

Factores relacionados con conducta suicida en personas hospitalizadas en una unidad psiquiátrica

Factors related to suicidal behavior in hospitalized patients at a psychiatric unit

Autores: Begoña Becoechea Gómez (1), Isabel Antolín Palenzuela (2), Patricia Lorenzo Moraleja (3), Natalia María Malavés Sanz (4), Inmaculada Muñoz García (5), Judit Sagrado Iglesias (6).

Categoría profesional y lugar de trabajo: (1-6) Enfermeras especialistas de Salud Mental. Unidad de Hospitalización Breve. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Valladolid, España).

Dirección de contacto: bbecoechea@saludcastillayleon.es

Fecha recepción: 10/05/2022

Aceptado para su publicación: 05/09/2022

Fecha de la versión definitiva: 23/09/2022

Resumen

Objetivo. Analizar factores relacionados con la conducta suicida en pacientes con enfermedad mental para orientar la prevención y cuidados de salud mental especializados. **Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de una muestra de 44 pacientes hospitalizados por conducta suicida en psiquiatría. Durante 12 meses se registraron variables sociodemográficas y clínicas, se aplicaron la escala Columbia de cribado del riesgo suicida, la de Desesperanza de Beck, la de Impulsividad de Plutchik y el Inventario de Razones para Vivir. Se usó estadística descriptiva e inferencial para una significación estadística de $p < 0,05$. **Resultados.** El 84% ($n=37$) presentó ideación suicida, el 63,3% ($n=28$) tentativa y el 2,3% ($n=1$) suicidio consumado. Realizaron más intentos previos las mujeres (60%/ $n=15$) que los hombres (38%/ $n=7$). La intoxicación medicamentosa fue el método más utilizado por ambos sexos seguido de autolesiones por mujeres ($p < 0,05$) y precipitación por hombres ($p < 0,05$). La depresión, trastorno más prevalente, se asoció a la edad y al medio rural ($p < 0,05$). El trastorno de ansiedad fue el más predictivo para la intención/plan y tentativas suicidas ($p < 0,05$). El 80% ($n=16$) de los intentos padecía enfermedad médica ($p < 0,05$). Se evidenció la relación inversa entre las creencias de supervivencia/afrontamiento y la conducta suicida. **Discusión.** La conducta suicida supone más del 20% de los ingresos de una unidad psiquiátrica. No es posible determinar un perfil único de riesgo, se han evidenciado diferencias según el espectro suicida. Todos los factores relacionados deben ser valorados.

Palabras clave

Ideación Suicida; Intento de Suicidio; Factores de Riesgo; Trastornos Mentales; Cuidados de Salud Mental.

Abstract

Objective. To analyze factors related to suicidal behavior in patients with mental illness to guide prevention and specialized mental health care. **Methodology.** A descriptive cross-sectional study carried out in a sample of 44 inpatients at a psychiatric unit who attempted suicide. Sociodemographic and clinical variables were registered during 12 months. The scales applied were the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), Beck Hopelessness Scale, Plutchik's Impulsivity Scale and the Reasons for Living Inventory. A descriptive and inferential statistic has been applied for a statistical significance of $p < 0,05$. **Results.** 84% ($n=37$) had suicidal thinking, 63,3% ($n=28$) attempted suicide and 2,3% ($n=1$) committed suicide. More women (60%; $n=15$) than men (38%; $n=7$) attempted suicide. Medication overdose was the main suicidal approach by both sexes followed by self-harm by women ($p < 0,05$) and deliberate fall by men ($p < 0,05$). Depression, the most prevalent disorder, was associated with age and rural environment ($p < 0,05$). Anxiety had the highest predictive value of suicidal attempt ($p < 0,05$). 80% ($n=16$) of those who attempted suicide suffered from a medical illness ($p < 0,05$). There is evidence of inverse relationship between the survival and coping beliefs and the suicidal behaviour. **Discussion.** Suicidal behaviour surpasses 20% of the admissions at a psychiatric unit. It is not possible to determine a specific risk profile as differences according to the suicidal spectrum have been acknowledged. Every possible cause must be evaluated.

Keywords

Suicidal Ideation; Suicidal Attempt; Risk Factors; Mental Disorders; Mental Health Care.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un importante problema de salud pública. Cerca de un millón de personas mueren por suicidio cada año en todo el mundo (1).

