



Factores de riesgo psicopatológico en la tentativa suicida

Psychopathological Risk Factors in the Suicide Attempt

Ángel F. García Martín

Médico epidemiólogo. Departamento de Promoción, Prevención y Salud Ambiental del Instituto de Salud Pública. Madrid-Salud, España

Moisés Rodríguez García

Enfermero. Departamento de Promoción, Prevención y Salud Ambiental del Instituto de Salud Pública. Madrid-Salud y Profesor Asociado del Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, España

María Elena Albarrán Juan

Médico Especialista en Medicina Legal y Forense y Profesora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España

Andrés Santiago Sáez

Médico Jefe de Servicio de Medicina Legal del Hospital Clínico San Carlos y Profesor Asociado del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España

Resumen

Objetivos: La tentativa suicida y ciertas variables psicopatológicas constituyen un problema individual, familiar, social y de salud que está aumentando en los últimos años. En este estudio se describe la tentativa suicida y ciertos factores de riesgo psicopatológico asociados en pacientes ingresados en el Hospital de Referencia del Área 6 de Salud de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio descriptivo de una muestra de 67 pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría durante un año con motivo de intento suicida. Se definió «tentativa suicida» como la conducta amenazante del individuo, deliberada con propósitos de terminar con la vida pero que no conlleva a la muerte. Se realizó un análisis de clasificación con 134 controles para asignar los pacientes a grupos en función de las variables.

Resultados: El riesgo de intento suicida estuvo asociado a factores que generan conflicto psicológico o psicopatológico en el individuo: nivel de depresión moderado o severo, y niveles de ansiedad e impulsividad elevados. El árbol de clasificación permite identifi-

Fecha de recepción:

Marzo de 2010

Fecha de aceptación:

Mayo de 2010



car tres perfiles de riesgo de tentativa suicida: alto, medio y bajo.

Conclusiones: Los resultados confirman la relevancia del problema de la tentativa suicida en nuestro medio, y señalan diversos factores asociados, como el estado de ánimo negativo, el fuerte estado de ansiedad y la alta impulsividad, que deberían ser analizados con detalle en estudios analíticos para diseñar e implementar programas preventivos apropiados.

Palabras clave

Intento de suicidio, suicidio, riesgo psicopatológico, hospitalización psiquiátrica.

Summary

The suicide attempt and certain psychopathological variables constitute an individual, family, and social health problem which has been on the rise in the last few years. In this study, the suicide attempt and certain associated psychopathological risk factors are described in patients admitted to the reference hospital of Area 6 in the province of Madrid.

Methods. It is a descriptive study of a sample of 67 patients admitted to the Psychiatry Department for one year for attempted suicide. Suicide attempt was defined as the behaviour of an individual with deliberate threatening to end life, but not in order to lead to death. A classification analysis was made with 134 controls to assign patients to groups according to variables.

Results. Suicide attempt risk was associated with factors which generate psychological or psychopathological conflict in the individual: moderate or severe level of depression, and raised anxiety and impulsivity levels. Classification allows three suicide attempt risk levels to be identified: high, medium and low.

Conclusions. Results confirm the relevance of the suicide attempt problem in our population and point out several associated factors, such as a negative mood, a severe state of anxiety, and high impulsivity which should be analyzed in detail in analytic studies to design and implement appropriate preventive programs.

Key Words

Suicide attempt, suicide, psychopathological risk, psychiatric hospitalization.

Introducción

La tentativa suicida ha sido objeto de creciente atención y considerada problema social y de salud en los últimos años, aunque se trata de un fenómeno que ha estado siempre presente en la sociedad (1) (2). Desde el estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado WHO/EURO Multicentre Project on Parasuicide (3), considerado como el primero que aportaba datos fiables acerca de la tentativa suicida, numerosos estudios han abordado este fenómeno en diversos países desarrollados, donde la importancia social de la tentativa suicida ha ido en aumento (4) (5). De forma general, la tentativa suicida se da en edades comprendidas entre 15 y 24 años en relación con las complicaciones de la vida emocional de esa etapa, al fallar los meca-



nismos alternativos a los cuales ha de enfrentarse (6) (7).

