

Cómo citar este documento

Ibáñez Fleta E. Factores asociados a intentos autolíticos y clases diagnósticas de enfermería, en enfermos mentales hospitalizados. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(1).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0403.php>

**I PREMIO ELENA ESCANERO GELLA
DE INVESTIGACION EN CUIDADOS DE SALUD**

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTOS AUTOLÍTICOS Y CLASES
DIAGNOSTICAS DE ENFERMERIA, EN ENFERMOS MENTALES
HOSPITALIZADOS**

Eva Ibáñez Fleta

Diplomada Universitaria en Enfermería. Master en Ciencias de la Enfermería
Universidad de Zaragoza, España.



El Premio Elena Escanero Gella de Investigación en Cuidados de Salud es promovido por la Fundación Index y la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza

FACTORES ASOCIADOS A INTENTOS AUTOLÍTICOS Y CLASES DIAGNOSTICAS DE ENFERMERIA, EN ENFERMOS MENTALES HOSPITALIZADOS

Eva Ibáñez Fleta

Diplomada Universitaria en Enfermería. Master en Ciencias de la Enfermería
Universidad de Zaragoza, España.

Correspondencia: C/ Latassa nº 28. Zaragoza 5006.

Tel.f: 976 560895

E-mail: evaifgr28@hotmail.com.

*“El suicidio es una solución eterna
para lo que a menudo no es más
que un problema temporal”
E. Ringel, 1998*

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet.
A todo el profesorado del Master Interuniversitario en Ciencias de Enfermería,
especialmente: a Carmen Muro Baquero, tutora de este trabajo de
investigación; a Concepción Tomás Aznar, profesora de Metodología de
Investigación. Y por supuesto a Concepción Germán Bes, coordinadora del
Master Interuniversitario en Ciencias de Enfermería 2006/8.

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
DISEÑO Y METODO.....	7
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	35
Anexo 1: Escala SAD PERSONS.....	35
Anexo 2: Protocolo de Valoración de Enfermería.....	36
Anexo 3: Intervención de enfermería.....	38
a) Intervención de enfermería en el paciente ingresado tras el intento autolítico.....	38
b) Nanda, Noc y Nic. En el Diagnóstico: “ <i>Riesgo de Suicidio</i> ”.....	39
Anexo 4: Señales de alerta.....	40
Anexo 5: Mitos e ideas erróneas sobre el suicidio.....	41

RESUMEN

Introducción: La conducta suicida es considerada un grave problema a escala internacional. Se calcula que cada muerte por suicidio supone de 10 a 25 intentos. Por ello es importante reconocer los factores de riesgo que inducen dicha conducta y que pueden determinar la muerte.

Objetivo: Describir los factores asociados al intento autolítico, en pacientes psiquiátricos ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet, en Zaragoza. También determinar a qué clase pertenecen la mayoría de los diagnósticos enfermeros, enunciados en dichos pacientes.

Material y método: Se recogieron datos de mayo a diciembre del 2007, de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (n= 327), centrandó el estudio en los intentos autolíticos (n= 54).

Es un estudio descriptivo transversal, en el que se elaboró un protocolo cumplimentado mediante entrevista personal, revisión de historias clínicas y la escala SAD PERSONS. Para el análisis se empleó el paquete estadístico SPSS-15.

Resultados: La prevalencia del intento autolítico en la población del estudio es de 16,5%, con mayor frecuencia en el sexo femenino 53,7%, estado civil solteros 33,3%, entre los 30 y 50 años, y que conviven con familia 81,5%. No desempeñan actividad laboral 57%, utilizan recursos sanitarios 98,1% y no consumen habitualmente sustancias tóxicas 63,0%.

Respecto al diagnóstico médico predominaron los trastornos del humor y afectivos 57,4% , principalmente los episodios depresivos. Se utilizaron sobre todo métodos medicamentosos 75,9%. Como desencadenantes predominaron los conflictos familiares y conyugales 42,3%. Y la Clase diagnóstica de enfermería más frecuente fue la referida al Afrontamiento, con un 79,6%.

Comparando los ingresos por intento autolítico con el resto de la población de estudio: El estado civil y modo de convivencia, el diagnóstico psiquiátrico, la presencia de ideación autolítica (92,6%), de tentativas previas (53,7%) y de enfermedad física crónica (53,7%) resultaron significativos.

Palabras clave: Suicidio. Intentos de suicidio. Ideación suicida. Factores de riesgo. Paciente psiquiátrico. Estudio transversal. Diagnósticos de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Suicidal behaviour is internationally considered as a serious problem. It calculates one death for suicide / 10-25 suicide attempts. It is important to recognize the risk factors from suicidal behaviour.

Objectives: To describe associate factors of suicide attempt in psychiatry patients hospitalised in the psychiatric Unit of the Hospital Miguel Servet (Zaragoza).
To determine the most frequent class of nurse diagnoses in patients with suicide attempt.

Patients and method: During May-December 2007, we collected information of all psychiatry patients (n= 327) hospitalised in the Psychiatric Unit of the Hospital Miguel Servet (Zaragoza), in order to study those hospitalised for suicide attempt (n=54). It is a prevalence study of suicide attempt and its associate factors. We studied the most frequent class of nurse diagnoses too. An information document was created for recording the information collected by means of interviews, historical check and the SAD PERSONS scale. For the information analysis we used the statistics programme SPSS-15.

Results: The suicide attempt prevalence in the population studied is 16,5%, more frequent in women 53,7% , in singles 33,3%, and population between thirty and fifty years old. And the ones who live in a family 81,5%. They don't have a job 57%. They use health resources 98,1%. And they don't consume toxic substances 63,0%. The predominant psychiatry diagnosis was affective disorders (mainly depression) 57,4%. They used for suicide method the ingestion of psychotropic drugs 75,9%. The most significant area of conflict was the family 42,3%. The class of nurse diagnoses mostly used was the one which has a relationship with to face 79,6%.
There was a suicide ideation (92,6%), there was a previous attempt (53,7%) and the presence of organic illness (53,7%) . All these factors and the marital status, the live in family and the psychiatry diagnosis, were significant differences.

Key words: Suicide. Suicide attempt. Suicide ideation. Risk factors. Psychiatry patients. Prevalence study. Nursing diagnoses.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno universal, presente en todas las épocas a lo largo de la historia.

La Organización Mundial de la Salud define acto suicida, como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos. Y suicidio como la muerte resultante de un acto suicida.

Es importante distinguir entre varios conceptos:

- Ideación suicida: deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.
- Conductas suicidas: Incluyen:
 - Intento de suicidio: acto voluntario realizado por la persona con el fin de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.
 - Suicidio consumado: acto de matarse de un modo consciente, considerando la muerte como un medio o como un fin.
 - Parasuicidio: conducta autolesiva, no mortal, realizada por el individuo y en la que no es esencial la intencionalidad u orientación hacia la muerte.¹⁻²

Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), el fenómeno del suicidio es responsable de más muertes al año que las producidas anualmente por el conjunto de todos los conflictos bélicos que asolan el planeta, constituyendo una de las principales causas de muerte en el mundo. Estas organizaciones estimaron que en el año 2000 se produjo una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada tres.³ Aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo desarrollan algún tipo de conducta autolesiva que precisa atención médica, y cerca de 30 millones presentan riesgo de tender a ese tipo de conducta.

En comparación con otros países, España se sitúa entre los que tienen las tasas más bajas de Europa. Sin embargo, mientras la mayoría experimenta un descenso o una estabilización de tasas, en España se describe una evolución ascendente. Así, ha pasado de tener una tasa de suicidios consumados de 6,2 por 100.000 habitantes en el año 1998, a 8,2 por 100.000 habitantes en el año 2007.⁴

En cuanto a los intentos de suicidio, existe gran dificultad para estimar cifras reales debido a la complejidad en la recogida de datos, pero se estima que entre 50 y 90 por 100.000 habitantes / año intentan suicidarse sin que el resultado sea la muerte.⁴

En 1968 la OMS, calcula que casi dos terceras partes de las muertes por suicidio están relacionadas con la enfermedad mental.⁵ Según datos referidos al 2006, aproximadamente el 90% de los casos de suicidio están relacionados con algún tipo de trastorno mental.¹

Existe gran número de estudios sobre el comportamiento suicida o los posibles factores determinantes. Estos estudios se han realizado en pacientes atendidos en urgencias hospitalarias o consultas psiquiátricas, como consecuencia de intentos autolíticos.⁶⁻¹² Otros trabajos se centran más en el

estudio de aquellos pacientes que consuman el suicidio durante su período de ingreso, o bien durante el año siguiente a dicho ingreso.^{5,13-16} También se ha valorado y estudiado la utilización de escalas medidoras del riesgo,^{2,11,17,19} centrando el análisis en variables biológicas, sociodemográficas, clínicas y referentes a la conducta suicida.

Hay autores que incluyen como variables de estudio el origen étnico y la religión.²⁰ Otros, que estudian los casos desde servicios de consulta, incluyendo el servicio médico en que consultan y el motivo de la misma.

En nuestro medio, Hospital Miguel Servet, se realizó un estudio retrospectivo en la Unidad entre los años 1992 y 1995, describiendo las características en n=206 casos de tentativas suicidas.²¹

Actualmente el intento autolítico es uno de los principales motivos de consulta en urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Su relevancia social es considerable, teniendo en cuenta sus costes económicos e intangibles.

El objetivo de este estudio ha sido describir los pacientes que ingresaron como consecuencia de un intento autolítico, valorando los factores asociados con la conducta suicida y también determinar a qué Clase diagnóstica pertenecen la mayoría de los diagnósticos enfermeros, enunciados en dichos pacientes. Ya que hasta el momento se han realizado estudios en el Hospital sobre el tema, pero ninguno hace referencia a las Clases diagnósticas de Enfermería.

DISEÑO Y METODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

La población de estudio son los pacientes psiquiátricos ingresados en la unidad, desde el 1 de Mayo al 31 de diciembre del 2007, ambos incluidos, tanto hombres como mujeres y mayores de 18 años (N=327). No fueron motivo de estudio los menores de 18 años ya que estos ingresan en el Hospital Infantil.

Los criterios de inclusión fueron: Todo paciente hospitalizado en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet, en Zaragoza.

El objetivo del estudio es describir, en los pacientes psiquiátricos ingresados en la Unidad de mayo a diciembre del 2007, la frecuencia de intentos autolíticos y los posibles factores relacionados. También, determinar a qué Clase pertenecen la mayoría de los diagnósticos enfermeros enunciados en dichos pacientes.

PREGUNTAS DEL ESTUDIO:

- ¿Cómo varía la incidencia del intento autolítico en función de la edad, el sexo y el diagnóstico psiquiátrico?
- ¿Existe relación entre el consumo de tóxicos (alcohol, drogas) y el intento autolítico?
- ¿Es más frecuente el intento autolítico en pacientes con antecedentes previos de conducta o ideación suicida?
- ¿Con qué factores se desencadena más frecuentemente la conducta autolítica?

- ¿La carencia de una red de apoyo, favorece la conducta autolítica?
- ¿Cuales son los métodos de autolisis más frecuentes?
- ¿A qué clase pertenecen la mayoría de los diagnósticos enfermeros enunciados en los pacientes que presentaron intento autolítico?

RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Para la realización del estudio se elaboró un protocolo en el que la parte clínica se cumplimentó a través de la revisión de Historias Clínicas, recogiendo variables sanitarias: Diagnóstico médico psiquiátrico, enfermedad física crónica, antecedentes de abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas, reingresos durante el período de estudio, días de permanencia hospitalaria, sexo, edad, domicilio, motivo de ingreso, antecedentes de tentativa o ideación autolítica previa, modo de autolisis, posibles desencadenantes de la conducta suicida.

La parte social se elabora a través de una entrevista directa con el paciente en la que se cumplimentó el Protocolo de Valoración de Enfermería (Anexo 2). De este modo se recogieron variables socioeconómicas y factores relacionados con el comportamiento suicida: Antecedentes clínico-sanitarios, diagnósticos de enfermería, Centro de Salud Mental y área a la que pertenece dentro del Mapa Sanitario de Aragón, recursos sanitarios que utiliza, estado civil, actividad laboral, modo de convivencia, entorno y circunstancias desencadenantes de la crisis, antecedentes personales de interés.

También se aplicó a cada paciente la escala SAD PERSONS, que valora el riesgo de suicidio aportando criterios para el ingreso hospitalario. (Anexo 1)

Las variables diagnóstico psiquiátrico y número de días de permanencia hospitalaria se recogen el día del Alta. El resto de la información se recopila durante los tres primeros días del ingreso.

Se considero variable dependiente el Intento autolítico. Las demás variables, independientes, se agrupan como:

- Factores clínico-sanitarios: Diagnóstico médico psiquiátrico, escala SAD PERSONS, diagnóstico de enfermería, enfermedad física crónica, abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas, diagnóstico de enfermería agrupado según su clase, días que permanece ingresado, reingreso durante el período de estudio, motivo de ingreso, Centro de Salud Mental y Área a que pertenece dentro del Mapa Sanitario de Aragón, recursos sanitarios que utiliza.
- Factores socio-económicos: Sexo, edad, estado civil, actividad laboral, actividad actual, modo de convivencia, red social, domicilio.
- Factores relacionados con el comportamiento suicida: intento autolítico, ideación autolítica, antecedentes de intentos previos de suicidio, modo de autolisis, posibles desencadenantes de su conducta.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- Variable sexo: Cualitativa dicotómica. Categorías: Hombre. Mujer.
- Variable edad: Cuantitativa que pasa a ser cualitativa al asignarle unos rangos. Comprende edades de 18 a 87 años, ya que los individuos menores de 18 años son ingresados en otro departamento.

Se agrupó por décadas formando siete grupos de edad, incluyendo en el primer grupo aquellos individuos de 18 y 19 años.

Los grupos son: 18-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80-89.

- Variable estado civil: Cualitativa nominal. Categorías: Soltero. Casado / en Pareja. Divorciado / Separado. Viudo.
- Variable modo de convivencia: Hace referencia a si el paciente vive solo o acompañado, lo que puede determinar la red de apoyo social de que dispone. Inicialmente se consideró como variable cualitativa nominal, con las siguientes categorías: Familia. Instituciones/ Residencias. Comparte piso. Solo.

Posteriormente se agrupó pasando a ser cualitativa dicotómica con dos categorías: Con familia. Sin familia.

Con las variables modo de convivencia y estado civil, se quiso describir la posible red social de que dispone el paciente.

- Variable Área de Salud: Cualitativa nominal. Categorías: Área I (Sector Barbastro, Sector Huesca). Área II (Sector Zaragoza II). Área III (Sector Zaragoza III, Sector Calatayud). Área IV (Sector Alcañiz, Sector Teruel). Área V (Sector Zaragoza I). Fuera de área, no perteneciente a la Comunidad. Sin domicilio.

El motivo de incluir esta variable era ampliar el ámbito del estudio, ya que el centro donde se realizó es Hospital de referencia del Área II. Al ver que ingresaron varios pacientes no pertenecientes al área y teniendo en cuenta que habrá pacientes de nuestra área en otros hospitales, se decidió no utilizar la variable en el estudio evitando sesgos.

- Variable número de días de permanencia hospitalaria: Cuantitativa discreta.
- Variable motivo de ingreso: Describe la causa o proceso que hace necesario el ingreso del paciente, ya sea voluntaria o involuntariamente. Es una variable cualitativa nominal, con las categorías: Abandono de tratamiento. Consumo perjudicial de alcohol y / o drogas. Abuso de fármacos. Descompensación de la enfermedad. Nuevo tratamiento. Intento autolítico. Ideación autolítica con riesgo. Tratamiento TEC.
- Variable número de reingresos: Cuantitativa discontinua. Refleja el número de veces que ingresa un mismo paciente durante el período de estudio.
- Variable diagnóstico psiquiátrico: cualitativa nominal. Se codifica según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 Borrador00-01/11/2002.²⁹ Tras su codificación se clasifica en diez grupos:
 - Grupo 1: Tr. Mental orgánico (Demencia). Comprende los códigos: F00-F09.
 - Grupo 2: Tr. Mental del comportamiento debido al Consumo de Sustancias Tóxicas. (alcohol, drogas). Códigos: F10-19.
 - Grupo 3: Esquizofrenia, Tr. Esquizotípico, Tr. de Ideas Delirantes. Códigos: F20-F29.
 - Grupo 4: Tr. del Humor (Afectivos). Códigos: F30-F39.
 - Grupo 5: Tr. Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y Somatomorfos. Códigos: F40-F49.
 - Grupo 6: Tr. del comportamiento asociados a Disfunciones Fisiológicas y a factores somáticos. Códigos F50-F59.
 - Grupo 7: Tr. de la Personalidad y del comportamiento del adulto.

Códigos: F60-F69.

- Grupo 8: Retraso Mental. Códigos: F70-F79.
- Grupo 9: Tr. del Desarrollo Psicológico. Códigos: F80-F89.
- Grupo 10: Tr. del Comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Códigos: F90-F98.

- Variable recursos sanitarios: Se refiere a los servicios sanitarios que utiliza el paciente, tanto médicos o asistenciales de seguimiento, como centros de terapias ocupacionales o de estancia parcial.
Es una variable cualitativa nominal, con las siguientes categorías: Centro de Salud Mental de referencia (CSM). Atención sanitaria Privada. Centros de día y terapias ocupacionales. Ninguno.
- Variable Consumo de tóxicos: Inicialmente se consideró como variable cualitativa nominal con las siguientes categorías: Alcohol. Drogas. Alcohol y drogas. Ninguno.
Posteriormente se agrupa pasando a comportarse como variable cualitativa dicotómica con respuesta: SI / NO.
- Variable Intento autolítico: Cualitativa dicotómica (SI/NO). Para describir si el paciente realizó intento autolítico, y fue ese su motivo de ingreso.
- Variable Ideación autolítica: Cualitativa dicotómica (SI/NO). Indica si el paciente ha presentado ideas de autolisis.
- Variable Intentos autolíticos previos: Cualitativa dicotómica (SI/NO). Indica si el paciente ha realizado en otras ocasiones algún intento de suicidio.
- Variable Modo de autolisis: Describe la manera de realizar el intento de suicidio, o el arma utilizada. Es una variable cualitativa nominal. Categorías: Medicamentoso. Arma blanca. Defenestración. Ahogamiento. Inhalación de gas. Ahorcamiento.
- Variable Desencadenante: Consideramos como posibles desencadenantes las situaciones estresantes, que se presentan justo antes de la descompensación o de la crisis sufrida por el paciente. Variable cualitativa nominal con las siguientes categorías: Enfermedad física asociada. Pérdida familiar reciente. Pérdida de pareja reciente. Conflicto familiar y / o conyugal. Conflicto laboral. Conflicto socioeconómico. Problemática social. Estrés post-traumático. Consumo de tóxicos. Conflictos legales.
Denominamos problemática social a la presentada por los pacientes ingresados que viven en la marginación (vagabundos, inmigrantes sin domicilio fijo ni documentación legal, etc.) Respecto a los conflictos legales, incluyen pacientes en régimen carcelario o en espera de resolución judicial, que precisan de atención psiquiátrica e ingreso hospitalario. El estrés post-traumático corresponde a una paciente víctima de atraco.
- Variable Enfermedad física crónica: A demás de su patología psiquiátrica, presentan alguna enfermedad física crónica. Diagnosticada previamente en atención primaria o especializada. La consideramos como variable cualitativa dicotómica del tipo SI/NO.
- Variable Actividad laboral: Se tomaron datos haciendo dos clasificaciones. La primera formada con las siguientes categorías: Asalariado. Autónomo. Ama de casa. Jubilado. Estudiante. Trabajos

ocasionales. Inactivo. Incapacitado.

Posteriormente se agrupó la variable en dos categorías pasando a ser cualitativa dicotómica. Categorías: Activo (asalariado, autónomo, trabajos ocasionales.). Pasivo (Jubilado, estudiante, incapacitado, inactivo, ama de casa.)

- Variable Clases diagnósticas de enfermería: Según la taxonomía NANDA, los Diagnósticos de Enfermería se agrupan en Dominios, y dentro de cada Dominio en Clases. Debido a la diversidad de diagnósticos y para simplificar su estudio se decide utilizar las Clases diagnósticas como variable cualitativa nominal.

Categorías: Conducta. Neurocognición. Autocuidado. Afrontamiento. Emocional. Autopercepción. Rol/Relaciones. Crecimiento y desarrollo. Cada una de las categorías se comporta como una variable cualitativa dicotómica con respuesta: SI / NO.

- Escala SAD PERSONS (Patterson 1983): Se comporta como variable cualitativa nominal. Es una escala que valora el riesgo de suicidio y aporta los criterios necesarios para indicar el ingreso hospitalario. Valora sexo (masculino), edad (<20 ó >45), depresión, tentativas previas, abuso de alcohol, pérdida de pensamiento racional, ausencia de soportes sociales, plan organizado, carencia de pareja, presencia de enfermedad.

Cada ítem positivo puntúa 1, y en función de los resultados el criterio es:

- 0-2 Alta, con seguimiento ambulatorio.
- 3-4 Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar el riesgo.
- 5-6 Si no hay control familiar cercano, hospitalización.
- 7-10 Hospitalización. Riesgo de consumación próximo

Entre las ventajas que aporta esta escala está su utilidad como guía para tomar una actitud terapéutica, la facilidad de uso y el estar validada por profesionales no psiquiatras.^{2,19,30}

AUTORIZACIONES PARA EL ESTUDIO: DE LA INSTITUCIÓN Y DE LOS PACIENTES

Se solicitó autorización a la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital para la recogida de datos de los pacientes.

La autorización exigió seguir las normas de confidencialidad, evitando toda información relativa a personas físicas expresamente identificadas o que puedan ser identificadas con esos datos. Del mismo modo, nadie podía acceder a dicha información salvo la investigadora y las personas que ella propuso.