En España el suicidio es la principal causa de muerte externa. En 2020 se suicidaron 3.941 personas según los datos del Instituto Nacional de estadística (INE), un 7,4% más que en 2019. Esto supone una media de 11 personas al día, y una tasa de suicidio en España de 8,3 por cada 100.000 habitantes (12,6 hombres/100.000 y 4,2 mujeres/100.000 habitantes). Es la segunda causa de muerte entre adolescentes y casi triplica el número de fallecimientos por accidente de tráfico (2). En Castilla y León se contabilizaron 228 suicidios en 2020 con una tasa de 9,5 por cada 100.000 habitantes (14,9 hombres y 4,2 mujeres). En Valladolid se suicidaron 42 personas, segunda provincia en número de casos tras León con 49. Recientemente se ha aprobado la estrategia de prevención de la conducta suicida 2021-2025 en Castilla y León dentro del IV plan de Salud (3).

La OMS define la conducta suicida como una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificarlo, intentarlo y consumarlo (1). Diferentes investigaciones han mostrado que la conducta suicida constituye un problema complejo de causa multifactorial con componentes biopsicosociales prevenibles (4).

Entre los *factores de riesgo* destaca la historia de intentos suicidas previos, siendo este el factor predictivo más potente (5). Más del 90% de suicidios ocurren en personas que sufren de alguna enfermedad psiquiátrica y casi la mitad de los casos se asocian a trastornos afectivos (6). Se incluyen otros factores como la desesperanza, la impulsividad, pertenecer a una minoría sexual, desempeñar un trabajo no cualificado, padecer una enfermedad médica incapacitante, dolor crónico, experiencias traumáticas en la infancia, antecedentes familiares de suicidio, residencia rural

Entre los *factores protectores* se encuentran el apoyo social y la cohesión familiar, las creencias religiosas, las estrategias positivas de afrontamiento y una mayor interacción por parte de los profesionales sanitarios con el paciente suicida (7).

La recomendación general para la creación de intervenciones preventivas es que éstas se basen en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida (4). La población con enfermedad mental se considera de

alto riesgo. No se encontraron investigaciones sobre población psiquiátrica con conducta suicida en esta provincia de España, por lo que el propósito de este estudio es analizar factores relacionados con la conducta suicida de personas hospitalizadas en psiquiatría y determinar el perfil de riesgo para orientar medidas preventivas y cuidados de salud mental especializados, ajustados a sus características.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado desde diciembre de 2019 a noviembre de 2020 en la unidad de psiquiatría de un hospital general de la red pública de salud de Castilla y León. Técnica de muestreo por conveniencia. El cálculo muestral se estimó en 44 sujetos para un índice de confianza del 95%, con precisión del 11% y una previsión de un 30% de ingresos por conducta suicida. Se incluyeron mayores de 18 años cuyo motivo de ingreso estuviera asociado a conducta suicida, excluyendo pacientes con deterioro cognitivo y barreras idiomáticas. Se solicitó el consentimiento informado. En la entrevista de valoración realizada a partir del tercer día del ingreso se recogieron los datos de las variables a estudio y se aplicaron los instrumentos psicométricos previstos.

Se registraron variables sociodemográficas (edad, sexo/genero, nacionalidad, estado civil, residencia, nivel de estudios y convivencia habitual) y variables relacionadas con la conducta suicida (deseos de morir, ideación, intención, plan, tentativa y suicidio consumado). Se evaluaron como factores de riesgo (FR) los intentos suicidas previos, método empleado, antecedentes familiares de suicidio, diagnósticos psiquiátricos y médicos previos, desesperanza e impulsividad y como factores de protección (FP) el apoyo social percibido y razones para vivir.

Se utilizaron las siguientes escalas:

- **Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio (C-SSRS):** instrumento semiestructurado que consta de dos partes diferenciadas para valorar ideación y conducta suicida. Permite realizar una clasificación de las personas con relación a su "estado suicida". La validación de la versión en español obtuvo un alfa de Cronbach de 0,53(8).
- **Escala de Desesperanza de Beck (BHS):** compuesta por 20 ítems a los que el sujeto responde verdadero o falso, evalúa las expectativas negativas hacia su futuro y bienestar. En pacien-

tes con riesgo suicida presenta buena consistencia interna evidenciada con coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 (9). La puntuación total oscila de 0-20 y puntuaciones de 9-20 indican riesgo alto de cometer suicidio (10).

