son las personas de nacionalidad española las que más suicidios consumaron y las personas pertenecientes a otras nacionalidades las que más tentativas cometieron. Algo similar ocurrió en el caso de la etnia. Las personas de etnia caucásica/blanca (un 89,6% del total) presentaron un 45,7 de suicidios consumados, un 39,9% de tentativas y un 14,5% de ideación, mientras que las

personas que pertenecían a otras etnias (10,4% del total) presentaron un 12,5% de suicidios consumados, un 62,5% de tentativas y un 25% de ideación.

Por último, y en cuanto a la variable soporte social, globalmente los resultados indican que la mayor parte de los sujetos tenían un buen entorno social y consumaron el suicidio (38,9%). De entre las personas que no presentaban ningún tipo de apoyo (un 11,1% del total), la mayor parte presentaron ideación y tentativa autolítica (37,5 y 43,8% respectivamente). Entre aquellos que presentaban apoyos inestables (18,8% del total), la mayor parte cometieron tentativa autolítica (51,9%), mientras que entre aquellos que presentaban un buen entorno social (70,1% del total), la mayoría consumaron el suicidio (55,4%). Atendiendo al tipo de conducta de suicidio, los tres tipos están mayormente representados en la categoría de buen entorno social.

- **Acontecimientos Vitales**

Se contrastó también el número de sujetos que presentaban un acontecimiento vital de los descritos por Brugha y el tipo de conducta suicida que presentaban (ideación, tentativa o suicidio consumado), pudiendo observar si los acontecimientos vitales se repartían o no por igual a través de las diferentes tipologías de conducta suicida. Los resultados de este contraste y análisis nos permitieron confirmar que únicamente los acontecimientos vitales de *enfermedad propia* ($\chi^2(2) = 7,854, p <,05$) y *problemas con los amigos/pareja* ($\chi^2(2) = 7,829, p <,05$) se distribuyeron de forma desigual a través de los diferentes tipos de conducta suicida, indicando por lo tanto una asociación entre la presencia de una enfermedad propia y problemas con los amigos o la pareja con un tipo de conducta de suicidio específico (ver tabla 15).

Tabla 15. *Contrastes Chi-cuadrado para acontecimientos vitales y tipo de conducta*

	χ^2	gl	Sig.	V Cramer's
Enfermedad propia*tipo de conducta	7,854	2	,02*	,241*
Enfermedad familiar*tipo de conducta	4,491	2	,10	,182
Muerte familiar*tipo de conducta	2,555	2	,27	,138
Separación*tipo de conducta	0,793	2	,67	,077
Fin relación estable*tipo de conducta	2,495	2	,28	,136
Problemas amigos/pareja*tipo de conducta	7,829	2	,02*	,241*
Desempleo*tipo de conducta	0,910	2	,63	,082
Despido*tipo de conducta	0,187	2	,91	,037
Problemas económicos*tipo de conducta	3,327	2	,18	,157
Problemas legales*tipo de conducta	1,021	2	,60	,087
Sufrir robo o pérdida*tipo de conducta	2,242	2	,32	,129

Nota: * $p < 0.05$

La fuerza de la asociación nos la indicó el coeficiente de contingencia V de Cramer's, que en este caso fue bajo, aunque significativo en ambos casos.

Los resultados indican que la mayor parte de los sujetos presentaban una enfermedad propia y habían consumado el suicidio (28,9%). Un análisis más pormenorizado en función del tipo de conducta, nos permite observar que un 34,8% de la muestra con ideación suicida (17%) presentó una enfermedad propia, mientras que ese porcentaje aumento al 47,2% de la muestra con tentativa suicida (39,3%) y llegando a un 66,1% en la muestra que había consumado el suicidio (43,7%). Por otro lado, en la tabla 20 podemos observar también que entre aquellos que presentaban una enfermedad, el 11,1% presentaba ideación suicida, el 34,7% tentativa suicida y el 54,2% consumo el suicidio.

En cuanto a la presencia de problemas con amigos y la pareja, la mayor parte de los sujetos no presentaron problemas con los amigos o pareja (83%). No obstante, un análisis más pormenorizado en función del tipo de conducta, nos permite observar que un 26,1% de la muestra con ideación suicida (17%) tenían este tipo de problemas, mientras que ese porcentaje fue disminuyendo al 24,5% de la muestra con tentativa suicida (39,3%) y llegando a un 6,8% en la muestra que había consumado el suicidio (43,7%). Por otro lado, encontramos también que entre aquellos que sí que tenían problemas con los amigos o la pareja (17%), el 26,1% presentaba ideación suicida, el 56,5% tentativa suicida y el 17,4% consumó el suicidio.

- **Antecedentes médicos y psíquicos**

En referencia a las variables relacionadas con los antecedentes médicos y psíquicos, ninguna de ellas mostró un contraste significativo entre las diferentes tipologías de conducta autolítica (ver tabla 16).

Tabla 16. *Contraste Chi-cuadrado para antecedentes médicos/psiquiátricos y tipo de conducta*

	χ^2	gl	Sig.	V Cramer's
Antecedentes somáticos*tipo de conducta	1,268	2	,53	,114
Enfermedad somática actual*tipo de conducta	0,294	2	,86	,092
Tratamiento somático*tipo de conducta	2,632	2	,26	,267
Ingreso causa médica*tipo de conducta	5,915	4	,20	,228
Trastorno psiquiátrico previo*tipo de conducta	0,067	2	,96	,021
Ingreso psiquiátrico previo*tipo de conducta	,070	2	,96	,026
Tipo de trastornos psiquiátrico previo*tipo de conducta	23,278	22	,38	,309
Tipo de tratamiento*tipo de conducta	7,264	10	,70	,165
Consumo de sustancias*tipo de conducta	1,768	2	,41	,119

Nota: * $p < 0.05$

La variable antecedentes somáticos fue recodificada: 1= Ninguno, 2= Alguno

A pesar de ello, por el interés clínico de la variable se ha decidió incluir la información procedente de las tablas de contingencia referente a los antecedentes psiquiátricos de la persona. La mayor parte de los sujetos consumaron el suicidio y tenían un trastorno psiquiátrico previamente (32%). De entre aquellos que sí presentaron antecedentes de trastornos psiquiátricos (72,7%), un 15,6% presentaron ideación suicida, un 40,4% tentativa y un 44,0% consumo el suicidio.

- **Factores de la historia de suicidio**

En cuanto a las variables relacionadas con la historia de suicidio, mostraron un contraste significativo entre las diferentes tipologías de conducta autolítica las variables *antecedentes familiares de suicidio* ($\chi^2(4) = 9,659, p <,05$), *intento más letal en los últimos 12 meses* ($\chi^2(16) = 32,950, p <,01$), *deseo de muerte actual, interrupción* ($\chi^2(4) = 48,844, p <,001$) e *intención de repetir* ($\chi^2(4) = 28,001, p <,01$) y *tipo de desencadenante* ($\chi^2(22) = 40,305, p <,01$ (ver tabla 17).

Tabla 17. *Contrastes Chi-cuadrado para factores de historia de suicidio y tipo de conducta*

	χ^2	gl	Sig.	V Cramer's
Antecedentes Familiares de suicidio*tipo de conducta	9,659	4	,04*	,184*
Intento previo*tipo de conducta	6,965	4	,13	,148
Cantidad de intentos previos*tipo de conducta	10,649	6	,10	,172
Cantidad de intentos últimos 12 meses*tipo de conducta	8,579	6	,19	,155
Método últimos 12 meses*tipo de conducta	14,961	14	,38	,427
Intento más letal*tipo de conducta	32,950	16	,00**	,552**
Deseo de muerte actual*tipo de conducta	255,480	6	,000***	,877***

Precauciones contra descubrimiento*tipo de conducta	2,180	4	,70	,086
Tabla 17. <i>Historia suicidio y tipo conducta (cont.)</i>				
Estuvo sólo todo el tiempo*tipo de conducta	8,091	4	,08	,163
Interrumpido*tipo de conducta	48,844	4	,00***	,421***
Intención de repetir*tipo de conducta	28,001	4	,00**	,411**
Desencadenante*tipo de conducta	5,344	4	,25	,142
Tipo desencadenante*tipo de conducta	40,305	22	,01**	,473**
Comunicación de intención antes*tipo de conducta	3,154	4	,53	,105
Presencia de nota suicida*tipo de conducta	4,803	4	,30	,128

*Nota: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001*

Las variables cantidad de intentos previos y cantidad de intentos últimos 12 meses fueron recodificadas: 1=1 intento; 2= intentos; 3= 3 intentos 4= 4 o más intentos.

En cuanto a los antecedentes familiares de suicidio, se observa que los porcentajes de personas que no tenían antecedentes o no contestaron fueron mayores que aquellos que si tenían. En concreto, el mayor porcentaje lo compusieron aquellos que consumaron el suicidio y no tenían ningún antecedente familiar de suicidio (23,1%). De entre los que consumaron el suicidio, el 19,4% presentaba antecedentes familiares, pero el 49,3% no. Entre los que presentaron ideación suicida, un 13,6% presentó antecedentes frente al 36,4% que no, siendo menor en el caso de la tentativa (5,6%, frente al 38,9% que no). Considerando sólo aquellas personas que sí tuvieron antecedentes familiares, en su mayoría consumaron el suicidio (68,4%).

Los datos referentes a la interrupción de la conducta de suicidio muestran que el mayor porcentaje lo encontramos en el grupo que consumó el suicidio y no fue interrumpido (47,1%). En el caso de la ideación suicida, el porcentaje de personas que fueron interrumpidas fue de 60%, y en el caso de la tentativa autolítica de 38,7%. Considerando solo aquellos que si fueron interrumpidos, fue el grupo de tentativa autolítica los que mayor porcentaje mostraron (80%).

En cuanto a la intención de repetir, el grupo que tuvo tentativa autolítica tenían intención de repetir la conducta de suicidio (69,6%), frente al grupo con ideación suicida (26,1%) que presentaban un mantenimiento de su ideación. Dentro del grupo que cometieron tentativa de suicidio, el 32,7% repetiría, mientras que en el grupo de aquellos que presentaron ideación suicida, el 54,5% no hacía crítica de su intención.

Predicción de la conducta suicida

Después de estudiar la asociación entre los distintos factores que podían asociarse con los distintos tipos de conducta suicida, decidimos llevar a cabo un análisis de regresión logística multinominal para analizar la forma en la que las variables sociodemográficas y los distintos tipos de acontecimientos vitales podían predecir la pertenencia de los participantes a los diferentes tipos de conducta de suicidio. La categoría de referencia fue la ideación suicida.

En el caso de las variables sociodemográficas, los resultados pusieron de manifiesto un modelo no significativo ($\chi^2= 38,881, p > ,05$). La R_2 de Nagelkerke fue de ,393. Las únicas variables que ayudaron a discriminar entre presentar ideación suicida y cometer tentativa de suicidio fueron convivir sin familia ($Wald= 4,83; p < 0,05; \beta= 2,97; OR= 19,53; IC\ 95\% [1,38- 276,174]$) y estar soltero ($Wald= 5,85; p < 0,05; \beta= -2,60; OR= ,074; IC\ 95\% [,009 - ,610]$). Es importante señalar estos resultados, puesto que remarcan lo que la bibliografía muestra en cuanto a que el apoyo social es un factor protector de la conducta suicida, y por ello, carecer de apoyo puede explicar la conducta suicida. Ninguna variable sociodemográfica ayudó a discriminar entre presentar ideación suicida y consumir el suicidio.

En cuanto a los acontecimientos vitales de Brugha, los resultados nuevamente pusieron de manifiesto un modelo no significativo ($\chi^2= 31,476, p > ,05$). La R_2 de Nagelkerke fue de ,238. Ningún acontecimiento vital ayudó a discriminar entre presentar ideación suicida y

cometer tentativa de suicidio y únicamente aspectos relacionados con el ámbito social, el haber tenido problemas con los amigos o la pareja discriminó entre la ideación y la consumación del suicidio ($Wald= 4,65$; $p < 0,05$; $\beta= 1,61$; $OR= 5,02$; $IC\ 95\% [1,157 - 21,824]$).

Por último, se quiso analizar también si las escalas RSS Y LRS podían predecir el suicidio consumado. Los resultados mostraron un modelo significativo ($\chi^2= 55,55$, $p > .001$), siendo la R_2 de Nagelkerke de ,467. La variable que ayudó a discriminar entre presentar tentativa y cometer el suicidio fue la subescala de rescate ($Wald= 3,81$; $p < 0,05$; $\beta= -,228$; $OR= 1,25$; $IC\ 95\% [0,999 - 1,58]$).

5.2. ESTUDIO 2

Caracterización de la muestra

La muestra del estudio estuvo formada por 268 individuos de los que 147 fueron varones (54,9%) y 119 fueron mujeres (44,4%) habiendo solo dos casos desconocidos. La edad media fue de 39,07 años ($SD = 13,75$), comprendiendo un rango desde los 17 a los 87 años.

Como se puede observar en la tabla 18, más de la mitad de la muestra presentó tentativa de suicidio (64,9%), un elevado riesgo suicida (75,7%) y ya habían cometido intentos previos (56,7%). En este segundo estudio, existe un promedio de 1,24 hombres por cada mujer (51/41) que presentan ideación suicida, y un promedio de 1,20 hombres por cada mujer (54/27) en el caso de la tentativa de suicidio. En la mayoría de los casos no se produjo la muerte (80,2%). El lugar donde se atiende a los individuos en su mayoría es un lugar familiar (35,1%), aunque destaca también una elevada proporción que comete la conducta en un lugar remoto (31,3%).

Tabla 18. *Características población y conducta suicida*

	N	%
Sexo		
<i>Mujeres</i>		
<i>Hombres</i>	119	44,4
<i>Desconocidos</i>	147	54,9
	2	0,7
Tipo de conducta		
	92	34,3
<i>Ideación</i>	174	64,9
<i>Tentativa</i>	2	0,7
<i>Perdidos</i>		

Tabla 18. *Características población y conducta suicida(cont.)*

Lugar de la conducta		
	84	31,3
<i>Lugar remoto</i>	41	15,3
<i>Lugar no familiar conocido</i>	94	35,1
<i>Lugar familiar</i>	46	17,2
<i>No consta</i>	3	1,1
<i>Perdidos</i>		
Riesgo suicidio actual		
	15	5,6
<i>Ligero</i>	22	8,2
<i>Moderado</i>	203	75,7
<i>Alto</i>	28	10,4
<i>Perdidos</i>		
Tentativas previas		
	116	43,3
<i>No</i>	152	56,7
<i>Si</i>		
Éxitus		
	215	80,2
<i>No</i>	4	1,5
<i>Si</i>	49	18,3
<i>Perdidos</i>		

La mayoría de la muestra no presentó antecedentes orgánicos (57,8%), pero sí antecedentes psíquicos. En concreto, presentaron este tipo de antecedentes un 73,1%, de los que un 64,9% se pudieron especificar. Destaca por encima de los otros el porcentaje de personas con un trastorno del ánimo (36,6%), seguido por el grupo de los trastornos de la personalidad (15,3%) y de los trastornos por abuso de sustancias (7,1%) (ver tabla 19).

Tabla 19. Características relacionadas con la salud

	N	%
Antecedentes orgánicos		
<i>Sin antecedentes</i>	155	57,8
<i>Antecedentes especificados</i>	60	22,4
<i>Antecedentes sin especificar</i>	2	0,7
<i>No valorable por estado</i>	6	2,2
<i>Perdidos</i>	46	16,8
Tipo antecedentes orgánicos		
<i>Cardiacos</i>	4	6,7
<i>Respiratorios</i>	2	3,3
<i>Neurológicos</i>	8	13,3
<i>Digestivos</i>	8	13,3
<i>Infecciosos</i>	6	10
<i>Dermatológicos</i>	1	1,7
<i>Otros</i>	31	51,7
Antecedentes Psíquicos		
<i>Sin antecedentes</i>	20	7,5
<i>Antecedentes especificados</i>	174	64,9
<i>Antecedentes sin especificar</i>	22	8,2
<i>No valorable por estado</i>	3	1,1
<i>No consta</i>	34	12,7
<i>Perdidos</i>	15	5,6
Tipo de antecedentes psíquicos		
<i>Trastorno inicio infancia</i>	2	0,7
<i>Por enfermedad médica</i>	1	0,4
<i>Abuso sustancias</i>	19	7,1
<i>Esquizofrenia Psicosis</i>	8	3,0
<i>Trastorno ánimo</i>	98	36,6
<i>Trastorno ansiedad</i>	10	3,7
<i>Impulsos</i>	2	0,7
<i>Adaptativos</i>	2	0,7
<i>Retraso</i>	1	0,4
<i>Personalidad</i>	41	15,3
<i>Perdidos</i>	84	31,3

En la atención proporcionada por el SAMUR, la mayoría de pacientes se categorizan inicialmente como no agresivos con el equipo (99,6%). Tras el suceso, la mayoría se muestra colaborador (68,7%). El tipo de actitud que mantienen frente al hecho sucedido en la mayoría de casos es de aceptación (60,1%), aunque nos encontramos con otros perfiles como el rechazo del suceso (14,2%) o la ambivalencia (12,3%) (ver tabla 20).

