



15 de septiembre 2017. Talavera de la Reina

XII Premio Nacional de Investigación en Enfermería

Raquel Recuero Díaz

Empoderamiento Enfermero una Acción Necesaria

Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina. Salón de Actos Vicente Ferrer. Av Real Fábrica de Sedas s/n

TÍTULO:

EVOLUCIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN CASTILLA LA-MANCHA (2006 - 2015).

Autores: Francisco José Celada Cajal, Enfermero de Emergencias GUETS, SESCAM. Psicólogo ERIE Psicosocial CR Toledo.

Resumen:

INTRODUCCION: Las úlceras vasculares se producen por un trastorno circulatorio a causa de un déficit del aporte sanguíneo del sistema arterial o bien una disminución del retorno venoso. Es muy importante la tipificación de la úlcera para un correcto diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados.

El cuidado de la piel perilesional en estas úlceras es muy importante para mitigar síntomas como el dolor, prurito e irritación y en un futuro evitar las recidivas. En la actualidad, existe evidencia científica referentes al beneficio del uso de los ácidos grasos hiperoxigenados, con respecto al tratamiento de la piel perilesional y a la prevención de úlceras vasculares.

OBJETIVO GENERAL: Examinar los tratamientos disponibles en el cuidado de la piel perilesional de úlceras vasculares venosas para proporcionar unos cuidados enfermeros de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Demostrar la eficacia de los ácidos grasos hiperoxigenados para mejorar el estado de la piel perilesional acelerando la cicatrización de las heridas y para la prevención de posibles recidivas e identificar la importancia de la evidencia científica en la práctica clínica.

METODOLOGIA: Se realiza una revisión sistemática de la bibliografía existente en algunas bases de datos (PubMed, CINALHL, CUIDEN, Scielo, Dialnet), obteniendo estudios desde el año 2005 hasta la actualidad.

RESULTADOS: Se han encontrado tres revisiones bibliográficas y seis ensayos clínicos, de los cuales cinco son observacionales, prospectivos, no comparativos y uno de ellos es aleatorizado, multicéntrico y doble ciego con grupo control.

CONCLUSIONES: Podemos decir que el uso mantenido de ácido graso hiperoxigenado en la piel perilesional de las úlceras vasculares venosas, mejoran la calidad de vida del paciente, suponiendo un antes y un después en sus vidas y mostrando sus resultados desde los primeros días de tratamiento. Por todo ello, los ácidos grasos hiperoxigenados son una opción terapéutica óptima, que debería formar parte de los protocolos clínicos de actuación en enfermería en la prevención de las úlceras crónicas y en el cuidado de la piel perilesional.

Palabras Clave: ácidos grasos hiperoxigenados, ácidos grasos, úlceras vasculares, prevención de heridas, herida crónica, cicatrización de heridas, piel perilesional, cuidados de enfermería, úlcera varicosa.

• **INTRODUCCIÓN**

La conducta suicida y por ende el intento de suicidio no son hechos extraños, sino fenómenos multifactoriales, repetitivos y de carácter exclusivamente humano que han existido en todas las sociedades y épocas. Es un grave problema de salud pública y las cifras siguen acrecentándose.

• **OBJETIVOS:**

Conocer la evolución de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha en el periodo 2006-2015. Describir los factores sociodemográficos, de temporalidad y método utilizado asociados a los intentos de suicidio. Determinar la posible relación entre el método utilizado con factores sociodemográficos y de temporalidad. Analizar la posible relación entre edad y el sexo con los factores sociodemográficos y de temporalidad asociados a los intentos de suicidio. Analizar los intentos de suicidio en los años de precrisis y de contracción económica.

• **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Es un estudio ecológico, observacional, descriptivo y retrospectivo de los intentos de suicidio atendidos por los servicios de emergencias en CLM. Los datos primarios recogidos fueron; número de incidentes, edad, el sexo, provincia, zona rural o urbana, método usado, código CIE 9, hora, día, mes, estación y año. Los datos secundarios consultados fueron; defunciones en España y en CLM por suicidio, población de España y de CLM por año y sexo. Además se recopilamos datos de indicadores económicos; Gini, PIB, PIB per Cápita, tasa paro, gasto medio por hogar, por persona y por unidad de consumo, tasa de riesgo de exclusión social, dificultad en los hogares para llegar a fin de mes, tasa de riesgo de pobreza.