- **Escala de Impulsividad de Plutchik (EI):** cuestionario de 15 ítems tipo Likert con 4 posibles respuestas (nunca, a veces, a menudo, casi siempre) puntuadas respectivamente de 0 a 3. La adaptación española considera alta impulsividad a partir de 20 puntos. Esta versión demostró tener una consistencia interna aceptable (alfa de Cronbach 0,66) comparable a la reportada por Plutchik de 0,73 (11).
- **Inventario de Razones para Vivir (IRFL)** consta de 48 ítems, calificados en una escala de 6 puntos tipo Likert y agrupados en 6 subescalas: Supervivencia y afrontamiento, Responsabilidad con la familia, Preocupación por los hijos, Miedo al suicidio, Miedo a la desaprobación y Objeciones morales (12). Validado en sujetos con conducta suicida obtuvo una consistencia interna alta (alfa de Cronbach 0,96) (13).

Los resultados se registraron dentro del sistema de gestión de datos del hospital, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El análisis estadístico utilizó el programa IBM SPSS versión 24.0. Las variables cuantitativas se presentan con la media y la desviación típica y las cualitativas según su distribución de frecuencias. Se empleó la prueba de Kolmogorov Smirnov para la comprobación de la normalidad, el Chi-cuadrado de Pearson para analizar la asociación de variables cualitativas. Cuando el número de celdas con valores esperados menores de 5 fue mayor de un 20%, se utilizó el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías. Se compararon valores cuantitativos mediante la prueba T de Student para muestras independientes, la prueba U de Mann-Whitney en el caso de dos grupos y el test ANOVA de un factor o Kruskal Wallis en caso de mayor número de grupos. Se utilizó un modelo de regresión logística para identificar factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del hospital el 21/11/2019.

RESULTADOS

Los ingresos por conducta suicida durante el periodo de estudio representaron el 21,5% ($n=76$) del total de hospitalizados ($n=352$). Participaron en el estudio 44 pacientes, 15 se excluyeron, hubo 8 casos perdidos por alta precoz y 9 reingresos.

Las características sociodemográficas aparecen representadas en la **Tabla 1**.

Variable	Categoría	N / (%)
Sexo/Genero	Femenino	26 (59,1)
	Masculino	18 (40,9)
	Disforia genero	0 (0,0)
Edad	18-44	22 (50,0)
	45-65	19 (43,1)
	≥66	3 (6,8)
Nacionalidad	Española	41 (93,2)
	Otros	3 (6,8)
Estado civil	Soltero	22 (50,0)
	Casado/en pareja	13 (29,5)
	Separado	7 (15,9)
	Viudo	2 (4,5)
Nivel de estudios	Primarios	12 (28,6)
	Secundarios	13 (31,0)
	Superiores	17 (40,5)
Residencia	Rural	11 (25,0)
	Urbana	33 (75,0)
Convivencia habitual	Familia	27 (61,4)
	Solos	7 (22,7)
	Otros	10 (15,9)

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

La conducta suicida clasificada mediante la C-SSRS se distribuyó tal como aparece en la **Tabla 2**.

Estado Suicida	N / (%)		
Deseos de morir	7 (15,9)		
Ideación Suicida	37 (84,1)	Inespecífica	7 (18,9)
		Con Intención sin plan	11 (29,7)
		Con Intención y plan	19 (51,4)
Conducta dañina no suicida	9 (20,5)		
Intento suicida	28 (63,6)		
Suicidio consumado	1 (2,3)		

Tabla 2. Espectro de Conducta Suicida clasificada según la Escala C-SSRS

El número de intentos suicidas previos osciló de 0 a 20 con una media 3,02 (DE4,44). El método más empleado fue la autointoxicación medicamentosa 65,9% (n=29). La BHS clasificó al 38,6% (n=17) de riesgo alto. Obtuvieron valores ≥ 20 en la EI el 38,6% (n=17). El apoyo social fue confirmado por el 88,6% (n=39) y en el IRFL se superaron los puntos

de corte propuestos por los autores en las subescalas: *Responsabilidad con la familia* 65,9% (n=29) y *Miedo al suicidio* 86,4% (n=38).

La descripción de todos los factores de riesgo y de protección de la muestra se presentan en la **Tabla 3**.