Tabla 20. *Actitud tras ideación o conducta suicida*

	N	%
Paciente agresivo		
<i>No</i>	267	99,6
<i>Si</i>	1	0,4
Reacción tras suceso		
<i>No Colaborador</i>	40	14,9
<i>Pasivo</i>	20	7,5
<i>Colaborador</i>	184	68,7
<i>No consta</i>	13	4,9
<i>Perdidos</i>	11	4,1
Tipo de actitud		
<i>Rechazo</i>	38	14,2
<i>Ambivalente</i>	33	12,3
<i>Aceptación</i>	161	60,1
<i>No consta</i>	23	8,6
<i>Perdidos</i>	13	4,9

El perfil de apoyo social entre la muestra fue heterogéneo, de tal manera que un 25,4% de los individuos presentó apoyos inestables, un 20,1% no presentó apoyo social y un 17,9% mostró un buen entorno social.

Como precipitante de la conducta, destaca por encima del resto los problemas interpersonales (36,2%), seguido bastante por debajo de la enfermedad propia (8,2%) y los problemas económicos (4,9%) (ver tabla 21).

Tabla 21. Características conducta suicida actual

	N	%
Apoyo Social		
<i>Sin apoyo</i>	54	20,1
<i>Apoyos inestables</i>	68	25,4
<i>Buen entorno social</i>	48	17,9
<i>No consta</i>	46	17,2
<i>Perdidos</i>	52	19,4
Precipitantes conducta		
<i>Enfermedad propia</i>	22	8,2
<i>Enfermedad familiar</i>	5	1,9
<i>Muerte familiar</i>	4	1,5
<i>Problema interpersonal</i>	97	36,2
<i>Desempleo</i>	9	3,4
<i>Problemas económicos</i>	13	4,9

Tabla 21. Características conducta suicida actual (cont.)

<i>Problemas legales</i>	9	3,4
<i>Otros</i>	30	11,2
<i>No consta</i>	47	17,5
<i>Perdidos</i>	32	11,9
Método empleado		
<i>Sedantes</i>	43	16,0
<i>Sin especificar sedantes</i>	3	1,1
<i>Ahogamiento</i>	3	1,1
<i>Cortes</i>	35	13,1
<i>Defenestración</i>	12	4,5
<i>Ahorcamiento</i>	5	1,9
<i>Arrojarse al tren</i>	9	3,4
<i>Otro</i>	5	1,9
<i>No consta</i>	31	11,6
<i>Perdidos</i>	122	45,5
Método pensado actual		
<i>Sedantes</i>	36	13,4
<i>Sin efectos sedantes</i>	11	4,1
<i>Autoinmolación</i>	1	0,4
<i>Ahogamiento</i>	2	0,7
<i>Cortes</i>	46	17,2
<i>Defenestración</i>	55	20,5
<i>Ahorcamiento</i>	9	3,4
<i>Arrojarse al tren</i>	25	9,3
<i>Otro</i>	39	14,6
<i>No consta</i>	23	8,6
<i>Perdidos</i>	21	7,8
Consumo sustancias SAMUR		
No	184	68,7
Si	84	31,3
Tipo de sustancias		
<i>Alcohol</i>	58	69
<i>Benzodiazepinas</i>	2	2,4
<i>Cocaína</i>	1	1,2
<i>Amoniaco y disolventes</i>	2	2,4
<i>Alcohol y Cannabis</i>	4	4,8
<i>Alcohol y Benzodiazepinas</i>	2	2,4
<i>Alcohol y Cocaína</i>	7	8,3
<i>Otros (metadona, heroína, etc.)</i>	2	2,4
<i>No especificado</i>	6	7,1

Tabla 21. *Características conducta suicida actual (cont.)*

Sedación			
<i>No</i>		262	97,8
<i>Si</i>		6	2,2

En cuanto al método utilizado, en su mayoría es mediante el uso de sedantes (16%) y realización de cortes (13,1%). La predominancia de estos dos tipos de método realizados entre las personas con tentativa coincide con la predominancia con el método pensado en los caso de ideación suicida. En este caso vamos a ver que 17,2% ha pensado suicidarse mediante la realización de cortes y un 13,4% mediante el uso de sedantes. Sin embargo, en el caso de la ideación suicida, el método pensado más habitual fue la defenestración (20,5%). En la actuación del dispositivo del SAMUR se detectó un 31,3% de individuos que habían consumido sustancias, en su mayoría alcohol (69,0%) (ver tabla 21).

Al trasladar al paciente a Urgencias, a la mayoría (29,5%) se le diagnosticó de conducta suicida (ver tabla 22), seguido del diagnóstico por dependencia de sustancias (17,2%) y los trastornos de ansiedad (7,5%). En la mayoría de los casos no se detecta ninguna patología orgánica al llegar a urgencias (96,3%), aunque si se encuentran casos de intoxicación (32,8%). En concreto, muchos de ellos llegaron con un cuadro de intoxicación por alcohol (26,1%) y por otras sustancias tipo metadona, heroína, etc. (54,5%). La resolución del caso en urgencias en la mayoría de los casos pasa por mantener al paciente en observación en dicho servicio (69,8%) y en un 12,7% permanecen en urgencias pero son trasladados a su hospital de referencia.

Tabla 22. *Valoración y resolución urgencias*

	N	%
Diagnóstico Urgencias		
<i>Conducta suicida</i>	79	29,5
<i>Dependencia sustancias</i>	46	17,2
<i>Trastorno personalidad</i>	14	5,2
<i>Trastorno ansiedad</i>	20	7,5
<i>Trastorno de animo</i>	16	6,0
<i>Psicótico</i>	14	5,2
<i>Trastorno adaptativo</i>	17	6,3
<i>Hiperfrecuentador</i>	5	1,9
<i>Otros</i>	7	2,6
<i>Perdidos</i>	50	18,7
Patología orgánica Urgencias		
<i>No</i>	71	96,3
<i>Si</i>	10	3,7
Intoxicación urgencias		
<i>No</i>	180	67,2
<i>Si</i>	88	32,8
Tipo de sustancia urgencias		
<i>Alcohol</i>	23	26,1
<i>Benzodiazepinas</i>	9	10,2
<i>Cocaína</i>	2	2,3
<i>Alcohol y Cannabis</i>	2	2,3
<i>Alcohol y Benzodiazepinas</i>	2	2,3
<i>Alcohol y Cocaína</i>	1	1,1
<i>Benzodiazepinas y Cocaína</i>	1	1,1
<i>Otros (metadona, heroína)</i>	48	54,5
Resolución Urgencias		
<i>Alta</i>	23	8,6
<i>Consulta</i>	1	0,4
<i>Ingreso</i>	23	8,6
<i>Urgencias</i>	187	69,8
<i>Urgencias y traslado hospital referencia</i>	34	12,7

Por último, podemos ver que un considerable número de sujetos accedieron a formar parte del Procedimiento Código 100, para lo cual el siguiente paso sería el seguimiento telefónico

de estos pacientes por parte de personal de la FJD. Se pudo realizar contacto pasado tres días con el 17,9% de la muestra y con un 25,7% pasado un mes. De entre todos, once pacientes (4,1%) repitieron nuevamente la conducta suicida tras 72 horas, elevándose a 18 pacientes (6,7%) trascurrido el mes y a 19 trascurridos los 6 meses (7,1%). No obstante, cabe destacar que de entre todos los individuos explorados, en su mayoría no repitieron la conducta tras 72 horas (42,2%), al mes (39,9%) ni a los 6 meses (27,6%) (ver Tabla 23). El 1,5% de las personas que entraron en el código 100 finalmente murieron. La incidencia acumulada o riesgo de que un individuo muriese durante el periodo de seguimiento de este estudio fue de 0,014.

Atendiendo a la baremación obtenida tras la valoración de SAMUR- Protección Civil mediante la escala SAD PEARSON (ANEXO 5) que aparece en la tabla 24, el 38,1% de la muestra mostró un riesgo medio (donde se recomienda el ingreso, sobre todo si no se cuenta con apoyo social) y un 9,4% un riesgo alto (donde el ingreso es obligatorio incluso contra la voluntad del usuario). La media de la escala en esta muestra fue de 4,15 ($SD = 2,09$)

Tabla 23. Seguimiento pacientes Código 100

	N	%
Contacto 3 días		
<i>No es posible</i>	70	26,1
<i>Si es posible</i>	48	17,9
<i>Perdidos</i>	150	56,0
Contacto 1 mes		
<i>No es posible</i>	31	11,6
<i>Si es posible</i>	69	25,7
<i>Perdidos</i>	168	62,7
Ingresado 72 horas		
<i>No</i>	71	26,5
<i>Si</i>	10	3,7
<i>Perdidos</i>	187	69,8
Repite 72 horas		
<i>No</i>	113	42,2
<i>Si</i>	11	4,1
<i>Perdidos</i>	143	53,4
Repite 1 mes		
<i>No</i>	107	39,9
<i>Si</i>	18	6,7
<i>No es posible contacto</i>	22	8,2
<i>Perdidos</i>	121	45,1
Repite 6 meses		
<i>No</i>	74	27,6
<i>Si</i>	19	7,1
<i>No es posible contacto</i>	35	13,1
<i>Perdidos</i>	140	52,2

Tabla 24. Frecuencias obtenidas en la Escala SAD

Tipo de riesgo	N	%
<i>Sin riesgo (0-2)</i>	44	16,6
<i>Riesgo bajo (3-4)</i>	95	35,8
<i>Riesgo medio (5-6)</i>	101	38,1
<i>Riesgo alto (7-10)</i>	25	9,4

- **Asociación entre los factores**

Hubo una asociación significativa entre el sexo y los diferentes lugares donde se llevó a cabo la conducta de suicidio ($\chi^2(3) = 13,71, p <,01; V$ de Cramer =,228), la detección por el SAMUR de consumo de sustancias ($\chi^2(1) = 7,27, p <,01; V$ de Cramer =,165 y en el establecimiento de contacto a los 3 días de la conducta ($\chi^2(3) = 5,38, p <,05; V$ de Cramer =,214). En el caso de la asociación entre sexo y apoyo social, dicha asociación se mostró casi significativa ($\chi^2(3) = 7,44, p = ,059; V$ de Cramer =,186). En concreto, la mayor parte de individuos que forman parte de la muestra fueron mujeres que cometieron la conducta en un lugar familiar (20,5%). Atendiendo al sexo, el 45,8% de mujeres comete la conducta en un lugar familiar (frente a un 27,6% en el caso de los hombres), y el 20% de hombres lo hace en un lugar no familiar conocido (frente al 9,3% de mujeres). Atendiendo al lugar, destaca que un 72,5% de individuos que llevaron a cabo la conducta en un lugar no familiar fueron hombres, frente al 27,5% que fueron mujeres.

También podemos apreciar que la mayoría de personas no habían consumido sustancia alguna en el momento de ser atendidos por el SAMUR (68,8%). Dentro de los que sí que habían consumido alguna sustancia, el 32,5% fueron mujeres y el 67,5% fueron hombres.

Por último en relación al sexo y su asociación con el hecho de que se pudiera establecer contacto pasados los primeros 3 días desde que se atendió al usuario, los resultados revelan que en el 58,8% de la muestra no fue posible establecer contacto a los 3 días (siendo la diferencia entre mujeres y hombres mínima dentro de no ser posible ese contacto). Entre los casos donde sí fue posible, el 29,8% fueron mujeres y el 70,2% hombres. Sin embargo, no hubo asociación significativa entre sexo y la repetición de la conducta a las 72 horas del episodio ($\chi^2(2) = 1,133, p = ,51$); después de un mes ($\chi^2(2) = 0,072, p = ,96$), después de 6 meses ($\chi^2(2) = 4,199, p = ,12$) y tras 12 meses ($\chi^2(2) = 0,545, p = ,46$).

Hubo una asociación significativa entre el apoyo social y la repetición de la conducta después de 1 mes ($\chi^2(3) = 12,97, p <,05; V$ de Cramer =,233). En concreto, la mayor parte de la muestra estuvo formada por personas que tenían un buen entorno social y que no repetían la conducta en el intervalo de un mes desde que fueron atendidos (20,2%). Entre

los que no repiten, un 28,6% tenían buen entorno social (siendo el mayor porcentaje). Atendiendo a los que sí repitieron la conducta, un 62,5% (el mayor porcentaje) tenía apoyos inestables. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre las diferentes categorías de apoyo social y la repetición de la conducta a las 72 horas del episodio autolítico ($\chi^2(3) = 2,849, p = ,41$). Tampoco con la repetición de la conducta pasados los 6 meses ($\chi^2(3) = 4,796, p = ,57$).

Por otro lado nos encontramos con una asociación entre los niveles de riesgos de suicidio actual y la conducta de suicidio ($\chi^2(2) = 6,17 p <,05$; V de Cramer =,161). Es decir, la determinación del nivel de riesgo por parte del profesional del SAMUR coincide con el tipo de conducta que llevaron a cabo los usuarios. Un 67,3% de los casos que se identificaron con nivel de riesgo algo, realizaron tentativa. Cabe destacar que un 59,1% identificado como nivel de riesgo moderado presentaban ideación suicida.

También hubo una asociación significativa entre el tipo de conducta de suicidio y el diagnóstico de urgencias ($\chi^2(8) = 19,86, p <,05$; V de Cramer =,303). En concreto vemos que la mayor parte de la muestra son usuarios diagnosticados como conducta suicida y al mismo tiempo presentan tentativa de suicidio (29,2%). Después, se encuentra el grupo diagnosticado por dependencia de sustancias que al mismo tiempo presenta tentativa de suicidio (12,5%). Dentro de los que presentaron ideación suicida (33,7%), la mayoría fueron diagnosticados de conducta suicida (22,2%) o dependencia de sustancias (23,6%). De entre los que presentaron tentativa de suicidio (66,7%), el 43,8% fue diagnosticado de conducta suicida y un 18,8% dependencia de sustancias. Destaca el caso de aquellos que fueron diagnosticados con un Trastorno Psicótico, pues el 92,9% (7 usuarios) presentó tentativa frente al 7,1% (1 usuario) que presentó ideación.

El tipo de conducta no mostró asociación significativa con la repetición de la conducta a las 72 horas ($\chi^2(2) = 2,145, p = ,34$), transcurrido el mes ($\chi^2(2) = 2,868, p = ,23$), ni después de los 6 meses ($\chi^2(2) = 1,169, p = ,55$).

Encontramos asociación significativa también entre el seguimiento y la repetición después de un mes ($\chi^2(6) = 31,63, p <,001; V$ de Cramer =,514) y después de los 6 meses ($\chi^2(6) = 25,83, p <,001; V$ de Cramer =,379). La mayor parte de la muestra estuvo formado por usuarios a los que se les hizo seguimiento y no repitieron la conducta en un mes (46,7%). De entre los que no repitieron al mes (77%), se le pudo hacer seguimiento al 77,8% de los usuarios. De entre los que sí repitieron (12,6%), se les pudo hacer seguimiento al 64,7% de los casos. De entre todos los casos a los que sí se le hizo seguimiento (60%), el 77,8% no repitió la conducta en el primer mes, frente al 13,6% que sí la repitió.

Así mismo, encontramos una vez más que la mayor parte de usuarios fueron aquellos a los que se les hizo seguimiento y no repitieron la conducta suicida en un intervalo de 6 meses. De entre todos los que no repitieron (61,7%), se les pudo hacer seguimiento al 68,9%. Considerando el seguimiento, el 72,9% de usuarios a los que se les pudo realizar seguimiento, no repitió la conducta en el intervalo de 6 meses (frente al 12,9 que sí repitió). Sin embargo, no encontramos asociación significativa entre el seguimiento y la repetición de la conducta tras las 72 horas del episodio ($\chi^2(2) = 1,028, p = ,59$).