Respecto al consentimiento informado otorgado por los pacientes: en cada ingreso se facilita un documento con normas, horarios y formularios que se cumplimentan en la unidad. Dicho documento debe ser firmado por el paciente como indicativo de su aceptación voluntaria, y en caso de no estar capacitado lo firma su familia o tutor legal. Este documento se guardó en la Historia Clínica.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

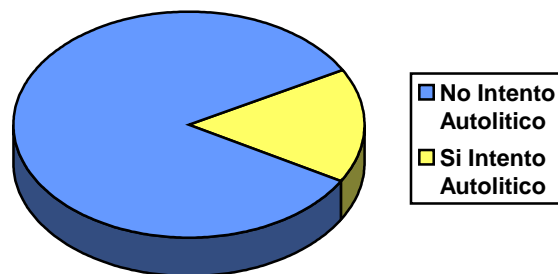
Para el análisis de los datos se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS-15, realizando un análisis descriptivo de todas las variables y sus frecuencias. Se estudiaron asociaciones entre variables cualitativas mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson y el estadístico exacto de Fisher, aceptando un nivel de significación como máximo de $\alpha=0.05$

RESULTADOS

Prevalencia del Intento Autolítico: Se presentaron 54 casos de intento autolítico frente a la población total de estudio $N=327$, esto supone una prevalencia de 16,5%. (Figura 1)

El tiempo medio de permanencia hospitalaria fue 12,44; σ (Desviación típica)=12,881. Desde un mínimo de 1 día a un máximo de 74 días.

Figura 1: Prevalencia del Intento Autolítico



Fuente:
Departamento de
psiquiatría Hospital
Miguel Servet. Mayo-Diciembre 2007

Todos los individuos del estudio son pacientes psiquiátricos independientemente del motivo de su ingreso. En la tabla 1 describimos los diagnósticos psiquiátricos, tanto desde un punto de vista global, como diferenciando estos diagnósticos en función de la presencia o ausencia de intento autolítico.

Respecto a los pacientes ingresados por intento autolítico:

- El diagnóstico predominante fueron los Trastornos del Humor y Afectivos 57,4% ($n=31$). De ellos 20 ingresaron por Episodio Depresivo, siete por Trastorno Bipolar y cuatro por Distimia.
- Con Trastornos de Personalidad y del comportamiento de adulto ingresan un 20,4% ($n=11$), de los que diez son diagnosticados como Trastornos Límite de Personalidad y 1 como Trastorno de Elaboración de Síntomas Somáticos.
- Un 11,1% ($n=6$) presenta Trastornos de tipo Esquizofrenia e Ideas Delirantes. De ellos tres son Esquizofrenias, dos Trastornos Esquizoafectivos y sólo uno Trastorno Psicótico.
- Respecto a los Trastornos Neuróticos secundarios a situaciones estresantes y Somatomorfos, los cuatro que ingresan (7,4%) presentan Trastorno de

Adaptación.

- El grupo Demencias, 1,8%, fue una demencia de tipo Alzheimer.
- Y el grupo Trastorno mental y del comportamiento por Consumo de sustancias Tóxicas 1,8%, fue un ingreso por consumo de múltiples drogas y psicótopos. (Tabla 4)

La relación Diagnostico psiquiátrico / Intento autolítico resulta significativa , $p=0,021$.

TABLA 1: CLASIFICACION DIAGNOSTICA / INTENTO AUTOLÍTICO

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS	SI INSTENTO AUTOLITICO		NO INTENTO AUTOLITICO		TODOS	
	N	%	N	%	N	%
Demencia: -F00(Demencia Alzheimer)	1	1,8%	9	3,2%	10	3,0%
Tr. Mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol y sustancias psicótopos. -F10(abuso de alcohol) -F12(consumo canabinoídes) -F14(consumo de cocaína) -F19(consumo de múltiples drogas y psicótopos)	1	1,8%	16	5,9%	17	5,2%
Esquizofrenia, Tr. Esquizotípico y Tr. de Ideas Delirantes. -F20(Esquizofrenia) -F21(Tr. Esquizotípico) -F22(Tr. de Ideas delirantes) -F23(Tr. Psicótico) -F25(Tr. Esquizoafectivo)	6	11,1%	89	32,6%	95	29,1%
Tr. del Humor y Afectivos -F31(Tr. Bipolar) -F32(Episodio Depresivo) -F34(Distimia)	31	57,4%	96	35,2%	127	38,8%
Tr. Neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. -F41(Tr. Ansiedad) -F42(Tr. Obsesivo-compulsivo) -F43(Tr. Adaptación) -F44(Tr. Disociativo)	4	7,4%	22	8,1%	26	7,9%
Tr. de Personalidad y del comportamiento del adulto. -F60(Tr. Límite de personalidad) -F63(Ludopatía) -F68(Elaboración de síntomas somáticos)	11	20,4%	34	12,4%	45	13,8%
Retraso mental. -F70(Retraso mental leve)	-		4	1,5%	4	1,2%
Tr. del desarrollo psicológico. -F84(Autismo)	-		2	0,7%	2	0,6%

Trastornos del comportamiento asociados a Disfunciones Fisiológicas y factores somáticos - F53(Trastorno de comportamiento durante el Puerperio)	-		1	0,3%	1	0,3%
TOTAL	54	100,0%	273	100,0%	327	100,0%

Fuente: Departamento de psiquiatría Hospital Miguel Servet. Mayo-Diciembre 2007

En la Tabla 2 se refleja como durante los ocho meses estudiados reingresaron 44 pacientes. De ellos 29 debido a la descompensación de su enfermedad, siete por intento o ideación autolítica de riesgo, tres por abandono del tratamiento, tres por consumo perjudicial de sustancias tóxicas y dos para recibir tratamiento TEC. De los siete que reingresaron por intento o ideación autolítica de riesgo, dos lo hicieron por la misma causa cuatro veces.

TABLA 2: Nº DE REINGRESOS SEGÚN MOTIVO

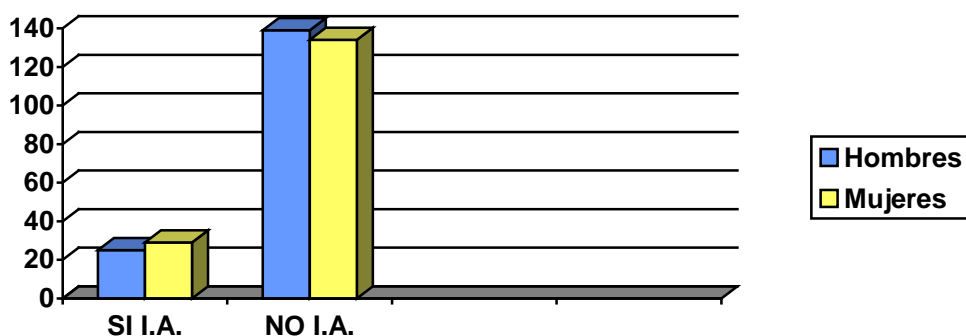
Nº de Reingreso	MOTIVOS DE REINGRESO					Total
	Descompensación	Abandono de Tratamiento	Consumo de tóxicos	Intento o Ideas autolíticas	Tratamiento (TEC)	
1 Reingreso	27	2	2	5	-	36
2 Reingresos	2	1	1	-	-	4
4 Reingresos	-	-	-	2	-	2
Varias veces					2	2

Fuente: Departamento de psiquiatría Hospital Miguel Servet. Mayo-Diciembre 2007

Los factores asociados con el intento autolítico son los siguientes (Tabla 4):

- Predomina el sexo femenino (53,7%) respecto al masculino (46,3%), en proporción 1,2/1. La relación con la variable sexo no resulta significativa, $p=0,535$. (Fig. 2)

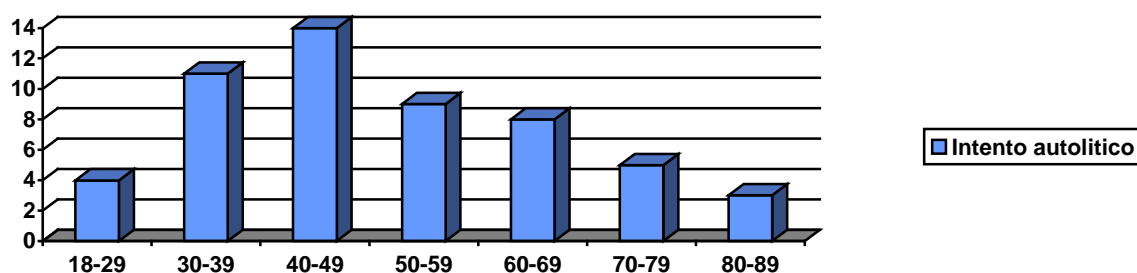
Figura 2 : Intetno Autolítico / Sexo



Fuente: Unidad de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. 2007.

- Al relacionar la edad con el intento autolítico no obtenemos resultados significativos, $p=0,140$. La edad media es de 50,80 años, σ (Desviación típica)=15,813, de un mínimo de 21 años a un máximo de 87 años. Se observa mayor frecuencia entre los 30 y 50 años, con un 46,3% y un pico máximo en la década de los 40 años. (Fig. 3)

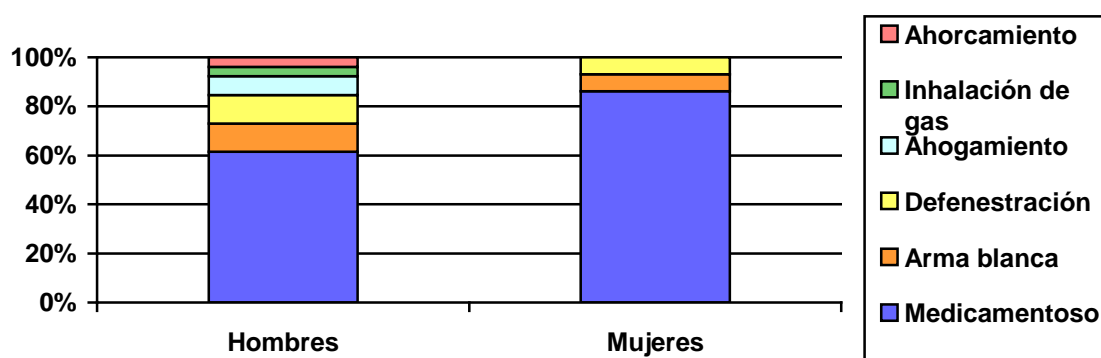
Figura 3: Intento Autolítico según la Edad



Fuente: Unidad de Psiquiatría Hospital Miguel Servet. Zaragoza. 2007.