• **RESULTADOS:**

Se han producido en CLM 1308 intentos de suicidios, el 55,8% son mujeres y el 44,2% son hombres, el

número de casos anual tuvo máximos en los años 2013 (162), 2014 (150) y 2015 (144) y mínimos en los años 2006 (104) y 2009 (106). La tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio fue de 6,6 para el total de la población de CLM, de 7,3 para las mujeres y de 5,8 para los hombres. Las tasas de intento de suicidio son superiores en las mujeres en todos los años de la serie exceptuando el año 2010 donde los hombres con una tasas de 5,65 superan a las mujeres con una tasa de 5,21. Los grupos de edad con una mayor acumulación de casos fueron el de los 18 a 35 años (443 casos), seguido por el de 36 a 45 años (383 casos) y el de 46 a 65 años (304 casos). El grupo etario de los 36 a 45 años fue el que tuvo las tasas estándar más elevadas exceptuando el año 2010, seguidos por el de los 18 a 35 años y por el de 46 a 65 años. Hubo repuntes en la tasa estándar en el grupo de >80 años en los años 2008 (6,4) y 2012 (7,1). El escenario urbano es el que tiene mayor número de casos tanto en mujeres (469) como en hombres (375). El mayor número de casos se concentra en el mes de Agosto con un 9,3% de los casos. El verano es la estación con más intentos de suicidio con 364 casos y la que menos es el invierno con 299 incidentes. El domingo y el miércoles con 200 casos fueron los días de la semana con un máximo de episodios. La franja horaria de 20:00 h a 24:00 h tuvo un 24% de los incidentes, seguida por la de 12:00 h a 16:00 h con un 23%. Las tardes (15,00 h-24,00 h) tuvieron más intentos de suicidio en todas las provincias de CLM. Ambos sexos utilizan más los procedimientos suaves o no violentos (intoxicación por fármacos), aunque los hombres usan más los métodos violentos (armas, ahorcamiento, salto de altura, etc.) con 264 incidentes en comparación con las mujeres con 175 casos. Los hombres fueron los que usaron más el ahorcamiento en todos los años del estudio, desde un mínimo del doble o triple de casos en 2006, 2007, 2008 y 2009 hasta ocho veces más en 2011. El método no violento fue el escogido en los grupos de edad de <18, 18-35, 36-45 y de 45-65 años. En la banda de los 66 a 80 años

se igualan los dos métodos con un 50% en ambos métodos (41) y en el grupo de mayores de 80 años el método violento obtuvo un 83,3 % frente al no violento con un 16,7% (6).

Modelo de Poisson. Aplicando este tipo de modelo por año, sexo y provincias castellano manchegas se obtuvo que la razón de tasas estandarizadas en las mujeres fué de 1,23 veces más de intento de suicidio que en los hombres, es decir un 23% más. La razón de tasas estandarizadas en el desarrollo anual fué de 1,04 veces más intentos de suicidio al incrementarse un año, es decir un 4% más. La razón de tasas estandarizadas por provincias de CLM tomando como referencia a la provincia de Albacete enfatizo a la provincia de Toledo con una razón de tasas estandarizadas de 1,10 tuvo un 10% más de intentos de suicidios que la provincia de Albacete.

La Correlación de Pearson entre diversos indicadores económicos y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM fueron; 0,189 con el índice de GINI, -0,156 con el PIB de CLM, -0,204 con el PIB *per Cápita* en CLM, 0,220 con la tasa de paro de España, 0,265 con tasa de paro de CLM, 0,187 y 0,290 para los hogares con *mucha dificultad* y con *dificultad* para llegar a fin de mes CLM, -0,235 con el gasto medio por hogar CLM, -0,145 con el gasto medio por persona CLM, -0,184 con el gasto medio por Unidad de Consumo CLM, 0,230 a nivel nacional y 0,285 a nivel autonómico con el indicador AROPE de exclusión social y de 0,200 con la tasa de riesgo de pobreza CLM.