El incremento del suicidio también es alarmante en la sociedad avanzada moderna. A través de datos de la OMS, podemos conocer que diariamente un millar de personas cuando menos en el mundo mueren por esta causa, que puede considerarse entre las 10 primeras causas de defunción más importantes y aparece como segunda o tercera causa entre personas de 15 a 44 años de edad. La OMS alerta sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente, sobre todo en la población joven, y por ello plantea grave problema de Salud Pública (8).

Según datos obtenidos de la OMS en 2008, el 1,8% de las pérdidas de años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo se pueden atribuir al suicidio. Un impacto en salud igual al causado por las guerras y los homicidios y casi el doble del ocasionado por la diabetes (9).

En España en 2010, el suicidio ocupa una de las principales causas de mortalidad general y es en el presente la primera causa de muerte no natural, por encima de los fallecimientos a causa de accidentes de tráfico (10). Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, se suicidan cada año algo más de tres mil personas y estos suicidios se mantienen en cifras similares de un año a otro, de 3.263 en 2007 y 3.421 en 2008 a 3.507 en 2009. Algunos especialistas elevan esta cifra hasta cuatro mil: señalan que en las estadísticas oficiales sólo se incluyen los suicidios en los que interviene la policía y subrayan, incluso, la voluntad suicida que parece hallarse detrás de determinados accidentes de tráfico.

Como desde un punto de vista epidemiológico se sabe que la tentativa de suicidio es el principal factor de riesgo de suicidio consumado (se estima que entre el 10-15 % de los individuos que realizan una tentativa terminarán consumando el suicidio) y además como ha quedado evidenciado en estudios retrospectivos previos el 14-60 % de las tentativas tienen antecedentes de una o más tentativas previas y 30-60 % de las personas que consuman el suicidio tienen antecedentes de tentativas previas (7) (11), es muy importante identificar factores de riesgo asociados a la tentativa suicida y elaborar planes de prevención adecuados.

Entre los factores psicopatológicos que se han descrito asociados a la tentativa suicida se encuentran la depresión mayor, los trastornos de personalidad (12), trastornos asociados al abuso de alcohol y/o drogas. Asimismo, diversos estudios han asociado la tentativa suicida con sentimientos o vivencias de desesperanza, inutilidad y abandono (13), conflicto emocional, culpa, indefensión, ansiedad, dependencia (14).

La tentativa suicida es un fenómeno que está presente de manera reiterada en cualquier sociedad humana y causa problemas de salud y consecuencias familiares y sociales, que se han descrito en diferentes estudios (15) (16). Por este motivo es importante diseñar intervenciones efectivas dirigidas a disminuir la incidencia y la prevalencia del intento suicida y sus consecuencias. No obstante, actualmente no hay datos específicos de la ciudad de Madrid. El objetivo de este estudio fue describir el fenómeno de la tentativa suicida experimentado por la población general del Área 6 de Salud de la Comunidad de Madrid y detectar los factores de riesgo psicopatológico con que puede estar relacionado.

Métodología

El presente estudio se realizó en el Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro (Madrid) que atiende una población de 450.000 habitantes en una



zona urbana, semiurbana y rural. Se realizó un estudio descriptivo con los datos obtenidos durante el interrogatorio de la historia clínica mediante instrumentos de medida validados y contrastados anteriormente a nivel nacional e internacional: escala de Hamilton para la ansiedad (HARS) (17), escala de Hamilton para la depresión (HDRS) (18), cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) (19), test de impulsividad de Plutchik (20). El universo del estudio eran los 67 pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría durante un año (2004-2005) con motivo de intento suicida. Se eligieron 134 controles de la misma edad y sexo que los casos de intento suicida, ingresados en el hospital en las mismas fechas y por otros motivos clínicos o quirúrgicos. Las escalas de valoración se administraron por personal del equipo investigador previamente entrenado y que incluía un médico clínico del servicio, durante los meses comprendidos entre diciembre de 2004 y diciembre de 2005.