- Con respecto al estado civil existe un predominio de solteros 33,3%, seguido de casados 31,5%, separados 24,1% y viudos 11,1%. Significación $p=0,010$.
- Al analizar el modo de convivencia predominan los intentos autolíticos en individuos que viven con familia (81,5%). Significación $p=0,035$.
- Valorando la actividad laboral, vemos un predominio de individuos pasivos $n=31$ con un 57,4%, de los que 15 son jubilados, nueve incapacitados, cinco amas de casa y dos inactivos. La asociación de variables no resultó significativa $p=0,870$.
- La asociación entre la presencia de ideación autolítica e intento de suicidio resultó significativa, $p=0,000$. La ideación autolítica predomina en aquellos casos que realizan intento autolítico (92,6%), siendo mayor en el sexo femenino y en ambos grupos (intento autolítico y no intento autolítico.)
- La relación entre intentos autolíticos y antecedentes de intentos previos si es significativa, $p=0,000$. El 53,7% de los pacientes que intentan el suicidio han realizado intentos previos, mientras que en el grupo de los que no intentaron el suicidio sólo el 9,2% tenía antecedentes previos. Con respecto al sexo no se observa gran diferencia.
- Los métodos utilizados en el intento de suicidio fueron: en primer lugar encontramos los intentos medicamentosos 75,9%, en segundo las armas blancas 9,3%, seguido de la defenestración 7,4%, el ahogamiento 3,7%, la inhalación de gas 1,9% y por último el ahorcamiento 1,9%. La relación entre la variable modo de autolisis y el sexo no resulta significativa ($p=0,315$) (Fig.4)

Figura 4: Modo de Autolisis Según Sexo



- Entre los intentos autolíticos el 63,0% (n=34) no consume *tóxicos*, frente a un 37,0% que sí consume: 12 toman alcohol, dos drogas y seis ambos. Los resultados no son significativos, $p=0,323$.

- Respecto *al uso de recursos sanitarios*, vemos como el 98,1% de pacientes que realizaron intento autolítico utilizaban recursos, de ellos 43 acuden regularmente a su centro de salud mental de referencia, cinco recibían seguimiento en atención psiquiátrica privada, y cinco acudían a centros de día y de terapias ocupacionales. Relación no significativa, $p=0,573$.

- *La presencia de enfermedad física crónica* en los casos de intento autolítico queda representada por con un 53,7%. Los resultados son significativos, $p=0,006$.

En la tabla 4 se describen las enfermedades físicas que presentan dichos pacientes antes de realizar el intento de suicidio. De los 54 intentos autolíticos, 29 padecían alguna enfermedad, encontrando mayor frecuencia en patología tiroidea con seis casos de hipotiroidismo, y un hipertiroidismo. La suma total es superior ya que algunos pacientes presentaron más de una enfermedad.

TABLA 3: PRESENCIA DE ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA EN LOS INTENTOS AUTOLITICOS

EFERMEDAD FÍSICA CRONICA	N
Hipotiroidismo	6
Hipertensión arterial (HTA)	5
Diabetes (DM)	5
Cardiopatía crónica	5
Neuropatía crónica	4
Trastornos osteoarticulares	4
Enfermedades pulmonares crónicas	3
Neoplasias	3
Enfermedades infecciosas	2
Trastornos hematológicos crónicos	2
Otros trastornos endocrinos	2
Hipertiroidismo	1
Traumatismos y sus secuelas	1
Hipercolesterolemia	1
Enfermedades renales crónicas	1
Colon irritable	1
TOTAL	41

Fuente: Unidad de Psiquiatría Hospital Miguel Servet. Zaragoza. 2007.

- Analizando la *presencia de estresores o desencadenantes* tanto en los pacientes con intento autolítico como en los que no lo presentaron, se encontraron pérdidas ya que durante la entrevista algunos pacientes no dieron respuesta o bien alegaron no saber precisar un desencadenante de su conducta.

En los intentos autolíticos predominan los conflictos familiares (42,3%), seguidos por la pérdida reciente de algún familiar (23,1%), la presencia de enfermedad física (15,4%), la problemática social (7,7%), el consumo de tóxicos (7,7), y los conflictos socioeconómicos (3,8%). Los resultados no son significativos, $p=0,080$.

TABLA 4: FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO AUTOLITICO

	INTENTO AUTOLÍTICO		NO INTETNO AUTOLITICO		SIGNIFICACIÓN p
	N	%	N	%	
SEXO -Hombres -Mujeres	25 (46,3%) 29 (53%)		139 (50,9%) 134 (49,1%)		P=0,535
EDAD -(18-29) -(30-39) -(40-49) -(50-59) -(60-69) -(70-79) -(80-89)	4 (7,4%) 11 (20,4%) 14 (25,9%) 9 (16,7%) 8 (14,8%) 5 (9,3%) 3 (5,6%)		46 (16,8%) 69 (25,3%) 69 (25,3%) 41 (15,0%) 20 (7,3%) 24 (8,8%) 4 (1,5%)		P=0,140
ESTADO CIVIL -Soltero -Casado / en pareja -Separado / divorciado -Viudo	18 (33,3%) 17 (31,5%) 13 (24,1%) 6 (11,1%)		154 (56,4%) 56 (20,5%) 51 (18,7%) 12 (4,4%)		<u>P=0,010</u>
MODO DE CONVIVENCIA -Con familia -Sin familia	44 (81,5%) 10 (18,5%)		183 (67,0%) 90 (33,0%)		<u>P=0,035</u>
ACTIVIDAD LABORAL -Activo -Pasivo	23 (42,6%) 31 (57,4%)		113 (41,4%) 160 (58,6%)		P=0,870
IDEAS AUTOLÍTICAS -Si -No	50 (92,6%) 4 (7,4%)		60 (22,0%) 213 (78,0%)		<u>P=0,000</u>
ANTECEDENTES DE INTENTOS PREVIOS -Si -No	29 (53,7%) 25 (46,3%)		26 (9,6%) 246 (90,4%)		<u>P=0,000</u>
MODO DE AUTOLISIS -Medicamentoso -Arma blanca -Defenestración -Ahogamiento -Inhalación de gas -Ahorcamiento	41 (75,9%) 5 (9,3%) 4 (7,4%) 2 (3,7%) 1 (1,9%) 1 (1,9%)				
CONSUMO DE TÓXICOS -Si -No	20 (37,0%) 34 (63,0%)		121 (44,3%) 152 (55,7%)		P=0,323
USO DE RECURSOS SANITARIOS -Si -No	53 (98,1%) 1 (1,9%)		264 (96,7%) 9 (3,3%)		P=0,573
ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA -Si -No	29 (53,7%) 25 (46,3%)		93 (34,1%) 180 (65,9%)		<u>P=0,006</u>

DESENCADENANTE			
-Enfermedad física	4 (15,4%)	10 (8,1%)	P=0,080
-Pérdida familiar reciente	6 (23,1%)	10 (8,1%)	
-Pérdida de pareja reciente	-	10 (8,1%)	
-Conflicto familiar	11 (43,3%)	34 (27,6%)	
-Conflicto laboral	-	3 (2,4%)	
-Conflicto socioeconómico	1 (03,8%)	3 (2,4%)	
-Problemática social	2 (7,7%)	40 (32,5%)	
-Estrés postraumático	-	1 (0,8%)	
-Consumo de tóxicos	2 (7,7%)	10 (8,1%)	
-Conflicto legal	-	2 (1,6%)	

Fuente: Departamento de psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Mayo-Diciembre 2007.

Clases diagnósticas e intentos autolíticos (Tabla 5)

• Con respecto a la taxonomía NANDA la *clase Afrontamiento* fue la más numerosa en el grupo de pacientes con intento autolítico, con un 79,6% de los casos, mientras que en el grupo de los no intentos autolíticos supone el 30,4%.

Estas diferencias son significativas, $p=0,000$.

• Le sigue la *clase Emocional* con el 50,0% de los casos, frente al 22,7%. También resulta significativa, $p=0,000$.

• El 14,8% corresponde a la *clase Neurocognición*, con una significación de $p=0,000$. Los diagnósticos que hacen referencia a esta clase predominan en el grupo que no realiza intento autolítico con un 55,7%.

• La relación en el resto de las clases diagnósticas no resultó significativa (Tabla 5)

TABLA 5: INTENTOS AUTOLÍTICOS/ CLASES DIAGNOSTICAS DE ENFERMERIA

CLASE DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA		PACIENTE CON INTENTO AUTOLITICO		SIGNIFICACION
		N	%	P
Afrontamiento	Si	43	(79,6%)	<u>0,000</u>
	No	11	(20,4%)	
Emocional	Si	27	(50,0%)	<u>0,000</u>
	No	27	(50,0%)	
Conductual	Si	16	(29,6%)	0,096
	No	38	(70,4%)	
Autocuidado	Si	10	(18,5%)	0,978
	No	44	(81,5%)	
Rol / Relaciones	Si	9	(16,7%)	0,871
	No	45	(83,3%)	
Neurocognitiva	Si	8	(14,8%)	<u>0,000</u>
	No	46	(85,2%)	
Autopercepción	Si	-		F=1,000
	No	54	(100,0%)	
Crecimiento y Desarrollo	Si	-		F=0,052
	No	54	(100,0%)	

Fuente: Departamento de psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Mayo-Diciembre 2007.

Escala SAD PERSONS

Con respecto a la Escala SAD PERSONS, los resultados obtenidos al aplicarla en cada grupo fueron:

De los 54 pacientes que ingresaron por intento autolítico, según esta escala, el 37% requiere considerar su ingreso y un seguimiento ambulatorio intensivo, en el 31,5% está recomendado su ingreso sobre todo si carece de soporte social, en el 24,1% el ingreso debe ser obligatorio incluso en contra de su voluntad, y sólo un 7,4% requieren alta médica con seguimiento ambulatorio. (Tabla 6)

TABLA 6: SAD PERSONS / INTENTO AUTOLÍTICO

ESCALA SAD PERSONS	SI INTENTO AUTOLITICO	NO INTENTO AUTOLITICO
	N %	N %
(0-2)	4 (7,4%)	43 (15,8%)
(3-4)	20 (37%)	146 (53,5%)
(5-6)	17 (31,5%)	76 (27,9%)
(7-10)	13 (24,1%)	8 (2,9%)
TOTAL	54 (100,0%)	273 (100,0%)

(0-2): Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

(3-4): Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

(5-6): Recomendado ingreso sobre todo si ausencia de soporte social.

(7-10): Ingreso obligatorio incluso en contra de su voluntad.

DISCUSION

Podemos afirmar que la prevalencia de ingreso por intento autolítico en la unidad de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet ha aumentado desde el 1996, ya que durante los ocho meses del estudio se presentaron 54 casos, y en el estudio de Pérez Poza et al²¹ durante los años 1992-1995, se calculó una media de 34,3 casos en ocho meses. El tiempo medio de permanencia hospitalaria resultó similar ya que en su estudio fue de 11, 25 días y en el nuestro de 12,44 días.