• **CONCLUSIONES:**

1) La investigación multifactorial del intento de suicidio en CLM basada en datos de diferentes instituciones es necesaria para el sistema sanitario, la sociedad y la política autonómica y nacional. 2) Las tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de intento de suicidio son superiores en las mujeres que en los hombres en todos los años de la serie a excepción el año 2010

dónde los varones supera ligeramente a las féminas. En los mayores de 80 años las intencionadas son superiores en los hombres con casi tres cuartas partes de los casos. Hubo más casos de intento de suicidio en domingo y martes, por la tarde, en agosto y septiembre. La estación predominante fue el verano seguida de la primavera. La persona tipo que realiza un intento suicida en CLM fue una mujer con una edad entre los 18 y los 45 años que usó sobreingesta de fármacos en un escenario urbano en las provincias de Toledo o Albacete. 3) El intento de suicidio puede ser un buen indicador de la situación de desigualdad social que se produce en un periodo de contracción económica.

Recomendaciones de las conclusiones:

a) Establecer un nuevo y mejor método de vigilancia epidemiológica sobre la conducta suicida e intentos autolíticos para mantener actualizados datos estadísticos de diversas fuentes para realizar estudios multidisciplinares, consiguiendo con ello una rápida identificación de los riesgo y perfiles individuales con más probabilidad de desarrollar conducta suicida¹¹⁵ con el fin de intervenir de forma precoz y eficiente¹¹⁶. b) Dotar de fondos a las estrategias y planes de prevención de la conducta suicida tanto a nivel nacional como autonómico (algunas pocas CCAA cuentan con algo parecido implementado y en funcionamiento hace pocos años como Navarra^{117,118} o en fase de proyecto como en Guipúzcoa). Si se destinaran 1 de cada 10.000 € del PIB Nacional y de CLM para un Plan de Prevención del Suicidio, se podría contar con un montante aproximado de unos 43 millones de euros para trabajar en la prevención de la conducta suicida en España y de unos 842.000€ para desarrollar un plan autonómico de prevención del suicidio en CLM. Además es necesario potenciar y dotar económicamente la investigación multidisciplinar de calidad. c) Crear en la Atención Primaria (AP) de Salud a nivel nacional y en CLM Unidades de Cuidados e Intervención Psicosocial

(UCEIP) para el cuidado e intervención en materia de salud mental formadas por dos tipos de profesiones, enfermería especialista en salud mental (o enfermería de AP en su defecto) y psicología clínica, con el apoyo de los médicos de familia y del psiquiatra como especialista externo. d) Actualizar la formación en estrategias, intervención y medidas de rescate de personas que manifiesten conducta suicida y sean atendidos por los servicios de emergencias sanitarias^{119,120}, en el caso específico de CLM implementar la actualización de conocimientos a todos los miembros de la GUETS. Renovar los conocimientos en la detección, cuidados e intervenciones de la conducta suicida a los profesionales sanitarios de; los servicios de psiquiatría hospitalaria¹¹⁶, los demás servicios hospitalarios, de Atención Primaria de Salud, de las residencias de ancianos, de los centros de discapacitados y de los centros educativos en todos sus niveles desde la educación primaria hasta la universidad. e) Limitar entre la población general el acceso a fármacos en dosis letales reduciendo el tamaño de los envases de venta libre de analgésicos. Restricción de venta de psicotrópicos y recomendar la prescripción de antidepresivos de menor carga tóxica. Vigilancia en la venta y uso recreativo del alcohol e intensificar la lucha y el tráfico de drogas ilegales. Control en la venta y almacenamiento de pesticidas y plaguicidas. Instalar de barreras físicas en lugares elevados. Limitar la posesión de armas de fuego, potenciar su control y endurecer los requisitos para obtener las licencias de uso ya que la disponibilidad de armas de fuego aumenta el riesgo de suicidio en todas las edades, incluso en niños. f) Introducir y empoderar la prevención de la conducta suicida en la cultura de la prevención de riesgos laborales en todas las empresas. Crear protocolos de intervención en crisis específicos para la policía, ejército, bomberos y voluntariado como los miembros de Protección Civil o Cruz Roja, así como los

específicos para las instituciones penitenciarias. g) Diseñar y difundir campañas de comunicación que hablen sobre la conducta suicida en todo tipo de medios audiovisuales buscando como objetivo el concienciar y potenciar la ayuda social a este problema a la vez que de disminuir el tabú y silencio que envuelve al tema del suicidio en nuestro país, pero recomendando también unas directrices específicas para el tratamiento de las noticias sobre la conducta suicida.