VARIABLES DE ESTUDIO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todas las variables de este estudio fueron creadas a partir de la puntuación obtenida en las escalas de valoración HARS, HDRS, SPMSQ y test de Plutchik. De forma operativa, se escogen los puntos de corte establecidos en las diferentes escalas; obteniéndose niveles de ansiedad moderada/grave, leve y ausente; niveles de depresión grave, moderada y ausente; estado cognitivo normal, deterioro cognitivo leve, moderado y severo; nivel de impulsividad alto y medio/bajo/ausente.

Para poder identificar las características psicopatológicas asociadas al riesgo de sufrir una tentativa suicida se utilizó la técnica de árbol de clasificación (AC) que aporta un porcentaje de predicción interesante y elevado, un tratamiento simple de los datos y una significativa interpretación clínica (21).

El análisis estadístico de los datos incluyó un estudio descriptivo para cada variable mediante distribución de frecuencias y porcentajes y un estudio de comparación mediante el test de Chi-Cuadrado (χ^2). Se construyó un algoritmo eligiendo sólo las mejores variables significativas en cada nodo. Todos los datos, se analizaron mediante los paquetes estadísticos SPSS v.15.0, que también incluye el algoritmo del AC entre sus aplicaciones informáticas.

RESULTADOS

Entre diciembre de 2004 y diciembre de 2005 se ingresaron un total de 67 casos de tentativa suicida y 134 controles. La **tabla 1** muestra la distribución de los diferentes tipos de trastornos psiquiátricos, clínicamente diagnosticados con anterioridad al intento suicida. Se advierte un reparto porcentual similar entre los casos con neurosis (16,4%) y con alteración de personalidad (13,4%),

Tabla 1		
Tentativa suicida según tipo de trastorno psiquiátrico		
	Casos	Porcentaje
Ninguno	33	49,3%
Psicosis	4	6,0%
Neurosis	11	16,4%
Depresión monopolar	4	6,0%
Alteración de personalidad	9	13,4%
Psicosis orgánica	1	1,5%
Drogodependencia	5	7,4%
Total	67	100%



Tabla 2

Tentativa suicida según nivel de ansiedad

	Casos	Porcentaje
Leve	7	10,4%
Media	20	29,9%
Fuerte	40	59,7%
Total	67	100%

Tabla 3

Tentativa suicida según nivel de depresión

	Casos	Porcentaje
Ausente	17	25,4%
Distimia (leve)	14	20,9%
Distimia (moderada)	21	31,3%
Distimia (intensa)	15	22,4%
Total	67	100%

Tabla 4

Tentativa suicida según nivel de impulsividad

	Casos	Porcentaje
Alto	45	67,1%
Medio y bajo	22	32,9%
Total	67	100%

Tabla 5

Tentativa suicida según nivel cognitivo

	Casos	Porcentaje
Normal	64	95,5%
Deterioro intelectual leve	3	4,5%
Total	67	100%

seguidos a parecida distancia por drogodependencia (7,4%), psicosis y depresión monopolar (con idénticos porcentajes, 6%) y en último término aparece un 1,5% de casos con psicosis orgánica.

La **tabla 2** muestra la distribución del nivel de ansiedad, la mayor parte de los intentos suicidas ingresados presentaban un fuerte nivel (casi el 60%), seguidos de los casos de nivel medio (alrededor del 30%) y de leve ansiedad (10,4%).

En relación con el nivel de depresión (**tabla 3**) existe un relativo predominio de intentos suicidas con moderado nivel depresivo (31,3%), seguido a similar distancia por los casos con nivel severo o intenso (22,4%) y con distimia o nivel leve (20,9%). Los casos de tentativa suicida donde la depresión estaba ausente representaron un 25,4%.