Como ya hemos comentado anteriormente el 90% de los casos de suicidio presenta alguna patología psiquiátrica. En este estudio el diagnóstico predominante está representado por los Trastornos de Humor y Afectivos, principalmente Episodios Depresivos. Seguidos de los Trastornos de Personalidad y en tercer lugar los Trastornos de tipo Esquizofrenia e Ideas Delirantes. Esto coincide con los estudios de Rodríguez Garín,⁵ Rodríguez Valdés,⁶ Torres Lio-Coo,⁷ Ruiz Pérez,⁹ Guibert Reyes,¹¹ Tomas Baader,¹⁴ Arbach,¹⁵ Fernández González,¹⁶ Gutiérrez Cadena,¹⁸ Pérez Poza²¹ y Blackemore.²²

Los Trastornos Afectivos con Episodios Depresivos predominan en la mayoría de los estudios. La complicación más grave de la depresión es el suicidio, con un riesgo diez veces mayor que la población general.²³ Así mismo, el Trastorno de Personalidad es también un factor importante en el suicidio, fundamentalmente en adolescente y adultos jóvenes.⁶

La depresión usualmente está presente con la reducción del círculo de intereses vitales, la presencia generalizada de frustración y soledad, deterioro importante de la actividad psicológica de estos sujetos, quienes se manifiestan indefensos y culpables. En general en estos individuos, se observa con mucha frecuencia, la intervención de sentimientos de desesperanza en el prisma con que perciben la realidad y actúan en ella, lo cual va generando la importancia y el abandono de la lucha por la vida.¹¹

"Nada sirve, el tratamiento fue una pérdida de tiempo", "Estoy cansado de sufrir, tengo ganas de morir", "He perdido la fe y la esperanza, no tiene sentido vivir", "Estoy atrapada en una depresión, sin perspectivas de salir del pozo", "Me siento solo y abandonado, no hay salida", "No tengo metas ni proyectos", "No quiero vivir, no quiero perder nada, no tengo enfermedad, sino cobardía", "Estoy caído, me quedé vacío, no me puedo reír". Una paciente decía: "Vi la realidad, que no tengo cura. Deseo la muerte como solución, como salida". La muerte parece ser la única solución frente al sentimiento de fracaso y desesperación cuando el paciente ha sufrido mucho con su enfermedad mental.⁵

El intento autolítico se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino. La bibliografía consultada informa el predominio de intentos en el sexo femenino.^{7-8,11-12,18,21-22} Mientras en los hombres es más frecuente el suicidio consumado.^{1-2,5,6,9,10,14,23-24} Únicamente en el estudio de Fernández González¹⁶ se encuentra un ligero predominio de tentativa en varones.

La depresión es el principal precursor del suicidio y es más común en mujeres (3:1) pero el suicidio es más frecuente en varones, explicándose este

predominio por una mayor impulsividad.⁸ No hay una respuesta satisfactoria a esta aparente contradicción, pero se barajan los siguientes factores: La frecuencia de alcoholismo es mayor entre los varones y el alcoholismo es considerado factor de riesgo del suicidio. Y los varones son más reacios a consultar por problemas de depresión, ya que el papel masculino en las culturas occidentales implica no admitir la ansiedad, los problemas y las cargas.

Por último, hay que tener en cuenta que existe cierta evidencia del papel protector que ejerce el embarazo, la lactancia y la compañía, y el cuidado de los hijos frente al suicidio femenino.⁹

Se calcula la edad media de 50,80 años y mayor frecuencia entre las décadas de los 30 a los 50 años. Con un pico máximo durante la década de los 40 años.

Coincide *Guibert Reyes*¹¹ que presenta dos grupos etarios más frecuentes: de 25 a 39 años y de 40 a 50 años. Y *Pérez Poza*²¹ predominando en edades entre 30 y 65 años. Otros calculan edades medias próximas.¹⁴⁻¹⁵

Aguilera Fernández,¹⁰ encuentra el intento autolítico predominando en edades entre 15 y 24 años, mientras el suicidio consumado es más frecuente entre los de 35 y 54 años.

Por el contrario, en la mayoría de los estudios predomina en edades más jóvenes, de 15 a 30 años, para luego aumentar a partir de los 65 años.

Los rasgos del adolescente y joven que presenta conducta suicida son: impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, de soledad y de rechazo, baja tolerancia a la frustración, estilo cognoscitivo rígido, poco flexible, familias desestructuradas, trastornos de personalidad y abuso de sustancias tóxicas.

Entre los mayores de 65 años, cabe reseñar la importancia de las enfermedades físicas, sobre todo incapacitantes y degenerativas. El aislamiento social, pérdida del cónyuge, escaso soporte social y trastornos afectivos. La mayor gravedad de los intentos de suicidio, que pone de manifiesto un aumento en la intención de morir, así como gran vulnerabilidad a las lesiones físicas y químicas. Y la presencia de conductas suicidas “lentas” o “silenciosas”, basadas en el rechazo a la alimentación o medicinas necesarias.²³

En lo que se refiere al estado civil predominaron los solteros,²³ seguido de casados, separados y viudos. Encontrando una relación entre variables significativa. Estos mismos datos se han obtenido en otros estudios.^{1-2,8,11,15,21-22,25}

Por el contrario, en el estudio de *Fernández González*:¹⁶ las tentativas predominan en casados, mientras que el suicidio se presenta más en solteros, viudos y separados.

*Tomas Baader*¹⁴ no encuentra diferencias entre solteros y casados. Esto puede tener relación con nuestro estudio, ya que los resultados obtenidos en solteros y casados son muy similares. Para *Francisco Gallego et al*⁸ el predominio de solteros se encuentra ligado a la mayor frecuencia de edades jóvenes.

En nuestro estudio es notable el predominio de individuos que no tienen pareja estable dentro del grupo que realiza intento autolítico. Para *Rodríguez Garín*,⁵ el hecho de que sea más frecuente en personas sin pareja se debe a que la

propia enfermedad y la actitud de aislamiento que mantiene el individuo, provoca pérdida de pareja o evita conseguirla. Guibert Reyes¹¹ coincide situando los solteros como el grupo de mayor incidencia, y concluyendo que en las personas viudas, divorciadas o solas es más común este acto, ya que en ocasiones, inclusive la separación de pareja, actúa como detonador del intento al fallarle el apoyo social al individuo.

Que el matrimonio sea un factor protector frente al suicidio, podría explicarse por el apoyo social que se recibe de la pareja, y por que, al parecer, incrementa los hábitos saludables. Sin embargo, es un hecho no observado en todas las culturas, el que la pareja suponga factor protector frente al suicidio. Así por ejemplo, en Pakistán, India y Hong Kong, el matrimonio es un factor de riesgo para el suicidio femenino, debido a la discriminación social, legal y económica que sufre la mujer en esos países.⁹

Se encontró el intento autolítico más frecuente en individuos que viven con familia, resultando la relación significativa. Lo mismo nos dice Fernández González.¹⁶ Otros añaden el hecho de ser familias desestructuradas.^{5,11,15,25}

Por el contrario Pascual Pascual² y en la escala de valoración de riesgo SAD PERSONS, se pone en relevancia el hecho de que el suicidio es más frecuente en personas que viven solas. FEAFES¹ considera factor de riesgo vivir solo. Y Ruiz Pérez²¹ destaca en estos casos lo importante que es la falta de apoyo social.

Es importante considerar el tipo de familia y no sólo la presencia de la misma: Familias “desintegradas”, son aquellas en que se ha producido una separación por muerte, emigración, divorcio o internación de un cónyuge. También aquellas separaciones en que los hijos se niegan a ver a los padres. Familia “abandónica” es la que se desinteresa por el futuro del paciente, dejan de tener contacto y lo expulsa del seno familiar.

A veces las familias consideradas “integradas” están constituidas por individuos poco flexibles, con normas muy rígidas, exigentes e intolerantes, que a pesar de vivir juntos no se comunican entre ellos.

Respecto a la actividad laboral, hubo un predominio de individuos pasivos, de los que quince son jubilados, nueve incapacitados, cinco amas de casa y dos inactivos.

Coincide con la citación de inactividad en otros estudios.^{1-2,5,7,15-16,21-22,25}

Ruiz Pérez,⁹ resalta la importancia de la precariedad laboral como influencia en el fenómeno de estudio. El desempleo tiene un mayor impacto en la salud mental del varón que en la de la mujer. La pérdida de empleo se atribuye a fracasos individuales y resulta en problemas de identidad, pérdida de control, desamparo y depresión. El varón puede reaccionar con estrategias adaptativas poco adecuadas como inexpresividad emocional, no solicitar ayuda, agresividad, conductas de riesgo, violencia, consumo de sustancias y suicidio.

Arbach¹⁵ nos dice que en su estudio la mayoría de la muestra estaba retirada, en baja por enfermedad mental o tenía trabajos temporales combinados con períodos de desempleo.

Guibert Reyes¹¹ cree que el trabajo y el estudio actúan como factores protectores, al ser actividades en las que el individuo experimenta vivencias gratificantes, a partir del contacto social, los conocimientos adquiridos, la seguridad que da tener un grupo de referencia, etc. Destaca que la mayoría de

adultos mayores de 60 años están jubilados o inactivos, ya que en casi todas las sociedades las posibilidades de empleo son pocas o nulas para los ancianos. También son más frecuentes las discapacidades propias de la edad.

La presencia de ideación autolítica predomina en aquellos casos que realizan intento autolítico, siendo mayor en el sexo femenino y en ambos grupos (los que ingresan por intento y los que no). La asociación entre la presencia de ideación autolítica e intento de suicidio resultó significativa. Estos mismos datos han sido refrendados en otros estudios.^{2,5,12,14}

Tomas Baader,¹⁴ recomienda tomar más en serio las manifestaciones de los pacientes a cerca de la intención de suicidarse, ya que un tercio de los casos que habían manifestado sus intenciones de suicidio describió el método escogido. Con Rodríguez Garín,⁵ veintidós pacientes habían expresado en algún momento que pensaban matarse. Que un paciente hable de suicidarse o luego de haberlo intentado exprese que no fue consciente o no tenía intención de morir, sino llamar la atención, no garantiza que no lo realice en el futuro.

De igual manera FEAFES¹ nos habla de los mitos e ideas erróneas sobre el suicidio:

“El que se quiere matar no lo dice”. Considerarlo como un mito conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas o amenazan con suicidarse.

De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida. Todo el que se suicida expresa previamente con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta sus intenciones.

Destacamos en nuestro estudio, entre aquellos que no realizaron intento autolítico y sí presentaron ideas de suicidio, dos pacientes que admitieron no haber realizado el intento a consecuencia de sus ideas religiosas, “mi religión me impide el suicidio”.

Tomas Baader²⁰ cita en su trabajo la importancia de profesar una fe religiosa o creencia filosófica, ya que el paciente debe superar una barrera más alta al tomar la decisión de suicidarse en comparación a quien no tiene religión.

La relación entre intentos autolíticos y antecedentes de intentos previos resultó significativa. Respecto al sexo no se observó gran diferencia.

Lo mismo opinan en varios trabajos.^{1-2,5,13,15,18,25} Cordero²⁵ además asevera que aunque las dos terceras partes de los suicidios ocurren en el primer intento, el tener tentativas previas se considera un factor de riesgo.

Desde un punto de vista epidemiológico, el intento de suicidio es el principal factor predictor del suicidio consumado, estimando que entre el 10% y el 15% de los que realizan un intento acabarán consumándolo. El 14-60% de los intentos tienen antecedentes de una o más tentativas previas. Y el 30-60% de los que consuman el suicidio tienen historia de tentativas previas, cuyo número puede llegar hasta 20.³⁰

El principal método utilizado para el intento de suicidio fue el medicamentoso, seguido por el uso de armas blancas y la defenestración. Se observó mayor frecuencia del uso medicamentoso entre mujeres.^{6,8,21,24}

Mientras los varones eligen métodos más cruentos,^{12,18} como el estrangulamiento, salto y ahorcamiento, armas de fuego.^{5,10,14-15}

Según Cordero²⁵ y Jiménez Guenchi,¹³ los actos impulsivos dirigen al individuo a la hora de elegir el método. Curiosamente en Tomas Baader,¹⁴ los casos con antecedentes de suicidio en la familia tuvieron una gran influencia sobre el método escogido: Los cuatro casos de los que se trató, usaron el mismo método de suicidio que sus parientes.