Factores de riesgo			
Variable	Categoría	N/ (%)	
Método empleado	Medicamentos	29 (65,9)	
	Ahorcamiento	0 (0,0)	
	Armas de fuego	0 (0,0)	
	Gases tóxicos	2 (4,5)	
	Precipitación	8 (18,2)	
	Autolesiones	11 (25,0)	
	Plaguicidas	1 (2,3)	
	Arrollamiento por tren	1 (1,3)	
Número de intentos previos	0	15 (34,1)	
	1-2	12 (27,3)	
	3-5	12 (27,3)	
	7-9	2 (4,5)	
	>10	3 (6,8)	
	Media (DE)	3,02 (4,44)	
Antecedentes familiares de suicidio	Si	17 (38,6)	
Antecedentes diagnóstico psiquiátrico	Si	40 (90,9)	
Antecedentes diagnóstico médico	Si	29 (65,9)	
Desesperanza	Riesgo bajo ≤ 8	11 (25,0)	
	Riesgo moderado 9-14	16 (36,4)	
	Riesgo alto 15-20	17 (38,6)	
Impulsividad	≥ 20	17 (38,6)	
Factores de Protección			
Variable	Categoría	N/ (%)	
Apoyo social	Si	39 (88,6)	
Razones para vivir	Supervivencia/afrentamiento	<4,93	38 (86,3)
		$\geq 4,94$	6 (13,6)
	Responsabilidad con la familia	< 4,16	15 (34,0)
		$\geq 4,17$	29 (65,9)
	Preocupación por los hijos	< 4,01	25 (56,8)
		$\geq 4,02$	19 (43,1)
	Miedo al suicidio	< 2,12	6 (13,6)
		$\geq 2,13$	38 (86,3)
	Miedo a la desaprobación social	<2,43	26 (60,0)
		$\geq 2,44$	18 (40,9)
	Objeciones morales	< 4,01	35 (79,5)
		$\geq 4,02$	9 (20,4)

Tabla 3. Factores de riesgo y protección

En el análisis de las variables sociodemográficas de la muestra y el tipo de conducta suicida, el deseo de morir sin idea suicida fue expresado únicamente por mujeres de nacionalidad española. El mayor porcentaje de intencionalidad y plan de actuar se dio en el medio rural ($p < 0,05$). Entre los casos de tentativa actual no hubo distinción de sexo, la edad media fue de 43 (± 15) y lo intentaron el 85,7% ($n=6$) de los que vivían solos. El suicidio fue consumado por un varón español, viudo, de 68 años, con estudios medios e institucionalizado en el medio rural.

Factores de riesgo relacionados con variables sociodemográficas y variantes de conducta suicida

El 60% ($n=15$) de las mujeres realizaron entre 2 y 10 tentativas previas frente al 38% ($n=7$) de los hombres. La intoxicación con medicamentos fue el método utilizado por el 76,9% ($n=20$) de las mujeres y el 50% ($n=9$) de hombres seguido de las autolesiones por mujeres ($p < 0,05$) y la precipitación por los hombres ($p < 0,05$). Los plaguicidas fueron usados únicamente por >70 años y los gases tóxicos por quienes vivían fuera del núcleo familiar ($p < 0,05$).

En cuanto al espectro de conducta suicida, el trastorno de ansiedad se asoció a la intención y plan suicida ($p < 0,05$) y a la tentativa actual ($p < 0,05$). El 100% ($n=6$) de los que padecían abuso de alcohol y otras drogas realizaron una tentativa suicida y el 83,3% ($n=5$) tuvieron intención y plan. Entre los que intentaron suicidarse, el 80% ($n=16$) tenía un diagnóstico médico y la enfermedad oncológica se relacionó significativamente con la intención sin plan suicida ($p < 0,05$). El 70,6% ($n=12$) de los que tenían antecedentes familiares de suicidio realizaron una tentativa.

Factores de protección relacionados con las variantes de conducta suicida

La percepción de apoyo social obtuvo altos porcentajes en todo el espectro de conducta suicida. En los resultados del IRFL la subescala miedo al suicidio contó con los porcentajes más altos en puntuaciones superiores al punto de corte ($\geq 2,13$), seguida de responsabilidad con la familia, mientras que las subescalas supervivencia/afrentamiento y objeciones morales obtuvieron los más bajos. La subescala responsabilidad con la familia obtuvo diferencias significativas para los ideadores. Ver **Tabla 4**.