Por último, se encontró una asociación significativa entre establecer contacto a los 3 días y después de un mes con los usuarios que entraron en el dispositivo y la repetición de la conducta a los 6 meses [$(\chi^2(2) = 6,789, p < .05); (\chi^2(2) = 9,292, p = ,01);$ *respectivamente*]. En concreto, la mayor parte de la muestra la formaron usuarios con los que sí se entró en contacto en este periodo y no repetía la conducta (43,6% y 55,7%, respectivamente). De entre todos aquellos con los que se estableció contacto a los 3 días, el 79,1% no repitió la conducta trascurridos los 6 meses (sólo lo hizo un 9,3%, mientras que con un 11,6% no se pudo establecer contacto). Entre aquellos con los que no se pudo establecer contacto en esos días, un 25,7% si repitió la conducta en ese intervalo de tiempo, frente al 51,4% que no lo hizo. Por otro lado, de entre todos aquellos con los que se estableció contacto trascurrido un mes, el 78% no repitió la conducta a los 6 meses (la repitió un 6%, mientras que con el 16% no se pudo establecer contacto). Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre el establecimiento de contacto a los 3 días y trascurrido el mes y la repetición a las 72 horas.

Después de estudiar la asociación entre las distintas variables, decidimos llevar a cabo un análisis de regresión logística binaria para analizar la forma en la que la puntuación de la

variable SAD PEARSON podía predecir la repetición de la conducta a las 72 horas y después de 1 y 6 meses. Los resultados pusieron de manifiesto que las puntuaciones de la escala no predecían la repetición de la conducta en ninguno de los intervalos temporales.

VI. DISCUSIÓN

Los resultados del Estudio 1 reflejan que en el ámbito estudiado, existe mayor porcentaje de casos atendidos por suicidio consumado (44%), seguido de tentativas (39,7%) e ideación autolítica (13,6%). Sería esperable que el mayor número de atenciones fueran tentativas y quizás el resultado venga por la limitación del tamaño muestral, no obstante, son cifras no muy lejanas a otros estudios del ámbito de urgencias y emergencias que posteriormente se citarán. En el Estudio 2, dado que los criterios de inclusión del Procedimiento Código 100 sólo incluyen ideación y tentativa, existe un porcentaje muy elevado de tentativas (64,9%), duplicando prácticamente el número de casos de ideación (34,3%). Dentro de los estudios a los que se hacía referencia antes existe uno donde la muestra total se componía de 96 pacientes atendidos en SAMUR- PC y se encontró que el 48,4% fueron tentativas de suicidio, seguidos de un 44,2% de suicidios consumados y un 7,4% de ideación autolítica (Pacheco y Robles, 2011).Mingote et al. (2004) reflejan que por cada persona que fallece por suicidio otras 22 acuden a los servicios de urgencias por conductas suicidas, estimando que en Europa suponen cerca de un millón de urgencias hospitalarias, estimando que la conducta suicida está presente en el 38% de las urgencias psiquiátricas. Mateos et al. (2007) en su estudio dentro del ámbito extrahospitalario señalan que casi un 1% del millón de las llamadas que recibe un Servicio de Emergencias en la Comunidad de Madrid son por un intento autolítico donde se había empleado fármacos o tóxicos. En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, Ayuso (2009) estima una incidencia anual de 102,07 tentativas autolíticas por cien mil habitantes. Destaca la diferencia con los datos oficiales de tentativas de suicidio en España, confirmando así la variabilidad de datos y la inexistencia de datos fiables respecto a este hecho. También es importante hacer referencia a los datos facilitados en diferentes estudios y que ha sido expuestos anteriormente, donde se habla de una mayor incidencia de ideación suicida que intentos de suicidio o suicidio consumado, ya que dependiendo del ámbito donde se estudie, estos datos varían. Un servicio de emergencias se solicitará principalmente cuando la conducta ya se ha realizado y en pocos casos como podemos observar en la muestra estudiada, se solicitará cuando simplemente se está desarrollando la idea.

Blumenthal y Kupfer (1986) diferencian cinco esferas de vulnerabilidad, constituidas por factores psicosociales, factores de personalidad, trastornos psiquiátricos, factores

biológicos y factores familiares y genéticos. Dentro de las muestras de estudio y atendiendo a los datos socio-demográficos, en cuanto a la variable sexo, en el Estudio 1 existe mayor número de varones (60,9%) con conducta suicida en el ámbito extrahospitalario. Coincide con el Estudio 2 donde el mayor porcentaje son varones (54,9%). Este dato va en la línea con que el mayor porcentaje de los pacientes atendidos en este ámbito de intervención son varones. Existen datos sobre la perspectiva de género en SAMUR – PC donde se encontró que del total de pacientes con patología grave atendidos en el año 2014, el 77,4% eran varones (Pacheco, 2015), así como se mantiene prácticamente la misma proporción que en los datos del año 2008, donde en el mismo Servicio se realizó un estudio sobre conducta suicida, encontrando que los varones eran el 60% frente a un 40% de mujeres (Pacheco y Robles, 2011). Concuere también con los datos aportados por diferentes autores que señalan que la conducta suicida entre varones es por término medio, tres veces superior a la de las mujeres (Durkheim,1992; Diekstra,1993; Diekstra y Gulbinat,1993; OMS,1995).

En las muestras del Estudio 1 y 2, encontramos que la incidencia de los varones es siempre superior a las mujeres en todo el continuo suicida (ideación, tentativa y suicidio consumado), destacando que en el análisis del suicidio consumado existe una cifra de 2 varones por cada mujer. Debido a que en el Estudio 1 existe mayor porcentaje de suicidios consumados, podemos afirmar que va en la misma línea que diversos estudios encontrados. Desde hace algunas décadas es un hecho mundialmente aceptado que la frecuencia de suicidio entre varones es en promedio al menos 4 veces mayor a la de las mujeres, proporción estable en todos los grupos etáreos (Kaplan y Sadock, 2003; Deykin, 1986). Mundialmente la razón entre la tasa de suicidio de los hombres y a de las mujeres varía de 1,0:1 a 10,4:1, influyendo en esto el contexto cultural (OPS, 2003). En general, casi el 75% de los suicidios son consumados por hombres, en todos los grupos etarios. El análisis sobre conducta suicida realizado en la Comunidad de Madrid entre 2007 y 2008 sobre los pacientes atendidos por intentos de suicidio en diversos hospitales madrileños, se planteaba una relación de 2.7 suicidios consumados por cada 100 intentos en la población general de la Comunidad de Madrid, siendo la relación por sexos de 5.9 suicidios consumados por cada 100 intentos para los varones y de 0.9 por cada 100 intentos en mujeres (Ayuso et al., 2012). Así mismo, investigaciones en grupos jóvenes en Gran Bretaña, señalan que en los años recientes ha habido un aumento considerable en suicidios

entre hombres de 15 a 24 años; siendo las tasas en mujeres del mismo rango etáreo estables, e incluso, en algunos países, menores. El autor explica esto como un reflejo de cómo han cambiado socialmente los roles de género. Propone asimismo posibles causas que expliquen el mencionado aumento en la población adolescente-joven; entre ellas, aumento de rupturas familiares, aumento de abuso de sustancias, mayor prevalencia de trastornos depresivos, mayor inestabilidad en empleos, mayor accesibilidad a medios de suicidio, influencia de medios (al reportar casos de suicidio) y conocimiento respecto a conducta suicida en otras personas jóvenes o del entorno (Hawton, 2005).

Los datos encontrados en nuestro estudio no concuerdan con las investigaciones donde se refleja que los intentos de suicidio poseen una proporción inversa a los suicidios consumados, siendo en promedio 4 veces mayor en entre mujeres que entre hombres (Kaplan y Sadock, 2003). Esta proporción, en relación a la proporción anteriormente citada respecto a suicidio consumado, refleja reciprocidad entre los comportamientos suicidas en hombres y mujeres. Los datos demuestran que los hombres lo intentan menos que las mujeres pero tienen el doble de probabilidades de morir (Sabo, 2000). En una revisión de diversas investigaciones hechas sobre tentativas suicidas que acudían a salas de emergencia hospitalaria se encontró que la población que acudía era en un 75% femenina (Hirschfeld, 1986). Según una revisión de investigaciones acerca de tentativas suicidas en los 90 en EEUU, las tasas de intentos de suicidio oscilaban entre 3:1 y 10:1 a favor de las mujeres (Berman y Jobes, 1991). Esta frecuencia de dos a tres veces mayor en mujeres se reitera tanto en jóvenes como en mayores; aunque las probabilidades en éstos de un resultado mortal son mucho mayores (OPS, 2003).

Por tanto, la hipótesis primera de nuestro estudio es aceptada y contrastada con los resultados obtenidos.

Dentro de los factores de riesgo suicida individuales se debe analizar la edad. Los momentos de más riesgo de intentos y suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada respectivamente (Beautrais et al, 2005). La población de los estudios presentados es muy amplia en cuanto al rango de edad puesto que se recogen conductas suicidas desde la pre-adolescencia hasta personas de elevada edad, con una edad media correspondiente a la edad adulta en el Estudio 1 con 44,62 años y una edad menor

en el Estudio 2 de 39,07 años. Probablemente la diferencia entre ambas muestras sea debido a que en la última no se analizan sujetos que comenten suicidio consumado. Según los datos de la OMS (2002), las personas menores de 45 años representan en la actualidad, más de la mitad de los suicidios que ocurren en un año.

En la muestra del Estudio 1 se confirma que los adultos y mayores de 65 años son los que comenten más suicidios consumados, frente a adolescentes y adultos jóvenes con tentativas.

Se sabe que el suicidio en personas mayores difiere en muchos aspectos del suicidio juvenil, dado que el método en los primeros suele ser mucho más letal y menos impulsivo (Farber, 1965), así mismo, estudios centrados en suicidio en población mayor encuentran que varones de 75 años de edad y más edad acumulan los porcentajes suicidas más elevados en casi todos los países industrializados. Diekstra (1993) expone que existen diferencias entre países, observándose que en algunos hay un primer pico en sujetos jóvenes de 24 a 35 años, y en otros las tasas aumentan hasta las edades medias de la vida. Por tanto, la hipótesis segunda de nuestro estudio es aceptada y contrastada con los resultados obtenidos.

En cuanto a la nacionalidad de la muestra del Estudio 1, existe la nacionalidad española en un 82,6%, con un porcentaje muy bajo de población inmigrante atendida (12,5%). En cuanto a la etnia, el mayor porcentaje eran caucásicos (76,6%), seguidos de un 6% de hispanoamericanos. Esta variable no se recoge en el Estudio 2 y por tanto, no es posible realizar una comparación. Respecto al tipo de conducta, se encuentra que las personas con nacionalidad española cometen más suicidios consumados, frente a los inmigrantes con mayor número de tentativas. Estos resultados se contrastan con otros estudios encontrando resultados muy similares, como el realizado en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, con un total de 239 pacientes, 17,5% fueron pacientes inmigrantes. Un 31,7% procedían de América Latina, un 24,4% de Europa del Este y un 7,3% de África subsahariana (Quintanilla et al., 2008). Así mismo, se mantienen las cifras que se encontraron en el estudio realizado en SAMUR- PC en el 2008, donde el 82,3% de las personas que atentaban contra su vida eran españoles (Pacheco y Robles, 2011). Coincide también con los datos aportados posteriormente por Ayuso (2009) el cuál obtiene un 13,9% de población inmigrantes en tentativas suicidas.

Según algunos autores, las diferencias de prevalencia de enfermedades mentales no se deben a factores étnicos sino que parecen estar relacionadas con el hecho de ser inmigrantes (Tseng, 2001) y por tanto, de los factores socioeconómicos, culturales y de calidad de vida (Moscicki,1997).

En cuanto al apoyo social de la muestra del Estudio 1, los datos encontrados indican que la mayoría de las personas (56,5%) presentaban un buen entorno social, así como que aquellas personas que no tenían ningún apoyo social o apoyos inestables tenían menos letalidad y menos riesgo que aquellos con buen apoyo social. Este dato puede verse como contrario a la bibliografía donde los resultados suelen indicar que el apoyo social es un factor protector de la conducta suicida, sin embargo, para analizar estos datos, debemos diferenciar los casos de ideación, tentativa y suicidio consumado, ya que puede haber información sesgada en los casos de suicidio consumado, donde los informantes sobre la variable soporte social, son los propios familiares, que quizás a modo de mecanismo defensivo, identifican como apoyo social adecuado el que se proporcionaba a la persona fallecida. Así mismo, se considera necesario tomar con cautela el resultado puesto que puede existir una influencia del tamaño muestral, de los profesionales por la influencia individual sobre lo que se considera que es un apoyo social adecuado anterior al suicidio y por la limitación de recogida de información sobre esta variable. Hay que destacar también que existe un total de 23,9% de las personas que se obtuvo información donde se considera que mantenían apoyos inestables o incluso ningún apoyo. Para reducir la influencia del tamaño muestral, esto puede compararse con los resultados obtenidos en el Estudio 2 con casos de ideación y tentativa, donde la información la aporta el propio paciente y donde el 45,5% de los sujetos presentaba apoyos inestables o ningún apoyo, frente a un 17,9% donde se constata buen entorno social. Existen numerosos autores que han estudiado la relación entre aislamiento social y conducta suicida. Al respecto, Harris (1981) al comparar fallecidos por muerte natural con los fallecidos por suicidio, encontró en estos últimos un problema de aislamiento social creciente en los últimos momentos de su vida y Trout (1980) concluyó que aquellos individuos que consuman el suicidio informan de altos niveles de aislamiento social y retirada social antes de sus muertes, de ahí que quizás y como hemos dicho antes, la información aportada por parte de los familiares, pueda estar sesgada. En el Estudio 2 aparecen resultados que indican que existe relación entre el apoyo social y la repetición de la conducta, siendo aquellos que tenían

apoyos sociales inestables, los que repetían la conducta suicida al mes de haber sido incluido en el Procedimiento de Código 100. Es decir, la existencia de un buen apoyo social funciona como factor protector cuando hay riesgo de suicidio. En cuanto a la variable apoyo social y la existencia de diferencias en cuanto al género, se encontró un resultado que no llegaba a la significatividad estadística. Los hombres y mujeres estuvieron repartidos igualitariamente (considerando a nivel estadístico) en las distintas categorías de apoyo social. Los datos concretos nos señalan que globalmente la mayor parte de usuarios son varones sin apoyo (16.7) y mujeres con apoyos inestables (16.7). Entre las mujeres, predomina el grupo con apoyos inestables (40%), y un 18.9% no cuenta con ningún apoyo. Entre los varones, predomina el grupo de personas sin ningún apoyo (28.8) y un 25.6% cuenta con apoyos inestables.

Así mismo, al analizar la variable estado civil, los resultados del Estudio 1 van en la línea de confirmar que la muestra presenta mayor prevalencia en personas solteras, divorciadas y viudas, llegando a un 57,5% de la muestra. Dentro de este grupo, se da mayor conducta suicida en solteros (39%), seguidos por separados y divorciados (13%) y viudos (5,4%). Esta variable no fue recogida en el Estudio 2. En el estudio WHO /EURO se observó en la zona del Norte de Europa una mayor incidencia en mujeres y hombres divorciados y más bajas en viudas y viudos. Entre las mujeres el suicidio alcanza mayores tasas en las divorciadas que entre las casadas. En España, el Instituto Nacional de Estadística en el 1994 publica datos sobre el grado de consumación, sexo y estado civil, obteniéndose que de un total de 1765 suicidios realizados por varones, y donde se recogió el estado civil, 845 estaban solteros, viudos, separados o divorciados frente a 744 casados; en cuanto a los 632 suicidios realizado por mujeres, 271 estaban solteras, viudas, separadas o divorciadas, frente a 252 casadas. Davidson y Philippe (1986) describen un aumento del riesgo de suicidio de 2,3 en hombres solteros, 2,9 en hombres divorciados y 3,6 en viudos, frente a aquellos que se encuentran casados. En las mujeres describen un aumento del riesgo de morir por suicidio de 1,9 en solteras, 2,0 en divorciadas y 2,2 en viudas, frente a las mujeres casadas. Rodríguez et al. (2004), en una muestra de 365 sujetos con conducta suicida, encontraron que hubo predominio en las personas sin vínculo de pareja, divorciados y solteros, para el 67,7 % de la muestra y el 30,4 y 35,1 % respectivamente, seguido de los casados, con el 19,7 %. Más recientemente, Ayuso (2009) obtiene en una muestra de 921 personas que tuvieron una o más tentativas de suicidio, que el 43,1%

estaban solteros, 15,1% separados o divorciados, 3,5% viudos frente a un 27,8% casados. Por otro lado, en cuanto a la convivencia de las personas atendidas, el mayor porcentaje de las personas vivían con algún miembro de su familiares, pareja e hijos (67,3%), principalmente con la pareja (25,5%). Destacar que debido a las características de la población atendida por el Servicio SAMUR- Protección Civil, en esta población existe un número de personas que vivían en instituciones públicas (1,6%) y personas sin hogar (2,7%). Uno de los factores de vulnerabilidad del suicidio que describen Freeman y Reinecke (1995) es la percepción de soledad (aunque uno se encuentre físicamente acompañado) y la falta de apoyo social, relacionándolo con la sensación de abandono, desesperanza o desesperación.