FEAFES¹ y Pascual Pascual² resaltan la importancia de la disponibilidad de medios. Así Gutiérrez Cadena¹⁸ encuentra frecuente el hecho de que los pacientes suicidas hayan sido atendidos por sus médicos de cabecera o psiquiatras poco antes del intento. Este dato, junto con el alto porcentaje de pacientes que se intentaron suicidar con benzodiazepinas (para cuya venta se requiere forzosamente de una receta) parece indicar que buena parte de los pacientes deprimidos acuden por insomnio a su médico de cabecera, el cual prescribe preferentemente hipnóticos.

Podemos decir que en la elección del método empleado, inciden factores como la disponibilidad y accesibilidad, la aceptación sociocultural o su capacidad letal.

Coincidiendo con Tomas Baader,¹⁴ en este estudio la mayoría de los que realizan intento autolítico no consumen tóxicos, y de entre los que sí consumen 12 toman alcohol, 2 drogas y 6 ambos.

Fernández González¹⁶ en su estudio encuentra que los consumidores están entre el 30 y 50%. Otros autores,^{2,6,15,18} reflejan el consumo de tóxicos como segundo o tercer diagnóstico de los pacientes.

El consumo de alcohol y tóxicos es considerado en la escala de SAD PERSONS como factor de riesgo.^{2,19,30} Para Rodríguez Valdés,⁶ el consumo de alcohol presenta altas tasas de suicidio. Se calcula que entre el 5 y el 27 % de todas las muertes por suicidio se presentan en sujetos alcohólicos, lo que puede estar determinado por rechazo, pérdidas en las relaciones interpersonales y por complicaciones médicas o psicológicas de la enfermedad. Otra posible explicación a este hecho es que el alcoholismo en varones puede ser considerado un equivalente depresivo. Nuestra cultura no permite a los varones verbalizar sentimientos depresivos y sí permite el consumo de grandes cantidades de alcohol.

El consumo de alcohol y drogas, se ha asociado al intento autolítico tanto como factor de riesgo (pensamientos y acciones), como precipitante de una conducta suicida (efectos tóxicos).

Tanto en los pacientes que ingresaron consecuencia de un intento autolítico como los ingresados por otros motivos, se observó un predominio en la utilización de recursos sanitarios. Casi la totalidad de pacientes que realizaron intento autolítico utilizaban recursos, de ellos 43 acuden regularmente a su centro de salud mental de referencia, cinco recibían seguimiento en atención psiquiátrica privada, y cinco acudían a centros de día y de terapias ocupacionales.

En Gutiérrez Cadena,¹⁸ casi las tres cuartas partes visitan regularmente un médico. Según Rodríguez Garín,⁵ el número de suicidios aumenta en momentos de cambio de terapeuta o de vacaciones, lo que ocasiona una sensación de indefensión y abandono en el paciente.

Es muy importante resaltar el factor de protección o preventivo que supone la hospitalización, Jiménez Guenchi,¹³ ya que durante su ingreso el paciente

mejora, disminuye la disponibilidad de medios y está bajo una vigilancia continua.

El hecho de que el paciente acuda regularmente a consultas o utilice servicios a su alcance antes de realizar la tentativa, pondría de manifiesto la existencia de limitaciones en el personal sanitario en cuanto a la valoración del riesgo.

Predominó la existencia de enfermedades crónicas en los casos de intento autolítico, incluso algunos pacientes presentaron más de una enfermedad.^{1-2,16-18,22,25} La relación entre variables resultó significativa.

Nosotros encontramos como patología más frecuente las afecciones endocrinas, principalmente tiroideas, seguida de cardiopatías y neuropatías. Para Tomas Baader et al,¹⁴ predominan la patología cardiovascular. En Arbach,¹⁵ los pacientes que tomaron la decisión del suicidio eran más dependientes en actividades de la vida diaria.

Según FEAFES,¹ el riesgo de suicidio es mayor si se padece una enfermedad crónica

o una discapacidad. Además, ciertos factores asociados a estas enfermedades contribuyen a aumentar el riesgo (pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico, pérdida de estatus laboral e interrupción de las relaciones personales). Algunas de las enfermedades y discapacidades más relacionadas con el riesgo de suicidio son: trastornos neurológicos, cáncer, VIH, enfermedades crónicas y con dolor crónico, trastornos sexuales, discapacidades motoras, visuales y auditivas y trastornos mentales.

En nuestro estudio encontramos mayor frecuencia en patología endocrino-metabólica, concretamente tiroidea, con seis casos de hipotiroidismo y uno hipertiroidismo.

Valdivieso²⁶ encontró una alta frecuencia de alteraciones tiroideas en pacientes hospitalizados por trastorno psiquiátrico, predominado el hipotiroidismo con una proporción de 9/1 respecto del hipertiroidismo.

Se ha visto, que la frecuencia de depresión mayor a lo largo de la vida, es significativamente más alta en aquellos pacientes con hipotiroidismo subclínico que en aquellos en los que no existe disfunción tiroidea. Existen evidencias del efecto del litio a distintos niveles, entre ellos, la inhibición de la conversión de T4 a T3, la captación de yodo, la producción y secreción de hormona tiroidea. Especialmente en mujeres pueden elevarse los anticuerpos antitiroideos y desarrollarse un hipotiroidismo hasta en 30% de los casos. La carbamazepina produce una disminución de hormonas tiroideas y una menor respuesta de TSH a TRH. Con respecto a los antidepresivos, se ha reportado aumento de TSH y disminución de T3 y T4 con maprotilina y fluvoxamina. Por otra parte se ha descrito que los pacientes alcohólicos con daño hepático tienen bajos niveles de T3 y aumento de TSH basal.

Por otra parte existen fármacos, prescritos por la presencia de enfermedad física, que pueden seguirse de un trastorno depresivo severo con conducta suicida: Corticoides, contraceptivos orales, antineoplásicos, antiparkinsonianos, antituberculosos y hormonas, entre otros.

Respecto a la presencia de estresores o desencadenantes, se encontraron pérdidas en ambos grupos (intento y no intento autolítico), ya que durante la entrevista algunos pacientes que no dieron respuesta o bien alegaron no saber precisar un desencadenante de su conducta.

En los intentos autolíticos predominan los conflictos familiares, seguidos de la pérdida reciente de algún familiar, y la enfermedad física.^{6-8,25}

Aguilera Fernández¹⁰ en intentos autolíticos coincide con el predominio de conflictos familiares y conyugales, mientras en suicidios consumados destacan los conflictos socioeconómicos.

Cabrera Méndez,¹² distingue según sexo. Así en mujeres son más frecuentes los conflictos familiares y de pareja, mientras en varones son los conflictos sociales y psiquiátricos. Puesto que según la bibliografía consultada los suicidios consumados son más frecuentes en varones estas conclusiones podrían coincidir con las de Aguilera.¹⁰

Para Rodríguez Garín,⁵ FEAFES¹ y Pascual Pascual et al² predominan los casos de abandonos y pérdidas familiares.

Mientras que en adolescentes y adultos jóvenes destacan los conflictos interpersonales, pérdidas, separaciones, problemas económicos y legarles. Para el anciano influyen en mayor medida la presencia de enfermedad somática y la jubilación.

Por último, destacar como se ha confirmado en múltiples estudios, la incidencia de acontecimientos vitales estresantes negativos, en los meses anteriores a una tentativa o un suicidio. Así en los seis meses previos a la tentativa, la presencia de estresores es cuatro veces más frecuente en el individuo que realiza el intento que en la población general. Y una tercera parte de los acontecimientos desencadenantes ocurren el mes anterior a la tentativa.³⁰

Siguiendo la taxonomía NANDA la Clase Afrontamiento fue la más numerosa, y su relación con la variable intento de suicidio fue significativa. Seguidos por la clase Emocional, que también resultó significativa. Y la clase conductual.

A la Clase Afrontamiento pertenecen diagnósticos que requieren ajuste o adaptación a los acontecimientos estresantes como: "Deterioro de la adaptación" "Afrontamiento inefectivo" "Automutilación" "Riesgo de automutilación" "Riesgo de suicidio" "Duelo disfuncional" "Síndrome de estrés del traslado" "Negación ineficaz" "Síndrome postraumático"

A la Clase Emocional pertenecen aquellos en que el estado mental o sentimientos pueden influir en la percepción de las palabras. Como: "Aflicción crónica" "Ansiedad" "Temor" "Desesperanza"

Ambas Clases podrían correlacionar sus diagnósticos, con los presentados por pacientes cuyo diagnóstico psiquiátrico son Trastornos Afectivos-depresivos, que son los predominantes en este estudio.

La Clase Conductual viene representada principalmente por el diagnóstico "Manejo inefectivo del régimen terapéutico".²⁷ Este está presente, sobre todo, en aquellos pacientes cuya patología psiquiátrica conduce a la negación de su enfermedad o bien, los que presentan hábitos nocivos y no son capaces de modificar e introducir cambios saludables en su vida.

Con respecto a la Escala SAD PERSONS: de los pacientes que ingresaron por intento autolítico, la mayoría requiere considerar su ingreso y un seguimiento ambulatorio intensivo. Les sigue el grupo en que está recomendado su ingreso sobre todo si carece de soporte social, en el siguiente grupo el ingreso debe ser obligatorio incluso en contra de su voluntad, y por último unos pocos requieren alta médica con seguimiento ambulatorio. Por

tanto, sólo en una cuarta parte de los casos sería obligado el ingreso, mientras en las dos terceras partes bastaría un intensivo y adecuado seguimiento ambulatorio. Esto nos hace pensar en una actitud conservadora de tendencia al ingreso en las urgencias hospitalarias, o bien una falta de desarrollo en la atención de salud mental, que asegure el seguimiento adecuado e ininterrumpido en la población asignada.

Por el contrario en Francisco Gallego⁸ la mayoría son dados de alta a domicilio. En Torres Lio-Coo,⁷ el 34% ingresa y el 44% son remitidos a su CSM.

El resultado de la investigación de Tomas Baader,¹⁴ demostró que en la evaluación del riesgo de suicidio efectuada por el equipo tratante, al paciente antes del suicidio o del alta hospitalaria: en el 56,3% los casos de suicidio habían sido considerados correctamente como casos de riesgo, pero también en un 44% la evaluación había sido catalogada como sin riesgo de suicidio.

Lo que si parece concretarse, es que la utilización adecuada y por personal cualificado de las escalas medidoras del riesgo de suicidio es importante en la prevención del fenómeno.

CONCLUSIONES

LIMITACIONES

La población del estudio se limitó a pacientes con patología psiquiátrica, mayores de 18 años e ingresados en la unidad. No puede ser por tanto representativa de una población mayor.