Factores de protección	Espectro conducta suicida						
	Deseo de Morir	Conducta dañina no suicida	Ideación suicida			Intento	Suicidio
			Inespecífica	Intención sin plan	Intención y plan		
N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Apoyo social: Si	7 (100)	9 (100)	7 (100)	9 (75,0)	16 (88,8)	24 (85,7)	1 (100)
p-valor	-	0,566		0,197		0,638	1,000
*Supervivencia/afrentamiento ≥ 4.94	1 (14,2)	2 (22,2)	3 (42,8)	1 (8,3)	1 (5,5)	3 (10,7)	0 (0,0)
p-valor	-	0,586		0,077		0,652	1,000
*Responsabilidad con familia ≥ 4.17	4 (57,1)	6 (66,6)	7 (100)	7 (58,3)	11 (71,1)	18 (64,2)	1 (100)
p-valor	-	1,000		0,044		0,764	1,000
*Preocupación por hijos ≥ 4.02	5 (71,4)	4 (44,4)	4 (57,1)	5 (41,6)	5 (27,7)	11 (39,2)	1 (100)
p-valor	-	1,000		0,377		0,490	0,432
*Miedo al suicidio ≥ 2.13	5 (71,4)	8 (88,8)	5 (71,4)	11 (91,6)	17 (94,4)	26 (92,8)	1 (100)
p-valor	-	1,000		0,307		0,169	1,000
Miedo desaprobación Social ≥ 2.44	2 (28,5)	3 (33,3)	5 (71,4)	7 (58,3)	5 (27,7)	12 (42,8)	1 (100)
p-valor	-	0,716		0,175		0,728	0,409
*Objeciones morales ≥ 3.22	3 (42,8)	3 (33,3)	1 (14,2)	2 (16,6)	3 (16,6)	5 (17,8)	1 (100)
p-valor	-	0,360		0,988		0,702	0,205

**Se muestran resultados de las subescalas del IRFL que obtuvieron puntuaciones \geq al punto de corte propuesto por los autores. En negrita valores de $p < 0,05$.*

Tabla 4. Factores de protección relacionados con las variantes de conducta suicida

DISCUSION

El porcentaje del 21,5% de hospitalizados por conducta suicida en la unidad de psiquiatría se halla en rango de frecuencia de estudios similares que varían entre el 15% y 28,16% (14).

Los resultados mostraron que el riesgo de intención y plan suicida es mayor en las mujeres que en los hombres, y que son ellas quienes lo intentan previamente más veces, coincidiendo con estudios anteriores en otras regiones de España (15) y en países europeos (16). El riesgo de suicidio consumado se asoció al sexo masculino tal y como ocurre en los países ricos donde se suicidan tres veces más hombres que mujeres (1). Estas diferencias de sexo en cuanto a ideas, intención, número de intentos y suicidio consumado, pueden explicarse por factores vinculados a los roles de género, a la mayor dificultad de los hombres para expresar malestar emocional y pedir ayuda (17) así como por el uso de métodos más letales de los varones (18).

En cuanto a la edad, en la muestra estudiada el tramo de riesgo para el intento suicida se situó entre 28 y 58 años para ambos sexos, datos similares a los encontrados en población española que considera el tramo de 34 a 53 años el de mayor peligrosidad (19). Podría interpretarse por la vulnerabilidad que existe en esta etapa de la vida, donde algunas situaciones adversas: problemas económicos, problemas de pareja, desempleo, etc., producen altos niveles de estrés que, añadido a la enfermedad mental, incrementan el riesgo. La edad avanzada de suicidio consumado coincide con las tasas de letalidad general por suicidio (2).

Los resultados también mostraron mayor intencionalidad y plan suicida en el medio rural, así como el caso de suicidio consumado en este medio. A nivel nacional e internacional se constatan tasas de suicidio superiores en las zonas rurales, especialmente en varones y personas mayores (20). Facilitar el acceso a los cuidados de salud mental en el medio rural ha de considerarse entre las medidas preventivas.

En cuanto al estado civil, el hecho de estar casado o tener pareja no se relacionó con menor frecuencia de tentativas suicidas contrariamente a lo observado en un estudio reciente de la comunidad de Madrid (21). Mientras que la viudedad fue relevante en el caso de suicidio consumado, factor considerado de riesgo suicida en ancianos (22). Por otra parte, el hecho de vivir solos sí se relacionó con la frecuencia de tentativas, como indican otros autores (23).

Factores de riesgo

Se sabe que un factor predictor importante es la historia de tentativas previas y que el riesgo de consumarlo aumenta con las repeticiones (24). Según nuestros resultados será relevante explorar intentos anteriores y reforzar estrategias que frenen la repetición, especialmente en población femenina.