Por tanto, se acepta la hipótesis tercera de que el acto suicida en nuestra muestra se produce con mayor frecuencia en personas que en el momento del suceso presentan escaso apoyo social y que no tienen pareja. Siendo por tanto un factor de riesgo que puede actuar como precipitante de la conducta suicida.

Respecto al número de hijos de las personas de la muestra del Estudio 1, encontramos que existe un 68,35% con hijos. Tener hijos en casa, excepto en personas con psicosis postparto o trastornos del estado del ánimo, se considera un factor protector de la conducta suicida. Sin embargo, en la muestra analizada no ha sido posible recoger la proporción en la que los hijos viven en casa y a su vez pueden suponer un apoyo social estable y adecuado, y por tanto pudieran “proteger” de la conducta suicida. Esta variable no se analiza en el Estudio 2 y por tanto no se puede comparar.

Atendiendo a los datos relacionados con la salud (orgánicos y psíquicos), encontramos en ambos estudios (1 y 2), que la mayor proporción de los sujetos no presentaban antecedentes somáticos, Estudio 1 (35,3%) y Estudio 2 (57,8%), sin embargo, del total de los que si que presentaban uno o varios antecedentes orgánicos en el primer estudio, el 12,5% era una enfermedad crónica, siendo más frecuente los trastornos cardiovasculares (4,9%). Además, encontramos en esta muestra de estudio que existe asociación entre tener enfermedad propia y haber consumado el suicidio (66,1%). En el segundo estudio realizado, dentro de aquellos que especifican sus antecedentes (22,4%), las patologías más frecuentes son trastornos neurológicos (13,3%) y digestivos (13,3%).

Hay que tomar con cautela este resultado, ya que existe un elevado porcentaje de personas de los que en el momento de la intervención no fue posible recoger los antecedentes clínicos (patología, tratamiento e ingresos por esta causa) por no haber personas que dispusieran de esta información o porque el propio paciente no podía informar. Se considera como factor de riesgo individual la presencia de enfermedad crónica o discapacidad (Hawton et al.,2009; Nock et al.,2008). El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc.), se relacionan con mayor riesgo de suicidio (Hawton K, van Heeringen,2009;Nock et al.,2008; NCCMH,2004). La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales (OMS,2008).

En cuanto al porcentaje de personas que presentaban trastorno psiquiátrico previo en las muestras de estudio, en el Estudio 1 existe un 60,9% con presencia de patología, siendo el diagnóstico más frecuente el Trastorno de Ánimo en un 32,1%, seguido de Trastorno relacionado con sustancias (10,3%) y Esquizofrenia y trastornos psicóticos (9,2%). En cuanto al Estudio 2, existe un porcentaje mayor con 73,1%, de los cuales es posible conocer en un 64,9% los antecedentes, siendo igualmente el Trastorno del ánimo el más frecuente (36,6%), seguido del Trastorno de Personalidad (15,3%) y Abuso de Sustancias (7,1%). Existe amplia bibliografía que avala la importancia de la patología psiquiátrica como factor de riesgo para el desarrollo de actos suicidas (Bolton y Robinson, 2010; Gunter et al, 2013). La Depresión Mayor es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (Beautrais et al.,2005). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (WHO,2002). Los datos obtenidos en un estudio realizado durante dos años con 314 pacientes que buscaron tratamiento por un episodio depresivo mayor, donde se examinaron los factores predictivos, obteniendo durante el seguimiento que el 16,6 % de los pacientes cometieron tentativas autolíticas o se suicidaron. Los antecedentes familiares de actos suicidas, el consumo previo de sustancias, el tabaquismo, el trastorno límite de la personalidad y la separación temprana de los padres triplicaban el riesgo de futuros actos suicidas en los varones. En las mujeres, el riesgo de actos autolíticos futuros se multiplicó por seis en las

que presentaban tentativas suicidas previas: cada tentativa en el pasado triplicaba el riesgo de cometer una nueva tentativa. La ideación suicida, el potencial letal de las tentativas anteriores, la hostilidad, los síntomas depresivos subjetivos, tener pocas razones para vivir el trastorno límite de la personalidad comórbido y el tabaquismo también incrementaban el riesgo de futuros actos autolíticos en las mujeres. Por tanto, estos resultados sugieren que la importancia de los factores de riesgo de cometer actos suicidas es diferente en los varones y las mujeres deprimidos. Este dato puede mejorar la evaluación del riesgo suicida y orientar los estudios futuros sobre la evaluación y la prevención del suicidio (Oquendo et al., 2007). En cuanto a los Trastornos relacionados con sustancias, el consumo de alcohol y otras sustancias ejerce un papel muy significativo ya que según aporta la bibliografía, uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. En concreto, en el Estudio 2 aparece una relación significativa entre el tipo de conducta de suicidio y el diagnóstico que se da en urgencias, encontrando que en las tentativas suicidas el 18,8% se diagnostica como dependencia de sustancias, elevándose a un 23,6% en el caso de la ideación autolítica. Más adelante, se hará mención al análisis de la variable sustancias encontrados en las muestras estudiadas. Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general (Beautrais et al.,2005) y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos (Hawton y Heeringen,2009; Nock et al.,2008; Beautrais et al.,2005; Yoshimasu et al.,2008) y en general, después de años de enfermedad (WHO,2002). En cuanto a personas diagnosticadas de esquizofrenia o trastorno psicótico, el riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida, donde es frecuente que no avisen previamente y empleen un método muy letal (Beautrais et al.,2005). Sin embargo, debido a que este trastorno es relativamente poco frecuente en la población general (1%), no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global. Destacar que en el Estudio 2 se obtuvo que de las personas diagnosticadas en urgencias como Trastorno Psicótico, el mayor porcentaje (92,9%) presentó tentativa. Otra patología psiquiátrica relacionada estrechamente con la conducta suicida es el Trastorno Bipolar, donde entre un 25-50% de los pacientes realizan un intento de suicidio (Beautrais et al.,2005; López et al.,2007).

No se debe dejar a un lado la asociación encontrada en la muestra del Estudio 1 donde la mayor parte de los sujetos que consumaron el suicidio, presentaban un trastorno psiquiátrico. Del 72,7% de personas con antecedentes psiquiátricos conocidos, un 44% consuman el suicidio. Dentro de esta misma población, el 31% presentaban ingresos psiquiátricos previos y un 25,5% estaban en tratamiento mixto (medicación y psiquiatra y/o psicólogo), un 21,7% tratamiento únicamente con psiquiatra y hay que destaca que el 18,5% no tenía ningún tipo de tratamiento en la actualidad. Es necesario el desarrollo de estrategias de prevención. y esto se hace todavía más palpable si se tiene en cuenta que alrededor del 70% de las personas que fallecen por suicidio no habrían recibido anteriormente atención sanitaria para el cuadro que se asocia a su conducta suicida (Shahtahmasebi, 2013). Se estima que sólo un 25% de los intentos de suicidio contactan con un centro sanitario (Mejías et al.,2011). Así mismo, en un estudio realizado con población madrileña se encontró que del total de la muestra, 96 pacientes (83.5%) no presentaban un tratamiento (psicofármacos o terapia) en el momento de acceder a urgencias por ideación o tentativa autolítica (López et al, 2015).

Respecto al consumo de sustancias, en la muestra del Estudio 1 existe un 42,95% de personas que no presentaban consumo de sustancias en la actualidad. Del 26,15% de las personas que en la actualidad se conoce que presentaban consumo, el mayor porcentaje presentaba consumo de alcohol (15,2%). En el Estudio 2 se valoró la existencia de consumo en el momento de la intervención y posterior valoración en urgencias, encontrándose que en el ámbito extrahospitalario se identificó consumo de tóxicos en un 31,3%, siendo el alcohol la sustancia más consumida (sólo o con otros tóxicos). En el ámbito de urgencias, los tóxicos son valorados mediante analítica y se encontró un porcentaje muy similar (32,8%). El consumo de tóxicos no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida (Yoshimasu et al.,2008) . En Estados Unidos, por lo menos una cuarta parte de los suicidios registrados, las personas habían ingerido alcohol. El abuso de alcohol puede producir depresión o podría concebirse como una forma de automedicación para aliviar la depresión. Tanto la depresión como el abuso de alcohol, pueden ser el resultado de estresores específicos en la vida diaria de la persona. Así mismo, dentro del Estudio 2 aparecen diferencias significativas atendiendo al género, encontrando que dentro de la población que había consumido alguna sustancia, el mayor porcentaje era en varones,

duplicando la cifra de consumo a las mujeres. Cabe señalar, que el alcohol puede utilizarse como un desinhibidor, el cual facilita que el acto suicida se lleve a cabo (CPS,2015). Así mismo, el paciente alcohólico que presenta una patología psiquiátrica severa tiene un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y suicidio (Casas y Guardia,2002).

Podemos aceptar la hipótesis cuarta se confirma parcialmente, puesto que en las muestras de estudio, sólo se cumple el presentar antecedentes psiquiátricos.

Otro de los aspectos relevantes que hay que conocer para poder perfilar los factores de riesgo y protectores de personas que idean o intentan contra su vida es saber la historia previa de suicidio, atendiendo a diferentes aspectos. En primer lugar, la muestra del Estudio 1 presenta un 34,2% de personas que refieren directamente o alguno de sus familiares presentes, que no existían antecedentes familiares de suicidio. Este dato habría que tomarlo con cautela, puesto que existe un porcentaje no desdeñable (34,2%) donde no saben si existe o no. Esto podría venir relacionado con la estigmatización y la ocultación que hay entorno al suicidio, donde muchas familias crean un secreto familiar y ocultan durante años la causa real de la muerte de algún familiar. Resaltar que de las personas que se obtuvo información de presentar antecedentes familiares, existe un porcentaje de 68,4 de suicidios consumados. En segundo lugar, la muestra del Estudio 1 presenta que el mayor porcentaje de personas presentaban tentativas previas (45,1%), en un 19,6% con un intento anterior y un 6% con dos o más tentativas. Dentro del último año el 15,8% habían tenido una tentativa, siendo el método más utilizado la ingesta de fármacos o drogas con efectos sedantes (10,3%) y el más letal por defenestración (10,9%) e ingesta por fármacos sedantes (8,7%). En el Estudio 2, la muestra de pacientes con ideación o tentativa presenta una probabilidad mayor de 56,7% con intentos previos. Coincide con los datos encontrados donde el 50% de los suicidios consumados tienen antecedentes previos de tentativas de suicidio (Roy, 1989), es más el 20-25% han sido atendidos en el año previo en un hospital general por autolesiones (Foster et al, 1997). Así mismo, en la población del Estudio 2 con pacientes con tentativa, el método más empleado es el de ingesta de fármacos sedantes (16%), seguido por cortes (13,1%), sin embargo, destaca que en casos de ideación, los métodos que verbalizan que han pensado son de mucha mayor letalidad siendo la defenestración (20,5%) y cortes (17,2%).

En cuanto a los acontecimientos vitales previos, los estudios revisan el porcentaje en el que se dan ciertos acontecimientos, pudiendo considerarse predisponentes y/o precipitantes de la conducta suicida. Dentro de los factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida, tenemos las pérdidas financieras (económicas y laborales). De la muestra total del Estudio 1 existía un mayor porcentaje de personas que en la actualidad no estaban trabajando por baja, invalidez y desempleo (38,6%) y jubilados (13,6%). La OCDE, en su Informe de 2013 y con carácter general, asocia tasas más altas de suicidio con la presencia de bajos ingresos, abuso del alcohol y drogas, estar desempleado o ser soltero (OCDE,2013;Crump et al.,2013;Qin et al.,2003). Existiendo otras variables, junto al desempleo, que afectan al riesgo de suicidio (pobreza, trastornos psíquicos, carencia de lazos sociales o cultura de la población frente a la muerte) (Durkeim, 1897), en los periodos de recesión económica se ha encontrado una alta correlación entre tasas de desempleo y de suicidio (Stuckler et al.,2009;Pritchard,1992), especialmente entre varones de 30 a 49 años (Platt y Kreitman, 1990;Charlton et al.,1992) y jóvenes entre 16 y 24 (INE, 2014; Ministerio de Empleo y Seguridad Social,2013) . En esta relación entre desempleo y suicidio, existe un estudio que trata de analizar cómo influye la duración del desempleo en esta relación encontrando que el riesgo es mayor en los cinco primeros años y persiste a un nivel más bajo pero elevado hasta después de los 16 años de desempleo (Milner et al, 2013).

Siguiendo con el análisis de eventos vitales estresantes, en la muestra del Estudio 1, la enfermedad propia es el acontecimiento con mayor frecuencia (39,7%), seguido por problemas interpersonales (12,5%) y problemas económicos (11,4%). El primer grupo con enfermedad propia presentaba mayor porcentaje de suicidio consumado (54,2%) y el segundo grupo con problemas interpersonales, presentaba mayores tentativas (56,2%). En el último grupo, aquellos que tenían problemas económicos se encontraron puntuaciones más altas de ideación autolítica que del grupo que no presentaba este problema. Destaca también que aquellas personas que tenían como evento estresante la muerte de un familiar, presentaban una puntuación de rescate menor. En la población estudiada del Estudio 2 encontramos unos porcentajes menores y que los acontecimientos más frecuentes se invierten a la población anterior, con un porcentaje más elevado de personas que especifican como precipitante los problemas interpersonales (36,2%), seguido de la enfermedad propia (8,2%) y los problemas económicos (4,9%). Ciertos datos, procedentes de diversos trabajos, sugieren que la acumulación de sucesos vitales estresantes se

correlaciona positivamente con los intentos de suicidio (Paykel, 1976; De Vanna y cols., 1990; Clum y cols., 1991; Simonds y cols., 1991). Así, considerando los factores desencadenantes o facilitadores de las tentativas de suicidio se ha hallado la existencia de una alta relación entre el nivel de estrés, estimado y medido como sucesos que conllevan cambios vitales, y parasuicidio ocurriendo las tentativas de suicidio verosímilmente en respuesta al estrés (Power y cols., 1985; De Vanna y cols., 1990; Clum y cols., 1991; Simonds y cols., 1991). Parece ser que el significado de un acontecimiento tiene que ver con el riesgo de intento de suicidio. Así, cuanto más atemorizante y displacentero sea el acontecimiento mayor será el riesgo (Paykel y cols., 1975; Garrison y cols., 1991). Sin embargo, la relación existente entre acontecimientos vitales estresantes y las tentativas de suicidio parece ser más compleja que la evocada por una simple relación causa-efecto. Es decir que aún cuando los sucesos vitales desagradables pueden ser un factor de riesgo de conductas autodestructivas, la mayoría de las personas que han tenido sucesos vitales desagradables no realizan necesariamente una tentativa de suicidio. Esto constituye una evidencia de que no se trata sólo del acontecimiento en sí, sino también del terreno en el que se da. Así, la vulnerabilidad al estrés, la susceptibilidad genética a diferentes enfermedades, y las disfunciones biológicas debe tenerse en cuenta, siendo la combinación de todos estos factores la que nos da como resultado una enfermedad específica en un caso y una adaptación coronada por el éxito en otras ocasiones (Paykel, 1976).

La hipótesis quinta, es aceptada ya que los problemas interpersonales y problemas económicos y de desempleo se encuentran en las muestras de estudio como principales sucesos detonantes del constructo suicida, a parte de la enfermedad propia.