Podría haberse ampliado la definición de población como toda aquella correspondiente al Área de Salud II, ya que el H.U. Miguel Servet es Hospital de referencia en dicho Área, dentro del Mapa Sanitario de Aragón. Pero, en la recogida de la información observamos que: De todos los pacientes estudiados (N=327), 278 pertenecen al área II. De los 49 restantes, diez pertenecen al área I, once al área III, cinco al área IV, nueve al área V, diez son desplazados de otras comunidades dentro de España, y cuatro no tienen domicilio.

Al igual que en este Hospital se atienden casos que corresponden a otras áreas, otros hospitales ingresan pacientes correspondientes al área del estudio. Para evitar el sesgo de selección, se decidió no tener en cuenta esta variable y limitar la población de estudio a todos aquellos ingresados en la unidad durante el período descrito.

Otra limitación fue el hecho de que en la Unidad no se trabajan Planes de Enfermería, los Diagnósticos de Enfermería se utilizan para la realización del Alta de Enfermería. Por ello en nuestro trabajo hemos empleado la agrupación de diagnósticos enfermeros en Clases diagnósticas.

Por último resaltar la poca bibliografía encontrada relacionando el fenómeno del Intento Autolítico con los Diagnósticos de Enfermería.

CONCLUSIONES

La incidencia del intento de suicidio entre los pacientes ingresados durante el período del estudio es del 16,5%.

Siendo más frecuente en individuos con el siguiente Perfil:

- Sexo femenino
- En edades comprendidas entre los 30 y 50 años.
- Solteros, viudos o separados. Sin pareja estable.
- Viven con la familia.
- Sujetos pasivos, sin actividad laboral.

- Que han presentado ideación de suicidio.
- Con antecedentes de intentos previos de suicidio.
- El método empleado con mayor frecuencia es el medicamentoso, aprovechando su disponibilidad de fármacos por ser pacientes psiquiátricos en tratamiento medicamentoso.
- No consumen sustancias tóxicas. Y entre los que sí consumen, predomina el abuso de alcohol.
- Utilizan recursos sanitarios, llevando seguimiento en su Centro de Salud Mental de referencia.
- Suelen presentar enfermedad crónica, además de la patología psiquiátrica.
- El diagnóstico psiquiátrico predominante son los Trastornos del Humor y Afectivos, principalmente los Episodios Depresivos. Seguido del Trastorno de la Personalidad.
- Los desencadenantes más frecuentemente observados en la conducta suicida son los conflictos familiares y conyugales, así como sus pérdidas recientes.

La Clase diagnóstica Afrontamiento es la más frecuente entre estos pacientes, englobando los siguientes Diagnósticos de Enfermería:

- “Deterioro de la adaptación”
- “Afrontamiento inefectivo”
- “Automutilación”
- “Riesgo de automutilacion”
- “Riesgo de suicidio”
- “Conflicto de decisiones”
- “Duelo anticipado”
- “Duelo disfuncional”
- “Síndrome de estrés del traslado”
- “Negación ineficaz”
- “Síndrome postraumático”

Respecto a la valoración del riesgo según la aplicación de la Escala SAD PERSOSNS, se puede considerar adecuada ya que en la mayoría la indicación fue considerar el ingreso hospitalario con un seguimiento intenso, o recomendar dicho ingreso. Tal vez la actitud haya sido más bien conservadora ingresando pacientes que podrían llevar un seguimiento ambulatorio, siempre que éste fuese estricto.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que se producen más muertos por suicidio que por accidentes de tráfico, es razonable encaminar nuestras actividades en la prevención del suicidio.

Por otra parte, en bibliografía consultada encontramos que la mayoría de

pacientes, en los meses anteriores al intento de suicidio, ha estado en contacto con servicios y personal sanitarios, incluso han manifestado sus intenciones suicidas.²¹

Por todo ello, podría ser beneficioso diseñar un plan de prevención a utilizar siempre en el contacto con el paciente, ya sea en primaria, especializada o urgencias hospitalarias. Se recomienda valorar la observación y recogida de información respecto a posibles factores de riesgo, así como la utilización de escalas medidoras del riesgo de suicidio.

A nivel de enfermería, además de la intervención profesional en el paciente ingresado tras intento de suicidio, la valoración y prevención del mismo mediante el sistema NANDA, NOC y NIC (Anexo 3). Así como la utilización de escalas aportadas por la NOC. Son escalas de Likert con cinco posibles respuestas, que expresan la opinión sobre el tema y preguntan sobre el grado de acuerdo o desacuerdo. Valoradas de 1= nunca, a 5 = siempre. Es fundamental desarrollar una actividad profesional de escucha activa, descubrir las señales de alerta que el paciente nos va a enviar, así como mantener la objetividad evitando los mitos e ideas erróneas sobre el suicidio (Anexo 5).

Por último, consideramos de gran ayuda para el usuario y la familia, la edición de guías para prevención del fenómeno, y la divulgación de los centros y asociaciones de apoyo.¹

*Recordar que quien intenta suicidarse:
No es Valiente ni Cobarde, ni busca
realmente la muerte... Sólo es un ser que "SUFRE"*

BIBLIOGRAFIA

- 1- Afrontando la realidad del suicidio. FEAFES. 2006. [publicado en Internet] [citado 21 Dic 2007] Disponible: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pd-Microsoft Internet Explorer.
- 2- Pascual Pascual P, Villena Ferrer A, Morena Rayo Stelvez Lapeira JM, López García C. El paciente suicida. Guiss clínicas 2005;5(39).[publicado en Internet][citado 12 Ene 2008] Disponible: <http://www.fisterra.com/guias2/suicida.asp>
- 3- Miguel L, Lucen J, Rico A, Marín R, Blanco M, Barrero E, Soriano M T, Jiménez M P. Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004. Cuad Med Forense. 2005(39).[citado 12 Ene 2008] Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062005000100005&lng=es&nrm=iso
- 4- SESPAS. Suicidio y género. Boletín sobre desigualdades de género en la salud. 2007, ene-sep; (11). [citado 12 May 2008] Disponible: <http://genero.sespas.es/boletin170407.pdf>
- 5-Rodríguez Garín EC, Kleinman AP, Scokin M. Suicidios consumados por pacientes psiquiátricos. Alcmeon 21. 1997, jun;1(6).[citado 21 Dic 2007] Disponible: http://www.alcmeon.com.ar/6/21/a21_01.htm
- 6-Rodríguez Valdés R. Pedraza Vilela M. Burunate Pozo M. Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. La Habana.Rev Cub Med Mil. 2004, ene-mar; 33(1) [citado 20 Julio 2007] Disponible: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 7-Torres Lio-Coo V. Josué Díaz L. Rodríguez Valdés R N. Font Darías I. Gómez Arias M B. Conducta suicida en pacientes atendidos en un centro de urgencias. La Habana. Rev. Cub Med Mil. 2005,jul-sep; 34(3) [citado 20 julio 2007] Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572005000300006&script=sci_arttext&tlng=es
- 8- Francisco Gallego JC, Páramo Fernández M, Gude Sanpedro F. Perfil de los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de un hospital. Psiquis. 1999;20(1):1-7.[citado 2 Nov 2007] Disponible:<http://www.enferurg.com/articulos/suicidios.htm>
- 9- Ruiz Pérez I, Orly de Labry-Lima A. El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit. 2006;20(supol1)[citado 27 Dic 2007] Disponible: - <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pid=13086023>
- 10-Aguilera Fernández M, Leyvas Pérez M. Intentos de suicidio y suicidio consumado. Rev. Cub Enfermer. 2003;1(19) [citado 28 Oct 2007] Disponible

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

11-Guibert Reyes W, Alonso Roldan AP.

Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev Cub Med Gen Integr. 2001;2(17) [citado 28 Oct 2007] Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200008&lng=es&nrm=iso

12- Cabrera Méndez JF, Martín fuentes F, Páez Soto M, Sánchez Santiago P, Tejada Romero F. Conductas suicidas en urgencias: Hombres y mujeres. Sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2004; nov 27 [citado el 212Ene2008]

Disponible:<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2004/noviembre/conductassuicidas.htm>

13- Jiménez Guenchi A, Ibarra Alcantar C, Peñazola García L, Díaz Galvis JL. - El suicidio en instituciones psiquiátricas. Descripción de dos casos. Med Unab.2004; 20(7)[citado 2 Nov 2007] Disponible: http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r720_pc_c1.pdf

14- Baader – Matthei T, Richter P, Mundt C. Suicidios de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo. Un estudio caso control. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2004;42(4) [citado 4 Ene 2008] Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272004000400006&script=sci_arttext

15- Arbach K, Planchat Teruel LM, Andrés Pueyo A. Factores de riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos. Informaciones Psiquiátricas. 2004;178. [citado 12 Ene 2008]

Disponible:http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/04_178_02.htm

16- Fernández González C, Saiz Martínez PA, González G-Portilla MP, González Seijo JC, Bobes García J. Tentativa suicida versus intención suicida; un estudio de las características diferenciales. Actas Esp Psiquiatr. 2000;jul 28(4):224-230.

17-Modai I, Ritsner M. Kurs R, Mendel S. Ponizovsky A. Validación de la Escala Informatizada de Riesgo de Suicidio, un instrumento de red neural de retropropagación (CSRS-BP). Eur Psychiatry Ed Esp. 2002 ;9 [citado 20 julio 2007] Disponible:

<http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsy2002/7/441-448.pdf>

18-Gutiérrez-Cadena M. Terán Escandón D. Experiencia en atención de intentos suicidas en un hospital privado de la Ciudad de México. La dificultad en el diagnóstico de la depresión como factor de riesgo para el suicidio. Cuernavaca. Salud pública Méx. 2003, nov-dic; 45(6). [citado 20 julio 2007]

Disponible: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000600001&lng=es&nrm=iso

19-Díaz-Sastre C. Valoración del intento de suicidio en urgencia. I Congreso virtual de Psiquiatría 1 Feb-15 Mar 2000;[citado Oct 2007] Conferencia 36-CI-D:[21 pantallas].

Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/conferencias/36_ci_d.htm

20- Baader T. Suicidios en Pacientes Hospitalizados y sus Factores de Riesgo. Medwave. Nov 2002;10.

21- Pérez Poza A, Civeira JM, Pérez Poza P, Pelegrín C, Bernad JM, Salvanés R. Tentativas de suicidio en un hospital general. Psiquis. 2001;22(2). [citado 8 Abr 2008] Disponible: http://www.psiquis.com/art/01_22_n02_A02.pdf

22-Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld SA, Stewart DE, Caine ED, Conwell Y. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. Br J Psychiatry. 2008, Apr;192. [Citado Abr 2008] Disponible:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18378988?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

23- García Campayo J, Sanz Carrillo C, Claraco Vega LM. Urgencias psiquiátricas en atención primaria. [Publicado en Internet][citado 8 Abr 2008] Disponible:

http://www.esteve.es/EsteveArchivos/1_8/Ar_1_8_24_APR_9.pdf#page=10

24-Captain C. ¿Presenta su paciente riesgo de suicidio? Nursing. 2007;25(7):7-11

25-Cordero J, Franklin A. Factores de riesgo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el servicio de emergencias de cinco hospitales generales del municipio de Managua: Agosto-Octubre 2000.[publicado en Internet][citado 2 Nov 2007] Disponible: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=297617&indexSearch=ID>

26- Valdivieso S, Kripper C, Ivelic JA, Fardella C, Gloger S, Quiroz D. Alta prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Rev Med Chile. 2006;134. [citado 12 Ene 2008] Disponible:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000500011&script=sci_arttext

27-Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2005.