En relación con los métodos empleados, la ingesta de fármacos fue el más utilizado por ambos sexos. Esto se podría explicar por su fácil accesibilidad debido a la prescripción habitual de psicofármacos en la muestra estudiada. Hay indicios de que los individuos que usan un método no violento en el primer intento muestran una mayor estabilidad en la elección del método en intentos posteriores (25) y el método de autointoxicación es el menos propenso a cambiar en intentos suicidas repetidos (26). Por tanto, este hallazgo debe considerarse de utilidad para diseñar medidas preventivas encaminadas a reducir o controlar la disponibilidad de medicamentos para este uso, por ejemplo, reforzando las políticas de control en la venta de medicamentos, disminuyendo su venta sin receta y potenciando la prescripción en unidosis en ámbito extrahospitalario. Delegar el control de la medicación en un adulto responsable podría ser útil para fines preventivos.

Por otra parte, la asociación significativa de las autolesiones en mujeres (cortes en antebrazo generalmente) y del uso de la precipitación por los hombres confirman la evidencia de que los hombres utilizan métodos más letales (18).

En la muestra el trastorno depresivo fue el más prevalente, especialmente en mayores de 45 años y en el medio rural, a la vez que los trastornos de ansiedad y el abuso de alcohol y otras drogas destacaron como predictivos de tentativa suicida, en consonancia con estudios anteriores (15, 27). Es sabido que la comorbilidad depresión-ansiedad potencia el riesgo de conducta suicida y se relaciona significativamente con la repetición de los intentos (24). Estos datos habrán de considerarse a la hora de programar intervenciones selectivas de prevención para personas con estas patologías.

Fue relevante el alto porcentaje de enfermedad médica diagnosticada en los sujetos del estudio lo que confirma la evidencia de que padecer una enfermedad médica, además de la enfermedad mental, incrementa el riesgo de conducta suicida y más cuando la enfermedad se asocia al dolor crónico o a condiciones de discapacidad, ya que pueden ver el suicidio como una forma de escapar del sufrimiento o dejar de ser una carga para los otros (28).

El factor “antecedentes familiares de suicidio” fue relevante en los casos de tentativa, dato sugestivo del papel que juegan los factores genéticos en la vulnerabilidad hacia la conducta suicida. Un metaanálisis de 21 estudios familiares comprobó que los familiares de primer grado de sujetos suicidas tienen el triple de riesgo de realizar estas conductas, presenten o no patología psiquiátrica (29).

Factores de protección

El apoyo social percibido mayoritariamente por los sujetos de este estudio no constituyó suficiente protección para evitar llevar a cabo las tentativas o el suicidio consumado. Esto pone de manifiesto la importancia no sólo de disponer de apoyo social, sino la fuerza y calidad de este (7,18).

La evaluación realizada de las creencias para no suicidarse sugiere como potenciales FP *el miedo al suicidio y la responsabilidad con la familia*. Sin embargo, el hecho de tener estas creencias no ha impedido pasar al acto ni ha evitado la hospitalización por esta causa. Por lo tanto, la suposición clínica común de que un mayor número de razones para vivir está relacionado con un menor riesgo de suicidio debe considerarse con cautela, como sugiere la literatura (31), especialmente en población afectada de enfermedad mental. Por otra parte, se ha demostrado la relación inversa entre las creencias de *supervivencia/afrontamiento* y la conducta suicida en todo su espectro, al igual que en otros estudios (32). Estas creencias reflejan la confianza que uno tiene en la capacidad para hacer frente y actuar con eficacia en circunstancias difíciles, en lugar de considerar el suicidio. Fomentar la resiliencia y las estrategias de afrontamiento han de ser cuidados prioritarios en la prevención suicida de las personas con trastorno mental (33).

Perfil de riesgo

Los hallazgos de esta investigación para determinar el perfil de riesgo suicida en pacientes con enfermedad mental corroboran la mayor parte de los datos epidemiológicos y clínicos conocidos hasta ahora. No es posible determinar un perfil único de riesgo, se han evidenciado diferencias según el espectro suicida.

Los factores asociados con un mayor riesgo de ideación suicida son: ser mujer, vivir en medio rural,

padecer trastorno ansioso depresivo, la enfermedad oncológica y baja capacidad de afrontamiento.

El riesgo de tentativa actual es similar para ambos sexos, se asocia al rango de edad media, vivir solo, fácil acceso a psicofármacos, los trastornos de ansiedad y abuso de alcohol u otros tóxicos, además de padecer una enfermedad médica, antecedentes familiares de suicidio y baja capacidad de afrontamiento.

Los factores de riesgo para la repetición de intentos suicidas son el sexo femenino y el fácil acceso a métodos de baja letalidad.

El riesgo de suicidio consumado aumenta con el número de tentativas, se asocia al sexo masculino, edad avanzada, medio rural, vivir solo, viudedad, depresión y alto grado de desesperanza, con el uso de métodos más letales y baja capacidad de afrontamiento.