Son apreciablemente mayores los casos de intento suicida que presentan un

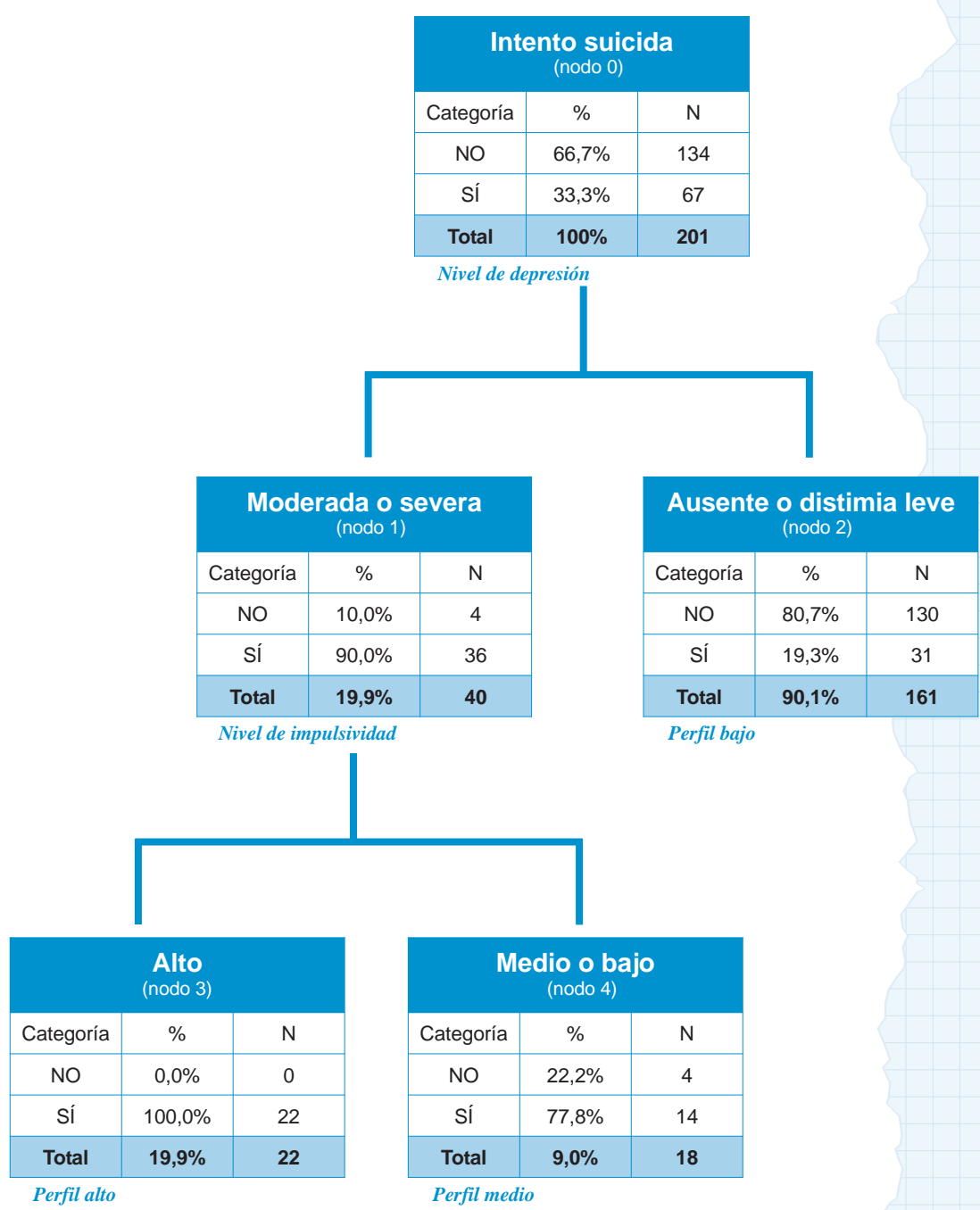


alto nivel de impulsividad (aproximadamente el 67%) que aquellos que tenían una impulsividad media o baja (alrededor del 33%), según se puede apreciar en la **tabla 4**.