28-Nimeus A, Alsen M, Träskman-Bendz L. La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. Eur Psychiatry Ed. Esp. 2001;8. [citado 2 Nov 2007]

Disponible: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsy/54-62.pdf>

29- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. Borrador 00-01/11/2002. Arce. [Publicado en Internet][citado 21 Abr 2007] Disponible: <http://www.proteccioncivil.org/arce/catalogo/cie10/cie10.htm>

30-Ros Montalbán S. La conducta suicida. Madrid: Ela;1997.

31- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. 2º Ed. Madrid: Elsevier;2007.

32- Guibert Reyes W. Enfrentamiento especializado al paciente suicida. [Publicado en Internet][citado 21 Abr 2008] Disponible: <http://www.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema4/Enfrentamiento%20especializado%20al%20paciente%20suicida.doc>

33- Laferté Trebejo A. Laferté Trebejo A L. Comportamiento del suicidio en Ciudad de La Habana intervención de enfermería en la atención primaria de salud. [Publicado en Internet][citado 21 Abr 2007] Disponible: <http://www.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/Agresionesyamenazas.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA SAD PERSONS^{2, 19,30}

Se trata de indicadores de riesgo de suicidio. Puntúa su ausencia o su presencia, y la puntuación total ayuda a tomar la decisión sobre la necesidad de ingreso hospitalario.¹⁹

- **S : Sexo** (masculino)
- **A: Age.** Edad (<20 ó >45)
- **D: Depresión**
- **P:** Tentativa suicida **previa**
- **E:** Abuso alcohol (**etanol**)
- **R:** Falta de pensamiento **racional.** (psicosis o trastornos cognitivos)
- **S:** Carencia de soporte **social.**
- **O:** Plan **organizado** de suicidio.
- **N:** **No** pareja o cónyuge.
- **S:** Enfermedad **somática.**

Puntuación: cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

0-2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

3-4: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

5-6: Recomendado ingreso sobre todo si ausencia de soporte social.

7-10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

ELIMINACIÓN:

Urinaria: normal sondaje incontinencia otros.....
Intestinal: normal estreñimiento diarrea
ostomizado otros.....

Sudoración: normal profusa otros.....

MOVILIZACION:

Autónomo: precisa ayuda mecánica precisa ayuda humana
Precisa ayuda para: deambulaci3n higiene eliminaci3n alimentaci3n

DOLOR

No Si Localizaci3n.....
Intensidad.....Tipo.....Duraci3n.....

ESTADO DE LA PIEL

Normal Seca Enrojecida Lesionada

SENSORIALES

Visi3n normal deficiente prótesis ceguera otros.....
Audici3n normal deficiente prótesis sordo otros.....
Olfato normal deficiente abolido otros.....
Gusto normal deficiente abolido otros.....
Tacto normal deficiente abolido otros.....
Habla normal deficiente abolido otros.....

Dificultad para la comunicaci3n.....

Precisa aislamiento Si No Tipo.....

Observaciones familiares.....

.....

.....

Observaciones de la enfermera.....

.....

.....

Diagn3sticos de enfermería.....

.....

.....

ANEXO 3: INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

A) INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE INGRESADO TRAS EL INTENTO AUTOLÍTICO.³²

- 1- Fomentar la confianza y evitar el riesgo de daño autoinfligido.
 - Procurar un ambiente seguro para proteger al paciente de sí mismo.
 - Demostrar preocupación por un estado de bienestar sin resultar agobiante.
 - No realizar críticas negativas referentes a sus conductas suicidas.
 - Reconocer las conductas positivas del paciente.

- 2-Garantizar la vigilancia y seguridad.
 - Recogida de datos continua del paciente y su entorno.
 - Supervisar cambios en las funciones físicas y cognitivas del paciente que puedan desembocar en conductas peligrosas.
 - Controlar los riesgos potenciales del entorno que no se pueden eliminar (sábanas)
 - Realizar una vigilancia intensiva, no demasiado evidente y que se perciba mas como ayuda que como control restrictivo.
 - Mantener controles horarios frecuentes en el turno de noche.
 - Valorar el estado de ánimo al menos tres veces al día (m-t-n)

- 3-Proporcionar conocimientos y habilidades para el afrontamiento de situaciones conflictivas.
 - Utilizar logros y experiencias pasadas de situaciones que el paciente resolvió de forma adecuada.
 - Ayudar a identificar razones de esperanza para afrontar la situación estresante, buscar motivos para luchar.
 - Enseñar técnicas de resolución de problemas.
 - Enseñar habilidades sociales (ser capaz de conocer sus propios sentimientos, expresarlos, mostrar afecto.)
 - Enseñar la utilización de mecanismos e defensa para afrontar situaciones de estrés: formular una queja, responder a una queja, hacer frente a las presiones del grupo.

B) NANDA, NOC Y NIC EN EL DIAGNOSTICO: “RIESGO DE SUICIDIO”³¹

DIAGNOSTICO: Riesgo de Suicidio. (NANDA 00150)

1- NOC: Autocontrol del impulso suicida. (NOC 1408)

- NIC:
- Manejo de la conducta: autolesión. (NIC 4354)
 - Prevención del suicidio. (NIC 6340)
 - Acuerdo con el paciente. (NIC 4420)
 - Ayuda para el control del enfado. (NIC 4640)
 - Aumentar el afrontamiento. (NIC 5230)
 - Control del humor. (NIC 5330)
 - Entrenamiento para controlar los impulsos. (NIC 4370)
 - Facilitar el duelo. (NIC 5290)
 - Manejo ambiental: seguridad. (NIC 6486)
 - Manejo de ideas ilusorias. (NIC 6450)
 - Manejo de la medicación. (NIC 2380)
 - Modificación de conducta. (NIC 4360)
 - Establecer límites. (NIC 4380)
 - Acuerdo con el paciente. (NIC 4420)
 - Facilitar la autorresponsabilidad. (NIC 4480)
 - Fomentar la implicación familiar. (NIC 7110)
 - Intervención en caso de crisis. (NIC 6160)
 - Control de alucinaciones. (NIC 6510)
 - Potenciación de la autoestima. (NIC 5400)

2- NOC: Deseo de vivir. (NOC 1206)

- NIC:
- Apoyo espiritual. (NIC 5420)
 - Dar esperanza. (NIC 5310)
 - Aumentar el afrontamiento. (NIC 5230)
 - Guía de anticipación. (NIC 5210)
 - Clarificación de valores. (NIC 5480)
 - Control del humor. (NIC 5330)
 - Disminución de la ansiedad. (NIC 5820)
 - Terapia de grupo. (NIC 5450)
 - Potenciar la conciencia de sí mismo. (NIC 5390)
 - Potenciar la socialización. (NIC 5100)
 - Potenciación de la consciencia sobre sí mismo. (NIC 5390)

3- NOC: Equilibrio emocional. (NOC 1204)

- NIC:
- Control del humor. (NIC 5330)
 - Asesoramiento. (NIC 5240)
 - Escucha activa. (NIC 4920)
 - Facilitar la expresión del sentimiento de culpa. (NIC 5300)
 - Apoyo emocional. (NIC 5270)
 - Fomento del ejercicio. (NIC 0200)
 - Disminución de la ansiedad. (NIC 5820)
 - Técnica de relajación. (NIC 5880)

ANEXO 4: SEÑALES DE ALERTA¹

Las señales de alerta más significativas son:

- Habla de suicidarse. Verbaliza: “Quiero matarme” o “Voy a suicidarme”.
- Ofrece señales como “No seré un problema por mucho tiempo más” o “si me pasa algo quiero que sepan que...”.
- Comunica sentimientos de soledad y aislamiento.
- Manifiesta emociones contenidas de alejamiento y huida.
- Expresa sentimientos de impotencia, aburrimiento, inutilidad, fracaso, pérdida de autoestima, desesperanza.
- No responde a los elogios.
- Tiene dificultades para comer o dormir.
- Muestra cambios radicales en su comportamiento.
- Se aleja de sus amigos y/o actividades sociales.
- Pierde el interés en sus aficiones, sus estudios o su trabajo.
- Regala sus posesiones más apreciadas.
- Corre riesgos innecesarios.
- Pierde el interés en su apariencia personal.
- Aumenta el consumo de bebidas alcohólicas o de drogas.
- Cierra asuntos, visita o llama a personas para despedirse.
- Piensa que su sufrimiento es muy grande o ha durado tanto que cree que ya no puede con él.
- Piensa constantemente en la muerte.

Tiene ideas definidas sobre cómo quitarse la vida.

- Tiene dificultad para concentrarse.
- Le da vueltas y más vueltas a problemas que parecen no tener solución.
- Aumentan las molestias físicas, frecuentemente asociadas a conflictos emocionales.
- Escucha voces que le instruyen a hacer algo peligroso.
- Empeora un posible estado de depresión (tristeza profunda).

Por otra parte, hay algunos sentimientos que pueden presentarse como parte de la vida diaria de cualquier persona y no suponer ninguna alarma, pero que deben vigilarse en los grupos de riesgo, ya que se dan en la mayoría de personas que tienen pensamientos suicidas. A menudo estas personas se sienten incapaces de:

- Superar el dolor.
- Pensar claramente.
- Tomar decisiones.
- Ver alternativas.
- Dormir, comer o trabajar.
- Salir de la depresión.
- Escapar de la tristeza.
- Imaginar un futuro sin sufrimiento.
- Valorarse a sí mismas.
- Encontrar a alguien que les preste atención.
- Controlar la situación.

ANEXO 5: MITOS E IDEAS ERRÓNEAS SOBRE EL SUICIDIO¹

- 1- El que se quiere matar no lo dice: Conduce a no prestar atención a quién manifiesta sus ideas de suicidio.
La mayoría de los suicidas suelen decir o dejar entrever sus propósitos.
- 2- El que lo dice no lo hace: Conduce a minimizar las amenazas suicidas considerándolas como chantajes emocionales.
- 3- El suicidio no se puede prevenir pues ocurre por impulso: Limita las acciones preventivas.
El síndrome presuicidal es una serie de síntomas que presenta la persona antes de cometer el suicidio. Consiste en un retraimiento de los sentimientos y del intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacia sí, y la existencia de fantasías suicidas. Tal vez si todo esto se detectara a su debido tiempo, se evitarían suicidios.
- 4- Al hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo de suicidio se puede incitar a que lo realice: Infunde temor para abordar el tema.
Al hablar del suicidio en vez de incitar se reduce el riesgo de cometerlo.
- 5- El suicida desea morir: Pretende justificar la muerte por suicidio. El principal deseo del que intenta suicidarse no es morir sino poner fin a su dolor, angustia, padecimiento, etc, que le resulta insostenible.
- 6- El que intenta el suicidio es cobarde. El que intenta el suicidio es valiente:
Intenta equiparar el suicidio a una cualidad negativa o positiva de la personalidad.
Los que intentan el suicidio no son cobardes ni valientes, sino personas que sufren.