Este estudio presenta limitaciones. Al ser de tipo transversal, las asociaciones halladas no implican relaciones causales. Debido al pequeño tamaño muestral, la pertenencia a una única área de salud y la especificidad de la muestra, los resultados obtenidos no pueden generalizarse. La variable *Apoyo social* no se ha evaluado con un instrumento validado, sino mediante respuesta dicotómica si/no, lo que podría mermar la objetividad del resultado. La coincidencia temporal del periodo de realización del estudio con el inicio de la pandemia de la COVID-19, ha podido afectar directa o indirectamente en las conductas suicidas objeto de este trabajo.

Sin embargo, pueden extraerse implicaciones interesantes para los cuidados especializados en población con enfermedad mental dirigidos a reducir los FR modificables. Se evidencia la trascendencia de una valoración personalizada de la ideación activa o pasiva y de los intentos suicidas, considerando las variables sociodemográficas y clínicas de riesgo específico. También el asegurar un buen control de los síntomas ansioso-depresivos y de las adicciones además de fortalecer las capacidades de resiliencia y afrontamiento se sugieren como intervenciones preventivas frente al suicidio. Todo ello unido a políticas sociosanitarias que mejoren aspectos como el acceso a los cuidados de salud mental en el ámbito rural, el control en la venta de psicofármacos o la implementación de la prescripción en unidosis. Ver síntesis **Tabla 5**.

Cuidados especializados de salud mental	Valoración personalizada de la ideación activa o pasiva y de los intentos suicidas.
	Dar esperanza y fortalecer las capacidades de resiliencia y afrontamiento.
	Asesorar en el control de síntomas ansioso-depresivos.
	Supervisar el manejo de psicofármacos.
Políticas sociosanitarias	Favorecer un apoyo social de calidad.
	Mejorar el acceso a los cuidados de salud mental en el ámbito rural.
	Mayor control en la venta de psicofármacos.
	Implementación de la prescripción unidosis.

Tabla 5. Síntesis de medidas preventivas del riesgo de ideación y conducta suicida

Asimismo, serían necesarias futuras líneas de investigación con estudios longitudinales, que incluyan muestras más amplias y de diversos ámbitos geográficos, sobre la efectividad de estrategias preventivas específicas atendiendo a los factores de riesgo modificables evidenciados.

CONCLUSION

La conducta suicida supone más del 20% de los ingresos de una unidad psiquiátrica. No es posible determinar un perfil único de riesgo suicida. Todos los factores relacionados deben ser valorados en el cuidado especializado de población con enfermedad mental. Las intervenciones han de orientarse a reducir la exposición a FR modificables y a fomentar los potenciales FP identificados en la valoración personalizada.

BIBLIOGRAFIA

- Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global [Internet]. Washington, DC; 2014 [cited 2020 Sep 4]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>.
- Ministerio de sanidad. Mortalidad por suicidio en España, 2020 [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://www.mscols.gob.es/ca/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defunciones_Suicidio2020.pdf.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025 [Internet]. Junta de C. 2022. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025.pdf>.
- Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2012 [cited 2020 Sep 6];5(1):8-23. Available from: doi: 10.1016/j.rpsm.2012.01.001.
- Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saiz PA, et al. Relevant risk factors of repeated suicidal attempts in a sample of outpatients. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 8]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>.
- Gómez-Durán EL, Forti-Buratti MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibáñez A, Martín-Fumadó C. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2016;9(1):31-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.02.001>.
- Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2020;206. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avalat_resum_modif_2020_2.pdf.
- Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 Jan 27];9(3):134-42. Available from: doi: 10.1016/j.rpsm.2016.02.002.
- Aliaga Tovar J, Rodríguez de los Ríos L, Ponce Díaz C, Frisnacho León A, Enríquez Vereau J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. Rev Investig en Psicol [Internet]. 2014 Jun 19;9(1):69. Available from: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4029>.