Otros aspectos analizados han sido los relacionados a la conducta de suicidio actual, donde en el Estudio 1 el mayor porcentaje como ya se ha dicho son los suicidios consumados (42,9%), sin precauciones contra ser descubierto en un 60,9%, estando sólo durante la conducta (49,5%), donde no fue un acto interrumpido en un 57,1%, un 13% de los sujetos que verbalizan su intención de repetir, sin embargo, existe un 20% donde este aspecto no se valora. En los casos en los que ha existido tentativa o suicidio consumado, se recoge que en un 45,7% no lo habían comunicado antes frente a un 25% que sí que lo había comunicado, se confirma in situ que existe nota suicida en un 12% y se identifica un desencadenante en un 53,3% que coincide con el tipo de sucesos vitales estresantes que se

dan en mayor proporción, problemas interpersonales (16,3%) y enfermedad propia (13,6%). Los datos respecto a la comunicación de la intención autolítica han de ser valorados con cautela, puesto que no es posible determinar si se trata de una ausencia de comunicación inmediatamente anterior al acto o una ausencia total de comunicación. Sin embargo, parece que los datos apuntan a que las personas no suelen comunicar de forma anterior su intención suicida, sin embargo, habría que valorar si no lo han hecho mediante amenazas previas, conductas de cierre u otras formas. En cuanto a las notas suicidas, son considerados marcadores de la gravedad de un intento suicida y se han empleado en muchos casos como forma de entender el suicidio. Existen varios estudios, que encuentran porcentajes mayores al encontrado en el presente estudio, pero hay que considerar que las muestras eran mucho mayores, un ejemplo de esto es el estudio que concluye que en suicidios consumados la proporción de notas suicidas era de un 30,1% de 5161 sujetos, donde la mayor proporción eran mujeres, que vivían solas, con método empleado como el ahorcamiento, cortes e intoxicación con monóxido de carbono, y encontrando que las personas con enfermedades físicas o psíquicas o los casos de personas donde no se encontraron razones ostensibles para que el sujeto se quitara la vida tendieron a no dejar nota (Kuwabara et al.,2006).

Otros aspectos analizados con la población del Estudio 2 hacen referencia a donde se realiza la conducta suicida, encontrando que en casos de ideación y tentativa, los pacientes se encontraban principalmente en un lugar familiar (35,1%), teniendo en cuenta que todas estas atenciones se realizaron en la vía pública o lugares públicos (lugar donde atiende SAMUR), eliminando aquellos casos que cometen en el lugar más íntimo que pueda ser para una persona, su propia casa. Así mismo, existen diferencias significativas encontrando una tendencia clara que las mujeres tienden a realizar la conducta suicida en un lugar familiar, frente a que los hombres lo hacen en lugares no familiares.

Respecto a la medición del riesgo suicida en los pacientes atendidos en el Estudio 1 por ideación suicida en el ámbito extrahospitalario, encontramos que existe un porcentaje de 44% de personas con riesgo muy alto de suicidio. En cuanto a la muestra de sujetos con tentativa y suicidio consumado, encontramos que las escalas empleadas muestran que el mayor porcentaje de los sujetos con un riesgo moderado- alto y alto (32%) y una rescatabilidad moderada-alta y alta de 31,5%. Donde había un porcentaje no

menospreciable de 37% con alta probabilidad de repetir el intento de suicidio y una letalidad objetiva alta en un 67%. En el Estudio 2, se valoró igualmente el riesgo de suicidio actual, apareciendo niveles muy elevados de riesgo, el riesgo alto aparecía en un 75,7% y el moderado en un 8,2%. En concreto, el grupo del Estudio 1 de tentativa suicida se encontró que el 69,6% tenían intención de repetir y en la muestra del Estudio 2, destaca que prácticamente coincide con un 60,1% de personas que presentan aceptación ante la ideación o conducta autolesiva, con ausencia de crítica hacia sus pensamientos o actos realizados. Como ya sabemos, la tentativa de suicidio es el principal factor predictor del suicidio consumado, estimando que entre el 10 – 15% de los sujetos que realizan una tentativa, acabaran consumando el suicidio, siendo el riesgo mayor durante el primer año posterior a la tentativa. De la misma forma, el 14 – 60% de las tentativas tienen antecedentes de una o más tentativas previas y del 30 – 60% de los suicidios consumados tienen tentativas previas (Ros,1998). La evaluación del riesgo es una medida fundamental dentro de la prevención de la conducta suicida y en la actualidad, la evaluación es poco precisa (Appleby et al. 1999). Todo esto indica que en la población analizada es fundamental la valoración desde el primer momento del nivel de riesgo y debe ser objeto de medidas preventivas para reducir la repetición de la conducta.

La hipótesis sexta, es aceptada por tanto en las muestras de estudio, encontrando que la población atendida en el ámbito extrahospitalario por conducta suicida, es una población especialmente vulnerable por los factores de riesgo que presenta.

Por último, se analizó en la población del Estudio 1 si existían variables que predecían la conducta suicida, encontrando que el aspecto social (convivir sin familia y estar soltero) eran variables sociodemográficas que discriminaban entre presentar ideación y realizar una tentativa. Así mismo, la variable de tener problemas interpersonales discriminaba entre el paso de la ideación a la consumación. Otra variable con potencial de discriminación entre presentar tentativa y suicidio consumado fue el nivel de rescate, es decir, hay mayor probabilidad de que la persona cometa tentativa cuanto más alto punta en la subescala de rescate.

Es importante recordar que, aunque los intentos de suicidio previos son de los mejores predictores de repetición y suicidio consumado (Oquendo et al.,2006) , una adecuada

prevención y tratamiento puede reducir el riesgo (Mann et al.,2005). Por tanto, se ha considerado fundamental conocer los factores de riesgo y protectores (sociodemográficos y clínicos) involucrados en la conducta suicida de la población atendida en emergencia extrahospitalaria, por la especificidad de esta, pero además se estimó necesario ampliar el análisis a través del segundo estudio (Estudio 2) para analizar la eficacia del procedimiento implementado como programa de prevención de la conducta suicida basada en la identificación precoz del nivel de riesgo. El comportamiento suicida es un problema muy complejo y hay muchos factores que intervienen en la simple pregunta de quién va a intentar suicidarse. No obstante, la población atendida en el ámbito extrahospitalario puede considerarse un grupo de riesgo y vulnerable por todos los factores anteriormente identificados. En un estudio muy reciente donde se comparó población proveniente de SAMUR Protección Civil y otra población (que acudía a urgencias por sus medios), se identifica que existen intervenciones por riesgo suicida en lugares públicos con frecuencia a personas de nivel socioeconómico bajo, que podrían estar en situación de exclusión y vulnerabilidad social. Sin embargo, no se encontraron diferencias psicopatológicas entre estos pacientes y el resto de la muestra, salvo una tendencia al abuso/dependencia de sustancias no alcohólicas. Conjuntamente, la intervención en vía pública, la menor adherencia al seguimiento y el bajo nivel socioeconómico sugieren una situación de crisis psicosocial (López et al.,2015).

En primer lugar, y para completar la caracterización de esta muestra, el 99,6% fueron pacientes no agresivos, con una actitud inicialmente colaboradora (68,7%) y con un 14,9% de los sujetos no colaboradores para lo que fue necesario un traslado con sedación en un porcentaje muy bajo (2,2%). Así mismo, en Urgencias fue identificado como patología orgánica un 3,7% de los casos y la resolución en Urgencias que se dio a los pacientes trasladados como Código 100 fue en su mayor parte la observación en Urgencias (69,8%). Este dato destaca ya que en la muestra estudiada existe sólo un 8,6% de pacientes ingresados frente a lo esperable por la valoración de riesgo encontrada, ya que la recomendación general es que donde existe un riesgo medio sin apoyo familiar y siempre con riesgo alto (9,4% en nuestro estudio), debería realizarse el ingreso del paciente para asegurar el control.

Debido a que la atención a pacientes con riesgo suicida en el ámbito extrahospitalario no contaba con medidas objetivas, se desarrolló la Escala de Valoración de Riesgo Suicida en el ámbito extrahospitalario (ANEXO 5) que como ya se ha descrito con anterioridad, ha servido de herramienta para los profesionales para proporcionar una referencia, aumentar la exhaustividad de la evaluación y dando un valor legal a la valoración realizada. Se sabe que en un gran número de ocasiones, si el paciente recibe asistencia, la entrevista que se realiza al paciente adolece de falta de preguntas acerca de la presencia de intenciones suicidas, e incluso si se diagnostica algún trastorno mental, no suele especificarse el riesgo de suicidio del paciente en cuestión (Bobes et al., 2011; Oquendo et al., 2008). En la muestra de estudio, encontramos que la valoración del riesgo in situ que realiza SAMUR a través de esta herramienta ayudaría a tomar medidas con estos pacientes, debido a que como se ha comentado antes, en un 38,1% presentan riesgo medio (donde la recomendación es ingreso si no hay apoyo social) y pacientes con riesgo alto (9,4%) donde el ingreso sería obligatorio. Este último dato prácticamente coincide con el número de personas que se ingresan desde urgencias (8,6%), en cuanto al riesgo medio, debemos compararlo con la población que está sin apoyo que en cuya muestra es de 20,1% y apoyos inestables un 25,4%, es decir, podríamos decir que de la muestra de estudio no se siguen las recomendaciones tras la valoración con la Escala SAD, no obstante, quedaría pendiente el análisis de la concordancia entre la valoración de la Escala SAD cuando el paciente es atendido en ámbito extrahospitalario a cuando a posteriori, es valorado en urgencias, esperando que si que exista concordancia puesto que los factores se presentarían inalterables. Así mismo, los resultados muestran que aquellos son los pacientes valorados por SAMUR como riesgo alto los únicos que presentan un porcentaje de repetición (9,7%), esto desvela, que a pesar de que no se encuentran resultados significativos respecto a la predicción de la herramienta empleada respecto a la repetición en los diferentes momentos temporales analizados, si da una información útil y permite una buena identificación de pacientes en riesgo.

En cuanto al Seguimiento realizado a los pacientes, encontramos que del total de los pacientes cursados como Código 100, se encuentran mayores dificultades para el seguimiento a los 3 días que al mes. Los datos a su vez reflejan que el momento en donde hay más repetición de la conducta es al mes y a los 6 meses, por tanto sería un periodo a destacar en el tratamiento de estos pacientes. Así mismo, destacar que en los resultados se

confirma que realizar un seguimiento telefónico con los pacientes es un factor positivo, ya que existe un porcentaje elevado de pacientes con los que se tuvo contacto y no repitieron la conducta. Continuar siendo el sostén y que así lo sienta una persona con riesgo suicida, es fundamental. Se debe subrayar también que existe dentro de la población de estudio un porcentaje mínimo de repetición y de muertes (1,5%) con una incidencia acumulada de riesgo de muerte durante el seguimiento de 0,014. Si estos resultados los comparamos con otras iniciativas de prevención llama la atención, por un lado, la variabilidad sobre la efectividad en algunas estrategias y, sobre todo, la escasez de datos existentes sobre la efectividad de la mayoría de intervenciones, así como las limitaciones del diseño de los trabajos, las dificultades de generalización, y las escasas replicaciones de los datos. En general ante la escasa evidencia disponible, las intervenciones preventivas normalmente usan una estrategia de amplio espectro, combinando intervenciones universales, selectivas e indicadas, y en distintos ámbitos y contextos. Por otro lado, la recomendación general de los expertos es que las intervenciones se basen en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida, por lo que si esos datos no están disponibles, el primer paso sería realizar estudios exploratorios en cuyos resultados puedan basarse posteriormente las indicaciones (Ayuso et al.,2012). En nuestro caso, el Estudio 1 pretende caracterizar la población específica del ámbito de extrahospitalaria y posteriormente definir un modelo de estrategia preventiva en este ámbito. Otro tipo de intervenciones preventivas muestran datos acerca de la reducción de suicidios por años con las diferentes poblaciones como médicos de atención primaria (22-73%), militares en EEUU (40%), control sobre las prescripciones de antidepresivos (3,2%), control sobre medios como armas de fuego (1,5-9,5%), gas doméstico (19-33%) y barbitúricos (23%). No existen datos concluyentes sobre programas con población general, programas de control de medios de comunicación, control de analgésicos y las redes de atención. Así mismo y a pesar de que la tentativa de suicidio y los trastornos psiquiátricos son los principales factores de riesgo de suicidio consumado, existe un porcentaje importante de suicidios consumados que no están precedidos por ninguno de estos dos factores. Por tanto aunque, la identificación de intentos de suicidio y el seguimiento adecuado de pacientes con trastorno psiquiátrico en el ámbito de la atención médica especializada es importante para la prevención de suicidio consumado, con ello solo se previene una parte de la mortalidad por suicidio. De ahí la importancia de promover programas de prevención que incluyan a otros profesionales de la salud en contacto con pacientes en riesgo,

principalmente médicos de atención primaria, e incluso a agentes sociales y población general (Ayuso et al.,2012). Los programas dirigidos a personal sanitario para mejorar su competencia en la identificación de los trastornos mentales y su manejo, así como la coordinación entre asistencia primaria y especializada han demostrado ser eficaces para disminuir las tasas de comportamientos suicidas. Por tanto, se considera que el Procedimiento de Actuación Coordinada para la Prevención del Suicidio (Código 100) cumple hasta el momento con los objetivos inicialmente planteados, demostrando la eficacia de la coordinación entre la asistencia extrahospitalaria y de urgencias, aceptándose la última hipótesis planteada.

VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones encontradas en la realización de este estudio son:

- Las intervenciones en el campo de emergencia extrahospitalaria vienen marcadas fundamentalmente por una presión temporal que ha producido que en muchos casos la falta de información para poder llegar a una significatividad en los resultados.
- La recogida de datos ha sido realizada por profesionales sanitarios diferentes.
- La dificultad de acceso a la muestra es importante puesto que en muchos casos se dependía de la información de terceros puesto que el paciente no podía contestar a las preguntas y esto ha podido producir un sesgo en los resultados obtenidos.
- El diseño del estudio 1 cuenta con la limitación que introduce el manejar documentación con datos recogidos por parte del profesional que atiende in situ al paciente. Podemos encontrar por tanto, con un sesgo de información por la falta de precisión y datos perdidos principalmente en casos de suicidio consumado.
- El diseño del estudio 2 cuenta con la limitación de que el ámbito estudiado principalmente es dentro de la emergencia extrahospitalaria, contando con la dificultad de conocer todos los datos del ámbito de urgencias y sin disponer de datos del seguimiento a los 12 meses. Falta por tanto implementar la continuidad entre ambas áreas y mejorar la coordinación.

VIII. CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores sociodemográficos y clínicos involucrados en la conducta suicida de la población atendida en emergencias y que han sido recogidos en el Estudio 1 en casos de ideación, tentativas y suicidio consumado son ser varón que comete un suicidio consumado con edad media de 44 años, español, sin pareja, sin actividad laboral, con antecedentes psíquicos siendo el trastorno de ánimo depresivo el más frecuente, sin consumo de tóxicos en la actualidad, con elevado riesgo, letalidad y rescatabilidad.

SEGUNDA: Los factores sociodemográficos y clínicos involucrados en la conducta suicida de la población atendida en emergencias y que han sido recogidos en el Estudio 2 en casos de ideación y tentativas incluidos en Procedimiento de prevención, son ser varón, de edad media 39 años, con antecedentes psíquicos, principalmente trastorno del ánimo depresivo y tentativas previas, que en casos de ideación el método es la defenestración y en tentativa utiliza como método la ingesta de fármacos sedantes, cumpliendo factores de riesgo como presentar apoyo social inestable, problemas interpersonales y aceptación tras su conducta, y que se mantiene en observación en urgencias tras el traslado, con mayor probabilidad de repetición a los 6 meses.

TERCERA: La población atendida por ideación o conducta suicida en el ámbito de las emergencias presenta alto riesgo de repetición de la conducta suicida.

CUARTA: Se considera positivo el empleo de herramientas objetivas, el estudio sistemático de pacientes para la detección del riesgo de suicidio y la sensibilización de los profesionales en el área de emergencias.

QUINTA: Los programas de prevención de la conducta suicida son necesarios principalmente en subpoblaciones especialmente vulnerables como la que se ha estudiado.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajdacic-Groos, V; Weiss, MG; Ring, M; Bopp, M; Gutzwiller, Rössler, W. (2008) Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*; 86:726-732.

Althoff RR, Hudziak JJ, Willemsen G, Hudziak V, Bartels M, Boomsma DI. (2012). Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of self-harm and suicide. *American journal of medical genetics Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*. 59B(1):120-7. Epub 2011/12/14.