En la **tabla 5** se puede apreciar el gran predominio de los casos de tentativa suicida con un nivel cognitivo normal (95,5%) frente a los escasos que presentaron deterioro intelectual leve (4,5%).

A partir de los resultados alcanzados con la técnica de AC (**figura 1**), dos son las variables (nivel de depresión y nivel de impulsividad) que permiten identificar o clasificar el perfil de riesgo de efectuar un intento suicida en alto, medio y bajo.

Figura 1
Árbol de clasificación de la tentativa suicida





Discusión y conclusiones

Se cita que la incidencia de suicidio e intentos suicidas es mayor entre los enfermos mentales que en la población general. No obstante otros autores señalan que la presencia de un trastorno mental es una condición necesaria pero no suficiente para la aparición de una conducta suicida (22).

En cuanto a las categorías diagnósticas, nuestros datos son congruentes con los de diversos autores (23) (24), con un predominio de trastornos neuróticos y de personalidad. Otros autores encuentran mayor dominancia de los trastornos afectivos y psicóticos (5) (25).

En el presente trabajo la depresión, tal y como está bien establecido^{26,27}, se confirma que la puntuación obtenida en la HDRS, influye claramente en la conducta suicida.

Hay autores que refieren valores altos de neuroticismo y bajos de extroversión (28). Otros, señalan un aumento del neuroticismo y psicoticismo en pacientes con tentativas de suicidio (29). Nuestros datos se muestran de acuerdo con un fuerte estado de ansiedad, confirmado por la puntuación conseguida en la escala HARS, que influye de modo notable en la tentativa suicida.

La impulsividad elevada ha resultado ser un factor importante, muy influyente en el intento suicida. Existe controversia en la literatura sobre la impulsividad puesto que algunos estudios la relacionan más con los comportamientos agresivos que con la conducta autoagresiva (30).

En relación con los antecedentes y diagnósticos psiquiátricos constituyen grupos de alto riesgo los deprimidos de cualquier naturaleza, los pacientes con trastornos neuróticos y alteraciones de personalidad, los esquizofrénicos y los alcohólicos (5). Los pacientes con retraso mental discreto, por tener menor capacidad de adaptación para el estrés, presentan también riesgo de asumir una conducta suicida, si bien nuestros resultados difieren de esta última observación.

La tipología del comisor de intento suicida presenta tres perfiles de riesgo: alto (persona con depresión moderada o severa y muy impulsiva) medio (persona con depresión moderada o severa y poco impulsiva) y bajo (persona sin depresión o con distimia leve).

Los resultados confirman la relevancia del problema de la tentativa suicida en nuestro medio, y señalan diversos factores asociados, como el estado de ánimo negativo, el fuerte estado de ansiedad y la alta impulsividad, que deberían ser analizados con detalle en estudios analíticos para diseñar e implementar programas preventivos apropiados.

Bibliografía

1. OMS. Le suicide et les tentatives de suicide. Cuaderno de Salud Pública, nº 58. Ginebra. 1975.
2. OMS. El suicidio y los intentos de suicidio. Cuaderno de Salud Pública, nº 58. Ginebra. 1976.
3. BILLE-BRAHE U, KERKHOF A, DE LEO D, SCHMIDTKE A, CREPET P, LONNQVIST J. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. Acta Psychiatr. Scan. 1997; 95: 81-86.