10. Rueda-Jaimes GE, Castro-Rueda VA, Rangel-Martínez-Villalba AM, Moreno-Quijano C, Martínez-Salazar GA, Camacho PA. Validation of the Beck Hopelessness Scale in patients with suicide risk. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2018;11(2):86–93. Available from: doi: [10.1016/j.rpsm.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004).
11. Páez F, Jiménez A, López A, Ariza JPR, Soto HO, Nicolini H. Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Ment* [Internet]. 1996 Jan 1;19(SUPPL.3):10–2. Available from: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/628.
12. Oquendo M, Graver R, Baca-García E, Morales M, De la Cruz V, Mann J. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory. *Hisp J Behav Sci* [Internet]. 2000;22:369–81. Available from: <https://doi.org/10.1177/0739986300223006>.
13. García Valencia J, Palacio Acosta CA, Vargas G, Arias S, Ocampo MV, Aguirre B, et al. Validation of the Reasons for Living Inventory (Rfl) in subjects with suicidal behavior in Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2009;38(1):66–84. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100006&lng=en&nrm=iso.
14. Torales J, Barrios I, González S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario - Characterization of patients with suicidal behavior hospitalized in the Psychiatry Service of a University Hospital. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud* [Internet]. 2020;18(2):54–62. Available from: <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.02.54>.
15. Robles Bello MA, Sánchez Teruel D. Variables demográficas que predicen el intento de suicidio en población local española. *Arch Med* [Internet]. 2019;20(1):107–15. Available from: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3468.2020>.
16. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* [Internet]. 2007 Aug [cited 2021 Oct 10];101(1–3):27–34. Available from: doi: [10.1016/j.jad.2006.09.018](https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018).
17. Mendez-Bustos P, Lopez-Castroman J, Baca-García E, Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. *Sci World J* [Internet]. 2013;2013. Available from: doi: [10.1155/2013/485851](https://doi.org/10.1155/2013/485851).
18. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2006 Aug [cited 2022 Jan 13];115(3):616–23. Available from: doi: [10.1037/0021-843X.115.3.616](https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616).
19. Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez JA, González-Cabrera M, Fernández-Amela HMR, García-León A. Variables relacionadas con la tentativa suicida en una provincia de España durante tres años (2009-2011). *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018;23(1):277–86. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182231.23752015>.
20. Barry R, Rehm J, de Oliveira C, Gozdyra P, Kurdyak P. Rurality and Risk of Suicide Attempts and Death by Suicide among People Living in Four English-speaking High-income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Mar 25];65(7):441–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/0706743720902655>.
21. García-Martín ÁF, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Olivares-Pardo E, Perea-Pérez B. Evaluation of risk factors for suicide attempt in a hospital clinical population in the Community of Madrid. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2020;94. Available from: e202009098.
22. Barrero SAP. Suicide risk factors among the elderly. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2012;17(8):2011–6. Available from: doi: [10.1590/s1413-81232012000800012](https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000800012).
23. Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares MT, De-Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N, et al. Risk and protective factors in suicide. A case-control study using the psychological autopsy. *An Psicol* [Internet]. 2013;29(3):810–5. Available from: <https://dx.doi.org/10.6018/analeps.29.3.175701>.
24. Lopez-Castroman J, Perez-Rodriguez M de las M, Jaussent I, Alegria AA, Artes-Rodriguez A, Freed P, et al. Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2011 May 1 [cited 2022 Jan 13];45(5):619–25. Available from: doi: [10.1016/j.jpsychires.2010.09.017](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.09.017).

25. López Steinmetz LC. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Ciencias Psicológicas* [Internet]. 2019;13(2):197–208. Available from: doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1872>.
26. Owens D, Kelley R, Munyombwe T, Bergen H, Hawton K, Cooper J, et al. Switching methods of self-harm at repeat episodes: Findings from a multicentre cohort study. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;180(2015):44–51. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.051>.
27. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2022 Jan 13];43:30–46. Available from: doi: [10.1016/j.cpr.2015.11.008](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008).
28. Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults [Internet]. Vol. 20, *Aging and Mental Health*. Taylor & Francis; 2016 [cited 2022 Jan 18]. p. 166–94. Available from: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>.
29. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2004 Jan [cited 2022 Jan 20];12(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1080/10673220490425915>.
30. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. [Internet]. Guías de Práctica Clínica en el SNS, editor. 2012. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf.
31. Brüdern J, Stähli A, Gysin-Maillart A, Michel K, Reisch T, Jobes DA, et al. Reasons for living and dying in suicide attempters: A two-year prospective study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 Jul 20 [cited 2022 Jan 18];18(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1814-8>.
32. Bakhiyi CL, Calati R, Guillaume S, Courtet P. Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Jan 18];77:92–108. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.019>.
33. Barros J, Morales S, Echávarri O, García A, Ortega J, Asahi T, et al. Suicide detection in Chile: Proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2022 Jan 18];39(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1877>.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a todas las personas que consintieron participar en este estudio. Agradecemos también la colaboración de Inés Pastor Garrido en la traducción.