APA. American Psychological Association (1970). *Manual de Primeros auxilios en Catástrofes*.

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ : British Medical Journal*, 318(7193), 1235–1239.

Arffa, S. (1983). Cognition and Suicide: a methodological review. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 13 (2), 109 – 121.

Anseán, A. (2015). *Suicidios: Manual de Prevención, Intervención y Posvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.

Ayuso, J.L. (2009). *Estudio de la conducta autolítica en la Comunidad de Madrid: informe de resultados 2008*. Departamento de Psiquiatría de UAM. Madrid.

Ayuso, J.L, Saiz, J., Morant, C., Baca, E., Miret, M., Nuevo, R. (2012). *Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid. *Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España* José L. Ayuso-Mateos, Enrique Baca-García, Julio Bobes, José Giner, Lucas Giner, Víctor Pérez, Pilar A. Sáiz, Jerónimo Saiz Ruiz *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;05:8-23.

Baca García, E; Díaz – Sastre, A; Severino, A; Saiz, J. (2000). Bases biológicas del suicidio: Metodología, 5.

Baldessarini RJ, Hennen J. (2004) Genetics of suicide: an overview. Harvard review of psychiatry. 12(1):1-13. Epub 2004/02/18.

Barbagli,M.,Colombo,A.(2007). Omosessuali moderni.Gay e lesbiche in Italia , Il Mulino, Bologna, pp.61 – 62.

Beck, A.; Kovacs, M. y Weissman, A. (1975). Hopelensness and suicidal behaviour, J.A.M.A., 234 (11).

Beck, A.T., Kovacs, M., Weissmann, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol, 47(2):343-352.

Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ. (1974).The prediction of suicide. Charles Press Publishers.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T. , Fergusson, D.M., Deavoll, B.J., Nightingale, S.K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a cas – control study. Am J Psychiatry; Aug, 153(8): 1009 – 14.

Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, et al. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de, G. R., Bruffaerts, R. et al. (2006). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study.J.Affect.Disord., 101, 27-34.

Berman, A. y Jobes, D.A. (1991) Adolescent suicide assessment and intervention. Washington: American Psychological Association.

Bertolote, J.M., Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*; 7. 6 - 9.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De, L. D., Bolhari, J., Botega, N., De, S. D. et al. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPREMISS community survey. *Psychol.Med.*, 35, 1457-1465.

Blumenthal ,S.J., Kupfer ,D.J.(1986). Generalizable treatment strategies for suicidal behaviour. *Ann NY Acad Sci*,487:327-340.

Bobes, J., Sáiz, P.A., García- Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M. (2004) *Comportamientos Suicidas. Prevención y Tratamiento. Ars Médica. Barcelona.*

Bobes J, Giner, J., Saiz, J.;(2011). *Suicidio y Psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela.*

Bolton JM, Robinson J. (2010).Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *American journal of public health.* 100(12):2473-80. Epub 2010/11/12.

Brendt DA, Mann JJ. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American journal of medical genetics Part C, Seminars in medical genetics.* 133C(1):13-24. Epub 2005/01/14.

Brezo,J.,Paris,J.,Turecki,G.(2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions:a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3):180-206.

Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*;15:189-94.

Caballero Guerrero, M.J.; López Sánchez, O.; Jiménez León, I.; Sánchez Lima, F.J.;(2011).Actuación ante paciente con comportamiento suicida *Hygia*; 78 : 35-39

Calcedo, A. (1992). “Conductas suicidas: concepto y terminología”. Ponencia en el I Congreso Nacional de la Sociedad de Psiquiatría Legal”. Zaragoza.

Casas, M.; Guardia, J.P (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, vl. 14, supl. 1

Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. (2011). Guía para familiares. Detección y Prevención de la Conducta Suicida,2-3.

Canetto, SS. , Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*; 28: 1-23.

Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V. et al. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population: fivecentreanalysis from the ODIN study. *Br.J.Psychiatry*, 189, 410-415.

Charlton J, Kelly S, Dunnell K.(1992). Trends in suicide death in England and Wales. *Population Trends*;69:10-6.

Chiles, J.A, Strosahl, K. (1995).The suicidal patient. Principles of assessment, treatment and management. Washington: American Psychiatric Press; 32: 261-280.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Clum, G.A., Luscom, R.L., Patsiokas, A.T. (1991). On the stress parasuicide or parasuicide stress relationship, *Psychol Rep*, 68: 1317-1318.

Comeche MI, Diaz MI, Vallejo MA. (1995). Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad- Empresa, p 194-200.

Comisión para la Prevención de Suicidio (CPS). (2015). Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la Prevención de Suicidio. Departamento de la Salud. Puerto Rico.

Comunidad de Madrid. (2010). Plan Estratégico de Salud Mental (2010-2014). Consejería de Sanidad. Madrid.

Crump C, et al. (2013). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine* First;1-11

Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon JC, Reichelt M, et al. (2012). Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly*;142:w13648.

Davidson, F., Philippe, A., (1986). Suicide et tentatives de suicides aujourd'hui. Étude épidémiologique. Paris : INSERM/Doin.

De Luca V, Tharmalingam S, Zai C, Potapova N, Strauss J, Vincent J, et al.(2010) Association of HPA axis genes with suicidal behaviour in schizophrenia. *J Psychopharmacol.* ;24(5):677-82. Epub 2008/10/08.

De Vanna. M., et al.(1990) Recent life events and attempted suicide., *Journal of Affective Disorders*, 18:51-58.

Deykin, E. (1986). Adolescent suicidal and self destructive behaviour: an intervention study. En G.L. Kleman (Ed.). *Suicide and depression among adolescents and young adults*. Washington: American Psychiatric Press.

Díaz-Sastre C., Huerta M., Baca-García E., Saiz J. (1997). ¿Existen focos de suicidio determinados por las condiciones sociodemográficas? *Psiquiatría Biológica*; 4 (Suplemento 2): 101

Diekstra,R. (1989). Suicidal behavior in adolescent and young adults :the international picture. *Crisis*,10 (1) :16-35

Diekstra, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*; 371, 9 –20.

Diekstra, R. Y Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Wld hlth statist quart*; 46,52 - 68.

Durkheim E. (1897). *El suicidio*. Ed. Losada.

Durkheim, E. (1992). *El suicidio*, 3ª ed.,Ed. Akal, Fuenlabrada, Madrid.

Elliott, JL.,Frude,N. (2001). Stress, coping styles, and hopelessness in self poisoners. *Crisis:Journal of Crisis Intervention&Suicide Prevention*, 22(1):20-26.

Eurostat(2014).Enhttp://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/causes_death/data/database.

Evans J, Platts H, Liebenau,A. (1996). Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of “first-timers” and repeaters”. *Acta Psychiatr Scand*, 93: 378-380

Everall R.D, Altrows,K.J,Paulson,B.L. (2006). Creating a future: a study of resilience in suicidal female adolescents.*Journal of Counseling & Development*,84 (4):461-471.

Farber, M.L. (1965). Suicide and Welfare State. *Mental Hygiene*,49,pp.371-373

Farberow, N. et al. (1969) Necesito ayuda: estudio sobre el suicidio y su prevención. La prensa médica mexicana. Méjico.

Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH). (2010). Enfermedad mental y suicidio. Guía para la familia para encarar y reducir riesgos.USA.

Fergusson,L.,Horwood,A.,Beautrais, A.L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. “Archieves of General Psychiatry”, vol.56, n.10,pp.876 – 888.

Ferrando L, Franco-AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, et al. (1998). M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP.

Ferrando,L.,Bobes, J.,Gibert,J. et l. (2000).Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.Madrid.

Field, A. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS statistics (4th ed.). London: Sage

Foster,T., Gillespie,K.,McLelland,R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Irland. Br J Psychiatry,170:447-452.

Katherine A. Fowler, R. Matthew Gladden, Kevin J. Vagi, Jamar Barnes, and Leroy Frazier. Increase in Suicides Associated With Home Eviction and Foreclosure During the US Housing Crisis: Findings From 16 National Violent Death Reporting System States, 2005–2010. American Journal of Public Health: February 2015, Vol. 105, No. 2, pp. 311-316.

Freeman,A.,Reinecke,M.A.(1995). Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida.DDB, Bilbao.

Freud, S. (1973). Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.

Frierson, R.L.(1991).Suicide attempts by the old and the very old. Arch Intern Med, 151,141-144.

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano Blanco, A., Almansa, J.,Codony, M., Haro, J.M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: Resultados del estudio ESEMeD Medicina clínica, Vol. 129, Nº. 13,págs. 494 – 500.

García-Nieto, R., Parra,I., Palao,D. Lopez-Castroman,J. et al.(2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio, fiabilidad interexaminadores. Rev Psiquiatr Salud Ment.;05:24-36

García-Rábago, H.; Sahagún-Flores, J. E.; Ruiz-Gómez, A.; Sánchez-Ureña, G.; Tirado-Vargas, J.C.; González-Gámez, J.G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Revista de Salud Pública, Octubre, 713-721.

García Resa, E., Barquehais, D, Blasco, H, et al. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. Actas Esp Psiquiatr; 30: 112- 119.

Garlow, S.J., Purselle, D., Heninger, M. (2005). Ethnic differences in patterns of suicide across the life cycle. American Journal of Psychiatry. Feb;162(2):319-323.

Garrison, C. Z., y cols. (1991).Suicidal behaviors in young adolescents., Am J Epidemiol. 133: 1005-1014.

Gunter TD, Chibnall JT, Antoniak SK, Philibert RA, Black DW. (2013). Childhood trauma, traumatic brain injury, and mental health disorders associated with suicidal ideation and suicide-related behavior in a community corrections sample. The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 41(2):245-55. Epub 2013/06/19.

Gutiérrez - García, A.G, Contreras, C.M. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos (1ª parte). Salud Mental, 31: 321 – 330.

Goldney, R. D., Winefield, A. H., Tiggemann, M., Winefield, H. R., & Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatr.Scand.*, 79,481-489.

Harris, R., (1981). *Pathways to suicide: a survey of self destructive behaviours*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Hawton, K., James, A. (2005). ABC of Adolescence: Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*, 330 (4), 891-894.

Hawton K, van Heeringen K.(2009). Suicide. *Lancet*;373(9672):1372-81.

Hegerl,U.,Mergl, R., Havers, I., Schmidtke,A.,Lehfeld, H.,Niklewski,G.,et al.(2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*;260:401-6.

Herrera, R., Ures,M.B., Martinez,J.J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto Papageno? . *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 35 (125), 123-134.

Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001). Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month followup study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 36, 590 - 594.

Hirschfeld, R., Russell, J.M.(1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med*; 337 (13): 910-915.

Hirschfeld, R. y Blumenthal, Susan (1986). Personality, life events and other psychosocial factors in adolescent depression and suicide. En G.L. Kleman (Ed.). *Suicide and depression among adolescents and young adults*. Washington: American Psychiatric Press

Hoyert,D.L, Kochanek,KD.,Murphy,S.L.(1999). Deaths:final data for1997. *Natl Vital Stat Rep*,47:1-104.

Hughes, T., Hampshaw, S., Renvoize, E., Storer, D.(1998). General hospital services for those who carry out deliberate self-harm. *Psychiatr Bull*; 22: 88-91

Instituto Nacional de Estadística (2007). Estadística del Suicidio en España en el 2006.

Instituto Nacional de Estadística (2014). Defunciones según la causa de muerte en el año 2013. Notas de Prensa. Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (2015). Defunciones según la causa de muerte en el año 2014. Notas de Prensa. Madrid.

Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. (2011).Neurobiology of suicidal behaviour. *Psychiatria polska*;45(4):573-88. Epub 2012/01/12. *Neurobiologia zachowan samobojczych*.

Jung, C. G. (1959). The meaning of death. New York: McGraw-Hill Book Copan Inc., 25-160.

Kaplan & Sadock (2003). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta / Psiquiatría Clínica. Waverly Hispánica: Barcelona.

Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 293, 2487-2495

Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey.*Arch.Gen.Psychiatry*, 56, 617 - 626.

Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage AD, et al. (2005) Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *The American journal of psychiatry*. 162(5):1017-9. Epub2005/05/03.

Kreitman N: Parasuicide. London: Wiley Sons; 1977.

Krug, E.G et al. (2002) World Report on Violence and Health. Ginebra: World Health Organization. (Accedido 14 Marzo 2009). Disponible en: www.who.int

Kovacs, M. y Beck, A. (1977). The wish to live and the wish to die in attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 361 – 365.

Kuwabara, H., Shioiri, T., Nishimura, A. (2006). Differences in characteristics between suicide victims who left notes or not. *Journal of Affective Disorders*, 94 (1-3):145-149.

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev. chil. pediatr.* [online]. Vol.71, n.3 [citado 2009-11-06], pp. 183-191. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>

Leszczynska-Rodziewicz, A., Szczepankiewicz, A., Pawlak, J., Dmitrzak-Weglarz, M., Hauser, J. Association, Haplotype, and Gene-Gene Interactions of the HPA Axis (2013). Genes with Suicidal Behaviour in Affective Disorders. *TheScientificWorldJournal*.;2013:207361. Epub 2014/01/01.

Linker J, Gillespie NA, Maes H, Eaves L, Silberg JL. (2012). Suicidal ideation, depression, and conduct disorder in a sample of adolescent and young adult twins. *Suicide & life-threatening behavior*. 42(4):426-36. Epub 2012/06/01.

López Castromán, J., Méndez Bustos, P., Pérez Fominaya, M., Villoria, L., Zamorano, M.J. Et al. (2015). Código 100: la atención en calle como factor de riesgo de conducta suicida. *Actas Esp Psiquiatría*;43(4):142-8.

López García, M.B., Hinojal Fonseca, R., Bobes García, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*; 3: 309-411.

López-Ibor JJ, Pérez-Urdániz A, Rubio V. (1996). Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE): Módulos DSM-IV. Versión española Madrid: Organización Mundial de la Salud (Méditor).

López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. (2007). Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad; Informe No.: Osteba D-07-02.

Madianos, M. G., Madianou-Gefou, D., & Stefanis, C. N. (1993). Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci.*, 243, 171-178.

Malone, K.M, Szanto, K, Corbitt, E, Mann, JJ. (1995).Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*; 152: 1601-1607.

Mandelli L, Serretti A.(2013). Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: An update. *Neuroscience and biobehavioral reviews*;37(10 Pt1):2375-97. Epub 2013/07/28.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA : the journal of the American Medical Association* ;294:2064-74.

Mateos, A.A., Huerta, M., Benito, M.A. (2007). Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos. *Emergencias*; 19:251 – 254.

Mejías, Y., García Caro, MP., Schmidt,J.,Quero, A.,Gorlat,B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento suicidio en la provincia de Granada. *An Sist Sanit Navar.*,34 (3),431-441.

Menninger, K..(1972)El hombre contra sí mismo. Barcelona: Ed. Península; 9-363.

Milner, A., Page, A., LaMontagne A.D. (2013). Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 8(1): e51333.

Mingote, J.C; Jiménez, M.A; Osorio, R; Palomo, T. (2004). Suicidio. Asistencia Clínica. Guía de práctica médica. Ed. Díaz Santos. Cap. 4, p.19-30.

Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013). Guía Laboral. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Madrid.

Ministerio Sanidad, Política social e igualdad (2013). Guía Práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España. Versión completa. Ed. Availa-t.

Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C., Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. Avances en Psicología Latinoamericana, 32(3), pp. 403-417.

Moscicki, E.K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatric Clin North Am.; 3:499-517.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence; Informe No.: 16.

Navío, M, Villoria, L. (2014). Factores de riesgo en la conducta suicida. En Arseán, A. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida. Cap 6, p.126-127.

Nieto, E., Vieta, E. y Cirera, E. (1992). Intentos de suicidio en pacientes con enfermedad orgánica. Med Clin, 98: 618-621. Barcelona.

Nizama Valladolid, M. (2011). Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología, Abril, 81-85.

Nieto, Vieta y Cirera (1997) comprobaron que los pacientes con una enfermedad orgánica que realizan intentos de suicidio graves, se caracterizan por presentar una morbilidad psiquiátrica del 97%.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154.

Oquendo, M.A.; Bongiovi-García, M. E.; Galfalvy, H.;Goldberg, P.H.; Grunebaum, M. F.; Burke, A. K.;Mann, J. J. (2007) Diferencias por sexo en los factores predictivos clínicos de actos suicidas tras una depresión mayor: un estudio prospectivo. *The American Journal of Psychiatry*; selección de artículos : edición en española. *Revista oficial de la American Psychiatric Association*, Vol. 10 (4) Abr: 240 - 247.

Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*;114:151-8.

Oquendo MA, Baca-Garcia E, Mann JJ, Giner J.(2008). Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *The American journal of psychiatry* ;165(11):1383-4. Epub 2008/11/05

Organización Cooperación Desarrollo Económico (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing

Organización Mundial de la Salud. (1969). *Prevención del suicidio*. Cuaderno Salud Pública, n.35. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1995). *1994 World health statistics annual*. Geneva.

Organización Mundial de la Salud, (2002). *Informe mundial sobre violencia y salud: resumen*, 23-25.

Organización Mundial de la Salud, (2002). *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud, (2005). Suicide prevention. European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud, (2008). Métodos de suicidio: comparación internacional a partir de la base de datos de mortalidad. Boletín OMS; 86 (9), 726 – 732.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, Capítulo 7 Violencia Autoinflingida. PAHO: Madrid.

Pacheco Tabuena T., Condés Moreira M.D, Pérez Villa-Landa E. , Benegas Bautista J.N. y Ajates Gutiérrez B.(2008) Psicología: Disciplina necesaria en Emergencia Extrahospitalaria..Prehospital Emergency Care (ed. esp.), Vol 1, Núm. 4.

Pacheco, T. (2008). Revisión del perfil español y sentencias en la jurisprudencia española en conductas suicidas. Trabajo presentado en Seminario de Psicopatología del Doctorado de Psicología Clínica, Legal y Forense (trabajo no publicado).

Pacheco, T. (2008). Intento autolítico mediante ingesta de fármacos y tóxicos: perfil psicosocial en un servicio de emergencia prehospitalaria. Psicopatología Clínica Legal y Forense, Vol. 8, 2008, pp. 57-78.

Pacheco, T. (2015). Ponencia Igualdad de Oportunidades dentro de Emergencias: Samur. Jornadas sobre Igualdad de Género en los cuerpos de seguridad y emergencias, 4 y 5 Mayo de 2015. CIFSE, Madrid.

Pacheco, T.; Robles,J.I. (2011). Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. Revista Sanidad Militar, vol.67 no.4, Madrid.

Palao, DJ. (2012).Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Comunicación personal.

Pandey,G.N.(2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar disorders*,15(5):524-41. Epub 2013/06/19.

Pandey, G.N. (2013). Signal transduction abnormalities in suicide: focus on phosphoinositide signaling system. *CNS & neurological disorders drug targets*;12(7):941-53. Epub 2013/09/18.

Patterson, W.M.; Dohn,H.H.; Bird,J. Patterson,G.A. (1983). Evaluation of suicidal patients:the SAD PEARSON scale. *Psychosomatics*, Apr;24(4):343-5,348-9.

Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S.(1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. 51:768-74.

Paul S.F. Yip, Kris C.T. Yang, Brian Y.T. Ip, Cecilia L.W. Chan, Eric Y.H. Chen, Dominic T.S. Lee, Frances Y.W. Law and Keith Hawton. (2006). The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *J Affect Disord*. JUL;93(1)

Paykel, E. S., Prusoff, B. A., Myers, J. K. (1975).Suicide attempt and recent life events: a controlled comparison, *Arch Gen Psychiatry*, 32: 327-333..

Paykel, E. S.(1976). Life stress, depression and attempted suicide, *Journal of Human Stress*, September: 3-12.

Pedreira Crespo V. (2008). Desarrollos recientes en salud mental comunitaria en Galicia. *Psilogos- Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca* [revista en Internet]. [citado; 6(1): Disponible en: http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Crespo%20_%20P77-97.pdf

Pedreira Crespo V, (coord).(2007). Plan Estratéxico de Saúde Mental. Galicia 2006-2011. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Sergas.

Petersen L, Sorensen TI, Kragh Andersen P, Bo Mortensen P, Hawton K. (2013) Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: A study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *Journal of affective disorders*. Epub 2013/12/05.

Philips, D. (1974). The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*; 39:340.

Philips, M.R., Li Zhang, Y. (2002). Suicide rates in China 1995 – 99. *Lancet*, 359 : 835 – 40.

Platt, S; Bille –Brahe, U; Kerkhof, A; Schmidtke, A; Bjerke, T; Crepet, P. et al. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO-EURO multicentre study on parasuicide. 1. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*; 85, 97- 104.

Platt, S. y Kreitman, N.(1990). Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-87. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 25, (1):56-61, DOI: 10.1007/BF00789071.

Pols,H., Oak, S.(2007). War and military mental health. The US Psychiatric response in the 20th century. *American Journal Public Health*, vol 97, no 92.

Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Moller-Leimkuhler, A.M., Giupponi, G., Girardi,P., et al.(2010).The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 260(8):583-600. Epub 2010/02/23.

Power, K. G., Cooke. D. J., Brooks, D. N.(1985). Life stress, medical lethality and suicidal intent, *Brit J Psychiatry*, 147: 655-659.

Pritchard C.(1992). Is there a link between suicide and unemployment? Comparison of the UK with other European community countries. *Brit Jour of Psichiary*;160:750-756.

Qin P, Agerbo E, Mortensen PB.(2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-based Study of All Suicides in Denmark,1981-1997. *American Journal of Psychiatry*; 160 (4): 765-772.

Quintanilla, M.A.; Villas, E.; Mabry, S; Calvo, D.; Gracia-García, P.; Argemí, M; Casanova, N; Latorre, J.I.; García-Gómez, M.A. (2008). Conductas suicidas en población inmigrante: un enfoque cultural. (Accedido 10 Enero 2009). Disponible en www.psicoadolescencia.com.ar

Ramos, F., González, H. (1993). En Buendía Vidal, J. (Coord.) *Estrés y psicopatología*,7, 113 - 131. Madrid: Pirámide.

Reijas,T., Ferrer, E, Gonzalez, A, Iglesias, F. (2013) Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida .*Actas Esp Psiquiatría*; 41(5):279-86.

Remafedi,G., Farrow,J.A., Deisher,R.W. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth.*Pediatrics*,87,869-875.

Rodríguez, R., Pedraza, M., Burunate, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Rev Cub Med Mil*; 33 (1).

Rojas, E. (1978). *Estudios Sobre el Suicidio*. Salvat. Barcelona. Pag. 558

Ros,S. (1998). *La conducta Suicida*. Editorial Aran. Madrid.

Roy,A. (1989). Suicide en: *Comprehensive testbook of psychiatry*. Editores:Kaplan, H; Sadock,B. Baltimore:Willians and Wilkins,1414-1427.

Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. (1995). Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *The American journal of psychiatry*,152(7):1075-6. Epub 1995/07/01.

Royal College of Psychiatrists.(1994). *The general hospital management of adult deliberate self-harm*. London: Royal College of Psychiatrists.

Ruiz – Pérez, I., Orly, A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit*, Mar 20(1)

Sabo, D. (2000). *Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies.

Sáiz, J, Montejo, ML. (1976). La tentativa de suicidio en hospital general. *Arch Fac Med Madrid*; 4:211- 220.

Shahtahmasebi S. (2013).Examining the Claim that 80-90% of Suicide Cases Had Depression. *Frontiers in public health*;1:62. Epub 2013/12/19

Simonds. J. F., McMahon, T., Armstrong. D. (1991).Young suicide attempters compared with a control group: psychological, affective, and attitudinal variables. *Suicide Life Threat Behav*, 21: 134-151.

Skoog, I., Aevansson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M. et al. (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *Am.J.Psychiatry*, 153, 1015-1020.

Slakieu A. (1999). *Intervención en Crisis: manual para la práctica y la investigación*. Ed. Manual Moderno.

Shneidman, E.E. (1994). The psychological autopsy. *American Psychologist*. 76. 49-53.

Schmidtke, A., Bille – Brahe, U., De Leo, D., y Kerkhof, A. E. (2004). *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & 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 Life Threat.Behav.*, 37, 248-263.

Smith AR, Ribeiro JD, Mikolajewski A, Taylor J, Joiner TE, Iacono WG. (2012). An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry research*. 197(1-2):60-5. Epub 2012/03/16.

Sorenson SB, Rutter CM. (1991). Transgenerational patterns of suicide attempt. *Journal of consulting and clinical psychology*,;59(6):861-6; discussion 7-73. Epub 1991/12/01.

Stenkel, citado por Calcedo. (1992). “Conductas suicidas: concepto y terminología”. Ponencia en el I Congreso Nacional de la Sociedad de Psiquiatría Legal”. Zaragoza.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2009). The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet*; 374 (9686): 315-23

Stuckler,D. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*, Vol 378, publicado online 9 de julio de 2011

Szanto, K., Prigerson,H.G.,Reynolds ,C.F.(2001). Suicide in the elderly. *Clinical Neuroscience Research*, 366-376.

Taylor, A.E., Davies, N.M., Ware, J.J., Vanderweele, T., Smith, G.D., Munafò, M.R.(2013) Mendelian randomization in health research: Using appropriate genetic variants and avoiding biased estimates. *Economics and human biology*. Epub 2014/01/07.

Tejedor MC, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr*;39(5):280-7.

Tseng W. (2001). Migration, refuge and adjustment. *Handbook of cultural psychiatry*. Academic press. London.

Toledano, J. (1999). “Consideraciones Generales del Suicidio” en: “Límites Penales a la Disponibilidad de la Propia Vida: El Debate en España”. Barcelona: Atelier, pp, 31 – 48.

Torres, F., Almagro, V., Vargas, M.I., Rodríguez, C. y Canencia, C. (2005). “192 pacientes precipitados atendidos por un Servicio de Emergencias Prehospitalarias”. Póster presentado en XVI Congreso Nacional Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Palma de Mallorca.

Trout, D.L. (1980). Ther role of social isolation in suicide. *Suicide life threat behave.* 10 (1):10-23.

Van Der Feltz-Cornelis,C.M, Sarchiapone,M.,Postuvan, V.,Volker, D.,Roskar,S.,Grum,A.T. et al. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies:a review of systematic reviews. *Crisis*,32(6):319-33.

Vandivort, D.S. y Locke, B.Z. (1979). Suicide Ideation: its relation to depresión, suicide and suicide attempt, *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 9 (4), 205 – 217.

Van Heeringen, K.(2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*;48(5):292-300. Epub 2003/07/18.

Vicente, N. ; Ochoa, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio : una perspectiva histórica. *Psiquiatría.com*;11 (3).

Villoria Borrego, L. (2004). Evaluación del tratamiento psiquiátrico en pacientes con intentos de suicidio. Universidad de Alcalá.

Voracek M, Loibl LM.(2007). Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wiener klinische Wochenschrift*.119(15-16):463-75. Epub 2007/08/28.

Weisman AD, Worden JW. (1972).Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch Gen Psychiatry*; 26: 553-560.

Wu, A., Wang, J.Y., Jia, C.X. (2015). Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(6): e0131715.

Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med.*;13:243-56.

Zai CC, de Luca V, Strauss J, Tong RP, Sakinofsky I, Kennedy JL. (2012). Genetic Factors and Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL).

Zhang J, Brown GK. (2007). Psychometric Properties of the Scale for Suicide Ideation in China. *Archives of Suicide Research*;11:203-10.

X. ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS

FECHA VALORACIÓN (DD / MM / AA' A'' A'''): _____
 HORA INICIO: _____ CÓDIGO INICIAL: _____

 UNIDAD: _____
 COD. FINAL: _____

 Nº INFORME: _____
 COD. PAT: _____

 TIPO CONDUCTA: IDEACIÓN SUICIDA TENTATIVA SUICIDA SUICIDIO CONSUMADO

DATOS DEMOGRÁFICOS	
1. SEXO	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
2. EDAD (EE')	años - Fecha Nacimiento (DD / MM / AA' A'' A'''):
3. PAIS ORIGEN (ÁREA OMS)	<input type="checkbox"/> España <input type="checkbox"/> Francia <input type="checkbox"/> Italia <input type="checkbox"/> Marruecos <input type="checkbox"/> Colombia <input type="checkbox"/> Ecuador <input type="checkbox"/> Perú <input type="checkbox"/> Rumania <input type="checkbox"/> Otros: _____
4. AÑO LLEGADA A ESPAÑA (AA' A'' A''')	
5. ETNIA	<input type="checkbox"/> Caucásica/blanca <input type="checkbox"/> Gitana <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Magrebí <input type="checkbox"/> Hispanoa
6. ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/convivencia + 6meses <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
7. Nº HIJOS	
8. CONVIVENCIA	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Sin domicilio
9. SITUACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Baja Laboral <input type="checkbox"/> Paro sin subsidio <input type="checkbox"/> Paro con subsidio <input type="checkbox"/> Invalidez perm. <input type="checkbox"/> Invalidez temp. <input type="checkbox"/> Jubilado
10. SOPORTE SOCIAL	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Apoyos inestables <input type="checkbox"/> Buen entorno social que apoya
11. ACONTECIMIENTOS VITALES BRUGHA (último mes)	<input type="checkbox"/> Enfermedad propia <input type="checkbox"/> Enfermedad familiar <input type="checkbox"/> Muerte familiar <input type="checkbox"/> Separación <input type="checkbox"/> Fin relación estable <input type="checkbox"/> Problema con amigos o familiar <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Prob. económicos <input type="checkbox"/> Problemas legales <input type="checkbox"/> Sufrir robo o pérdida
ANTECEDENTES MÉDICOS - QUIRÚRGICOS	
12. ANTECEDENTES SOMÁTICOS DE INTERÉS	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Respiratorios <input type="checkbox"/> Neurológicos <input type="checkbox"/> Digestivos <input type="checkbox"/> Infecciosas <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Dermatología
13. ENFERMEDAD SOMÁTICA ACTUAL	<input type="checkbox"/> Último año <input type="checkbox"/> Crónica
14. TRATAMIENTOS SOMÁTICOS ACTUALES (Ver detrás Tabla 1)	<input type="checkbox"/> Ninguno 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
15. INGRESOS POR CAUSAS MÉDICAS O QUIRÚRGICAS	<input type="checkbox"/> SI Nº ingresos: _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	
16. HISTORIA PREVIA	Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hospitalización <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
17. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS PREVIOS	<input type="checkbox"/> T. Inicio infanc-adoles <input type="checkbox"/> Delirium, demencia <input type="checkbox"/> T. Debido a enf médica <input type="checkbox"/> Abuso sustancias <input type="checkbox"/> Esquizofrenia/psicosis <input type="checkbox"/> T. Ánimo <input type="checkbox"/> T. Ansiedad <input type="checkbox"/> T. Somatomorfos <input type="checkbox"/> T. Sexuales <input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> T. Sueño <input type="checkbox"/> T. C. Impulsos <input type="checkbox"/> T. Adaptativos <input type="checkbox"/> Retraso mental <input type="checkbox"/> T. Personalidad
18. TRATAMIENTO ACTUAL	<input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
19. TIPO PSICOFÁRMACOS (Ver detrás Tabla 1)	<input type="checkbox"/> Ninguno 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
20. ANTECEDENTES FAMILIARES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC • Intento Suicidio – Parentesco: _____ • Suicidio Consumado – Parentesco: _____ • Suicidio consumado reciente en el medio – Lugar: _____
21. CONSUMO SUSTANCIAS (en la actualidad)	<input type="checkbox"/> SI (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> NO
HISTORIA DEL SUICIDIO	
22. INTENTOS PREVIOS	<input type="checkbox"/> SI (Nº INTENTOS: _____) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
23. EDAD PRIMER INTENTO (EE')	años
24. INTENTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Nº _____ Método (ver Tabla 2): _____
25. INTENTO MÁS LETAL	Método (ver Tabla 2): _____ Consecuencias (emplear LRS): _____
VALORACIÓN CONDUCTA SUICIDA (actual)	
26. DESEO DE MUERTE	<input type="checkbox"/> Ideación <input type="checkbox"/> Plan <input type="checkbox"/> Intento
27. PRECAUCIONES CONTRA DESCUBRIMIENTO/INTERVENCIÓN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
28. ESTUVO SOLO TODO EL TIEMPO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
29. INTERRUMPIDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
30. INTENCIÓN DE REPETIR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
31. DESENCADENANTE	<input type="checkbox"/> SI (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
32. COMUNICACIÓN DE INTENCIÓN ANTES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
33. PRESENCIA NOTA SUICIDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC
IDEACIÓN SUICIDA	(rellenar SSI)
TENTATIVA SUICIDA	(rellenar ESCALA LRS y ESCALA WISMAN Y WORDEN)
SUICIDIO CONSUMADO	(rellenar ESC. LRS y ESCALA WEISMAN Y WORDEN)
OBSERVACIONES	