4. DZÚROVA D, VEVERA J, MOTLOVÁ L, DRAGOMIRECKÁ E. Analysis of parasuicide, psychiatric care and completed suicides, implications for intervention strategy (Czech Republic, 1996-2000). *Int. J. Public Health*. 2008; 53 (3): 139-149.
5. ACOSTA FJ. Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna. 2004.
6. BELLA ME, FERNÁNDEZ AR, ACEVEDO G, WILLINGTON JM Análisis sociodemográfico y psicopatológico en intentos de suicidio infantojuvenil. *Vertex*. 2008; 19 (78): 10-16.
7. DIEKSTRA RF. The epidemiology of suicide and Health Psychology. University of Leiden. The Netherlands. 2000.
8. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud; cap. 7, 2001
9. GONZÁLEZ SÁBADO R. Suicidio y tentativa de suicidio: un acercamiento a su génesis psicosocial. 2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/suicidio-tent/suicidio-tent.shtml>
10. INE. Informe EUROSTAT,2010.
11. SARRÓ MARTÍN B, DE LA CRUZ COMA C. Evaluación del riesgo de suicidio. *Rev. Psiquiatr*. 1997. Vol. 11 nº 1211.
12. KIM YK, LEE HJ, YOON DK, CHOI SH, LEE MS. Low serum cholesterol is correlated to suicidality in a Korean sample. *Acta Psychiatr. Scand*. 2002; 105(2): 141-148.
13. GONZÁLEZ SEIJO J, RAMOS Y. Aproximación teórica al fenómeno suicida. En: Bobes J, González J, Sáiz P, eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson. 1997 a; 5-12.
14. PHILLIPS MR, YANG G, ZHANG Y, WANG L, Ji H, ZHOU M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002; 360 (9347): 1728-1736
15. ZAKIULLAH N, SALEEM S, SAQID S, SANI N, SHAHPURWALA M, SHAMIM A, YOUSUF A, KHAN MM, NAYANI P. Deliberate self-harm: characteristics of patients presenting to a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Crisis*. 2008; 29 (1): 32-37.
16. KINYANDA E, HJELMELAND H, MUSISI S. Deliberate self-harm as seen in Kampala, Uganda: a case-control study. *Soc. Psychiatry Epidemiol*. 2004; 39 (4): 318-325
17. HAMILTON M. A rating scale for anxiety disorders. *Br. J. Med. Psychology*. 1959; 32: 50-55
18. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1960; 23: 56-62
19. PFEIFFER E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc*. 1975; 22:433-444.
20. PLUTCHIK R, VAN PRAGG H. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatr*. 1989; 13: 23-34.
21. RICHARD'S MM, SOLANAS A, LEDESMA RD, INTROZZI IM, LÓPEZ RAMÓN MF. Técnicas estadísticas de clasificación: un estudio comparativo y aplicado. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 4 pp. 863-871.
22. KULLGREN G, RENBERG E, JACOBSSON L. An empirical study of borderline personality disorder and psychiatric suicides. *J. Nerv. Ment. Dis*. 1986; 174 (6): 328-331



23. HOLLEY HL, FICK G, LOVE EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* 1998; 33: 543-551.
24. FRANCO MARTÍN MA, MONFORTE PORTO JA, FERNÁNDEZ ROJO C, DíEZ BOIZAS J. Intentos de suicidio en Zamora. Estudio retrospectivo de los años 1989-1994. *Psiquis.* 1997; 18: 208-217
25. LÓPEZ RODRÍGUEZ JL. Tentativas de suicidio en el Área Sanitaria IV (Oviedo), durante el trienio 2003-2005. Perfil clínico y psicosocial. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. 2007.
26. HINANTIKKA J, KONTULA O, SAARINEN P, TRANSCANEN A, KOSTELA D, VIINAMAKI H. Debt and suicidal behavior in the Finnish general population. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 98: 493-496.
27. KRUPINSKI M, FISCHER A, GROHMANN R, ENGEL R, HOLLWEG M, MOLLER HJ. Risk factors for suicides of inpatients with depressive psychoses. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998; 248: 141-147.
28. ROY A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1982 b; 39: 1089-1095.
29. NORDSTRÖM P, ASBERG M, ABERG-WISTEDT A, NORDIN C. Attemptes suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 92: 345-350.
30. BARRATT E. Impulsiveness and aggression. En J. Monahan & J. Steadman (Eds.). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago: The University Chicago Press

Correspondencia

Instituto de Salud Pública
Madrid Salud
Ángel F. García Martín
c/ Navas de Tolosa, 10
28013 MADRID
E-mail: garciamaf@munimadrid.es