A	APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO	N	SISTEMA NERVIOSO
01	ANTIDIABÉTICOS (A10)	18	ANALGÉSICOS (N02)
02	VITAMINAS (A11)	19	OPIOIDES (N02A)
B	SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	20	ANTIEPILÉPTICOS (N03)
03	HIERRO BIVALENTE, PREPARADOS ORALES (B03AA)	21	ANTIPSICÓTICOS = NEUROLÉPTICOS (N05A)
04	HIERRO TRIVALENTE, PREPARADOS ORALES (B03AB)	22	ANSIOLÍTICOS (N05B)
05	HIERRO TRIVALENTE, PREP. PARENTERALES (B03AC)	23	HIPNÓTICOS Y SEDANTES (N05C)
C	APARATO CARDIOVASCULAR	24	ANTIDEPRESIVOS (N06A)
	ANTIARRÍTMICOS (C01B)	R	APARATO RESPIRATORIO
06	ESTIMULANTES CARDÍACOS ADRENÉRGICOS = SIMPATICOMIMÉTICOS (C01CA)	25	ANTIASMÁTICOS: XANTINAS (R03DA)
07	ANTIHIPERTENSIVOS (C02)	26	ANTIISTAMÍNICOS (R06)
08	DIURÉTICOS (C03)	O	OTROS
09	VASODILATADORES PERIF. (C04)	27	QUIMIOTERAPIA
10	BETA-BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS (C07)	28	OTROS
11	HIPOLIPEMIANTES (C10A)		
G	TERAPIA GENITOURINARIA (INCL. HORMONAS SEXUALES)		
12	HORMONAS SEXUALES Y MODULADORES GENITALES (G03)		
H	TERAPIA HORMONAL		
13	ANTITIROIDEOS (H03A)		
J	TERAPIA ANTIINFECCIOSA, USO SISTÉMICO		
14	ANTIBACTERIANOS (J01)		
15	ANTIMICÓTICOS (J02)		
16	ANTI-TBC (J04A)		
17	ANTIVIRALES (J05)		

Tabla 1: Tipo Tratamiento (codificar con número situado a la izquierda del fármaco)

Tabla 2: Método (codificar con número situado a la izquierda)

- 01 FÁRMACOS/ DROGAS EFECTOS SEDANTES
- 02 FÁRMACOS / DROGAS SIN EFECTOS SEDANTES
- 03 ARMAS DE FUEGO
- 04 AUTOINMOLACIÓN
- 05 AHOGAMIENTO
- 06 CORTES
- 07 DEFENESTRACIÓN
- 08 AHORCAMIENTO
- 09 ARROJARSE AL TREN

ANEXO 2: ESCALA IDEACIÓN SUICIDA (SSI)

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI)

I. Características de la actitud ante la vida o la muerte

1. Deseo de vivir:

- Moderado a fuerte (0)
- Débil (1)
- Ninguno (2)

2. Deseo de morir:

- Ninguno (0)
- Débil (1)
- Moderado a fuerte (2)

3. Razones para vivir/morir

- Más razones para vivir que para morir (0)
- Igual unas que otras (1)
- Más razones para morir que para vivir (2)

4. Deseo de intentar activamente el suicidio

- Ninguno (0)
- Débil (1)
- Moderado a fuerte (2)

5. Intento de suicidio de forma pasiva

- Tomaría precauciones para salvar la vida (0)
- Dejaría al azar el vivir/morir (p.e. cruzar sin cuidado una calle muy transitada) (1)
- Evitaría los medios necesarios para salvar o conservar la vida (p.e. un diabético que deja de ponerse la insulina) (2)

Si en los 4 códigos de los ítems 4 y 5 la puntuación es 0, sáltese las secciones II, III, IV, puntuando "8" (no aplicable) en cada uno de los espacios codificados en blanco "()".

II. Características de la Ideación/Deseo suicida

6. Duración de la ideación/deseo suicida

- Breve, períodos pasajeros (0)
- Amplios períodos (1)
- Continuo (crónico), casi continuo (2)

7. Frecuencia de la ideación/deseo suicida

- Raro, ocasional (0)
- Intermitente (1)
- Persistente o continuo (2)

8. Actitud hacia la ideación/deseo suicida

- Rechazo (0)
- Ambivalente, indiferente (1)
- Aceptación (2)

9. Control sobre el acto suicida: acting-out/deseo

- Tiene sentido del control (0)
- Control incierto (1)
- No tiene sensación de control (2)

10. Disuasores ("frenos") para hacer un intento activo (p.e.: familia, religión, graves secuelas si no se consume)

- No quería el suicidio por el "freno" que tiene (0)
- Alguna preocupación por los "frenos" (1)
- Mínima o ninguna preocupación sobre los "frenos" (Indicar "frenos" si procede _____) (2)

11. Razones para el intento planeado

- Manipular el ambiente, atraer la atención, venganza (0)
- Combinación de 0 y 2 (1)
- Escapar, resolver problemas (2)

III. Características del Intento de suicidio planeado

12. Método: especificidad/planificación

- No considerado (0)
- Considerado pero sin resolver los detalles (1)
- Detalles resueltos, bien formulados (2)

13. Método: disponibilidad/oportunidad

- Método no disponible, no oportuno (0)
- Método que requeriría tiempo, esfuerzo/no oportuno (1)
- Método y oportunidad disponibles (2a)
- Oportunidad futura o disponibilidad del método anticipada (2b)

14. Sensación de "capacidad para realizar el Intento"

- No coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente (0)
- Inseguro de tener coraje, competencia (1)
- Seguro de su competencia, coraje (2)

15. Dejar en blanco

16. Expectancia/Anticipación del Intento actual

- No (0)
- Incierta (1)
- Si (2)

17. Dejar en blanco

IV. Realización del intento de suicidio

18. Preparación real

- Ninguna (0)
- Parcial (p.e.: empezar a recoger comprimidos) (1)
- Completa (p.e.: tener comprimidos, navaja afeitar, arma cargada) (2)

19. Nota suicida

- Ninguna (0)
- Iniciada pero no terminada, solo ideas sobre ella (1)
- Completada, depositada (2)

20. "Ultimos arreglos" para preparar la muerte (seguros, testamento, donaciones, etc.)

- Ninguno (0)
- Ideas sobre o hacer algunos arreglos (1)
- Ha realizado o completado los arreglos (2)

21. Engaño/Ocultación de la tentativa planeada

- Revela las ideas abiertamente (0)
- Contiene su revelación (reticente)(1)
- Intenta ocultar, engañar, mentir (2)

V. Antecedentes

22. Intentos de suicidio previos

- Ninguno (1)
- Uno (2)
- Más de uno (3)

23. Intención de morir relacionada con el último intento (si no es aplicable puntuar "8")

- Baja (0)
- Moderada, ambivalente, insegura (1)
- Alta (2)

ANEXO 3: ESCALA DE LETALIDAD (LRS)

(LRS) LETHALITY RATING SCALE AND METHOD ATTEMPT CODING

		Fármacos/Drogas efectos sedantes (1)			Método			Farmacos/Drogas sin efectos sedantes (2)			Método	
0	<input type="radio"/>	Alerta/Consciente	A	<input type="radio"/>	Antipsicóticos	<input type="radio"/>	Mínimas consecuencias	A	<input type="radio"/>	Farmacos no psicotropos		
1	<input type="radio"/>	Consciente/adormilado	B	<input type="radio"/>	Antidepresivos	<input type="radio"/>		B	<input type="radio"/>	Fármacos psicotropos (ej. Metilfenidato)		
2	<input type="radio"/>	Letárgico	C	<input type="radio"/>	Benzodiacepinas/Hipnóticos	<input type="radio"/>	Alguna lesión (pej: quemadura en la boca)	C	<input type="radio"/>	Otras sustancias ingeridas (ej: lejía)		
3	<input type="radio"/>	Adormilado/Despertable	D	<input type="radio"/>	Recreacional (ej. Heroína)	<input type="radio"/>		D	<input type="radio"/>	Recreativas (ej. cocaína)		
4	<input type="radio"/>	Comatoso/reflejos intactos/retirada dolor	E	<input type="radio"/>	Alcohol	<input type="radio"/>	Lesión suficiente para hospitalización	E	<input type="radio"/>	Litio		
5	<input type="radio"/>	Comatoso/reflejos intactos/no retirada dolor	F	<input type="radio"/>	Gas/asfixia	<input type="radio"/>		F	<input type="radio"/>	Anticolinergicos		
6	<input type="radio"/>	Comatoso/reflejos ausentes	G	<input type="radio"/>	Fármacos no psicotropos	<input type="radio"/>	Lesiones sistemicas graves	G	<input type="radio"/>	Inhancion (dejar de tomar medicamentos, ej: insulina)		
7	<input type="radio"/>	Comatoso/depresión respiratoria	H	<input type="radio"/>	Otros fármacos psicotropos sedantes (ej. Barbitúricos)	<input type="radio"/>		H	<input type="radio"/>	Desconocido		
8	<input type="radio"/>	Muerte	I	<input type="radio"/>	Desconocido	<input type="radio"/>	Muerte	I	<input type="radio"/>			

		Armas de fuego (3)		Autoinmolación (4)		Ahogamiento (5)		Cortes (6)		Defenestración (7)		Ahorcamiento (8)	
0	<input type="radio"/>	No lesión	<input type="radio"/>	No lesión	<input type="radio"/>	No lesión	<input type="radio"/>	Superficiales	<input type="radio"/>	Pequeñas magulladuras	<input type="radio"/>	Sin lesión	
2	<input type="radio"/>	Herida muscular/ quemadura polvora	<input type="radio"/>	Quemadura de primer grado	<input type="radio"/>	Consciente/ no necesario reanimar	<input type="radio"/>	Hemorragia moderada	<input type="radio"/>	Torceduras/ lesiones pequeñas	<input type="radio"/>	Quemaduras de la cuerda	
3	<input type="radio"/>	Bala en extremidades/ hemorragia menor	<input type="radio"/>	Quemadura de 2º grado	<input type="radio"/>	Consciente/ mínima reanimación	<input type="radio"/>	Hemorragia de venas mayores	<input type="radio"/>	Fractura de extremidades	<input type="radio"/>	Lesiones importantes/ tto ambulatorio	
5	<input type="radio"/>	Bala en abdomen o tórax/ hemorragia grave	<input type="radio"/>	Quemadura de 3er grado/20% superficie	<input type="radio"/>	Consciente/ esfuerzos en la reanimación	<input type="radio"/>	Pérdida grave de sangre	<input type="radio"/>	Lesiones graves de huesos/ hemorragias internas	<input type="radio"/>	Reanimación Hospitalizaci	
7	<input type="radio"/>	Bala en área encefálica	<input type="radio"/>	Quemadura de 3er grado/60% superficie	<input type="radio"/>	Inconsciente/ esfuerzos masivos de reanimación	<input type="radio"/>	Pérdida sangre con shock/lesión vital	<input type="radio"/>	Lesión grave en áreas vitales	<input type="radio"/>	Parálisis u otras lesiones en médula espinal	
8	<input type="radio"/>	Muerte	<input type="radio"/>	Muerte	<input type="radio"/>	Muerte	<input type="radio"/>	Muerte	<input type="radio"/>	Muerte	<input type="radio"/>	Muerte	

ANEXO 4: ESCALA DE RIESGO Y RESCATE (RRS)

ESCALA RIESGO Y RESCATE (RRS)

Factores de riesgo

1. Agente utilizado

- Ingestión, corte, puñalada.
- Ahogamiento, asfixia, estrangulamiento
- Salto, disparo.

2. Conciencia disminuida

- No se observa
- Confusión, coma, semicoma
- Coma, coma profundo

3. Lesiones/toxicidad

- Ligera
- Moderada
- Fuerte

4. Reversibilidad

- Buena, completa recuperación
- Regular, recuperación con el tiempo
- Mala, efectos residuales

5. Tratamiento necesario

- Primeros auxilios, urgencias
- Ingreso médico
- UVI

Factores de rescate

1. Ubicación (entorno donde realiza el intento de suicidio)

- Remota
- No familiar, no remota
- Familiar

2. Persona que indica el rescate

- Transeúnte
- Profesional
- Persona clave o familiar (o el propio paciente)

3. Probabilidad de ser descubierto

- Accidental
- Incierto
- Segura

4. Accesibilidad al rescate

- No solicita auxilio
- Deja huellas
- Solicita auxilio

5. Retraso hasta el descubrimiento

- Mayor de 4 horas
- Menos de 4 horas
- Inmediato

ANEXO 5: ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN EXTRAHOSPITALARIA (SAMUR)

ESCALA DETECCIÓN RIESGO SUICIDA

Número informe: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Traslado: SI NO Hospital: _____

Durante este último mes:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| C1 - ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C2 - ¿Ha querido hacerse daño? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C3 - ¿Ha pensado en el suicidio? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C4 - ¿Ha planeado suicidarse? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C5 - ¿Ha intentado suicidarse? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

A lo largo de su vida:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| C6 - ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

¿Hay al menos una respuesta codificada SI? SI NO

MINI subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual) :

Si la respuesta anterior es SI especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

Puntuar 1 por cada ítem señalado con una X:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Sexo: Varón |
| <input type="checkbox"/> | Edad: menor de 19 o mayor de 45 |
| <input type="checkbox"/> | Depresión |
| <input type="checkbox"/> | Intentos de suicidio previos |
| <input type="checkbox"/> | Abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> | Trastornos cognitivos (delirium, demencia u otros trastornos cognitivos) |
| <input type="checkbox"/> | Bajo soporte social |
| <input type="checkbox"/> | Plan organizado de suicidio |
| <input type="checkbox"/> | Sin pareja estable |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad somática |

Puntuación total SAD

0 - 2 PUNTOS: Alta con seguimiento ambulatorio.

3 - 4 PUNTOS: Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar internación psiquiátrica.

5 - 6 PUNTOS: Si no hay control familiar estrecho debe internarse.

7 - 10 PUNTOS: Internación. Riesgo de muerte inminente.

(*) Tener en cuenta que, por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.

Incluir en el informe **MINI subescala suicidio (Ligero / Moderado / Alto)** y **Puntuación total SAD**

|

ANEXO 6: BASE DATOS CODIGO 100

Microsoft Access - [01 FORM COD 100 : Formulario]

Archivo Edición Ver Insertar Formato Registros Herramientas Ventana ? Escribe una pregunta

Tahcma

MADRID! ÁREA DE GOBIERNO DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS

Ronda de las Provincias, s/n
20011 Madrid
Tel: 91 388 46 00
Fax: 91 388 43 05

Seguimiento 72 horas
Seguimiento 1 mes
Seguimiento 1 año

CÓDIGO 100 - ACTUACIÓN SAMUR

Nº REG. CL-100: PROFESIONAL CUMPLIMENTA: FECHA:

Nº INFORME SVA: COD INICIAL SVA: COD FINAL SVA: COD PATOLOGICO SVA:

Nº INFORME ROMFO: COD INICIAL ROMFO: COD FINAL ROMFO: COD PATOLOGICO ROMFO:

NOMBRE: 1ER APELLIDO: 2º APELLIDO:

DIRECCIÓN: TELEFONO:

EDAD: SEXO: DNI:

LUGAR: TIPO LUNDULIA: METODO EMPLEADO/PENSADO ACTUAL:

ANTECEDENTES ORGÁNICOS: TIPO ANTECEDENTES: ESPECIFICAR:

ANTECEDENTES PSIQ/PSICOLÓG.: TIPO ANTEF PSICOL: TENTATIVAS PREVIAS:

MÉTODO EMPLEADO: PRECIPITANTE COND: TIPO ACTITUD:

REACCIÓN TRAS SUCESO: CONSUMO SUSTANCIAS ACTUAL: TIPO SUSTANCIAS:

APUYO SOCIAL: PUNTUACIÓN TOTAL- SAD: ALTRISK - Riesgo Suicida Actual:

TRASLADO: HOSPITAL: TRASLADO FORZOSO: SEDACIÓN:

OBSERVACIONES:

Registro 340 de 340

TB_ROMEO MAYÚS NUM

Inicio Sistema Ge... 5 Interne... 2 Explora... EASE COD ... CO MEVU: ... 01 FORM C... ES 16:35