Palabras clave: Conducta suicida, Idea suicida, Intento de suicidio, Parasuicidio, Suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell C, González JC. Evolución histórica del fenómeno suicida. En Bobes JC, González y Saiz PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997. 1-12.
2. Pérez JC. La mirada del suicida. El enigma y el estigma. Madrid: Plaza y Valdés; 2011.
3. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. *Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide and Life Threatening Behavior.* 1996; 26(3): 237-252.
4. Giner L. Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado [tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010.
5. Oquendo M, Currier D, Posner K. *Reconceptualizing psychiatric nosology: the case of suicidal behavior.* Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2009; 2(2): 63-65.
6. Silverman MM, Berman AL, et al. *Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Suicide and Life Threatening Behavior.* 2007; 37(3): 248-263.
7. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington

- VA: Asociación Americana de Psiquiatría 2014.
8. Rodríguez JE, Montalbán R. Introducción histórica. En: Montalbán R (ed.) La conducta suicida. Madrid: Libro del año; 1997. 19-29.
 9. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal; 2008.
 10. Durkheim E. Las reglas del método sociológico. Buenos Aires: Schapire; 1965.
 11. Freud S. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1976.
 12. Menninger KA. El hombre contra sí mismo. Buenos Aires: Losada; 1952.
 13. Litman RE. 500 psychological autopsies. *Journal of Forensic Sciences*. 1989; 34(3): 638- 646.
 14. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia Cognitiva de la Depresión. 19 ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2010.
 15. Seligman Martin EP. La auténtica felicidad. Barcelona: Vergara; 2010.
 16. Kelly GA. The Psychology of Personal Constructs. New York: Norton; 1955.
 17. Correa H, Pérez S. Las investigaciones biológicas del suicidio. *Aspectos históricos. Psiquiatría Biológica*. 2005; 12(1): 14-17.
 18. Shneidman ES. Comprehending suicide. Washington: American Psychological Association; 2001.
 19. Shneidman ES. Criteria for a Good death. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2007; 37: 245-247.
 20. Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 145-7
 21. Saraiva CB. Suicidio: de Durkheim a Shneidman , do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*. 2010; 31(3):185-205.
 22. Chávez-Hernandez AM, Leenaars AA, Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*. 2010; 33(4): 355-360.
 23. Leenaars AA. An empirical investigation of Shneidman's formulations regarding suicide: age and sex. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1987; 17(3): 233–250.
 24. Leenaars AA, Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*. 2010; 1:5-18.
 25. Mack J. Adolescent suicide: an architectural model. En: Klerman GL (Ed.) *Suicide and depression among adolescent and young adults*. Washington: American Psychiatric Press; 1981. 152-187.
 26. Bonner R, Rich AR. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide life-Threatening Behavior*. 1988; 17 (1): 50-63.
 27. Blumenthal SJ, Kupfer DJ. Generalizable Treatment Strategies for Suicidal Behavior. *Psychobiology of Suicidal Behavior*. 1986; 487: 327-340.
 28. Blumenthal SJ. Ansiedad y depresión: suicidio, guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clinical Medicine North America*. 1988; 4: 999-1037.
 29. Silverman M, Felner R. Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility and developmental appropriateness. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 1995; 25: 93-105.
 30. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*. 1999; 156 (2):181-9.
 31. Joiner TE, Brown J, Wingate LR. The psychology and Neurobiology of Suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*. 2005; 56: 287-314.
 32. Joiner TE. The trajectory of suicidal behavior over time. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2002; 32: 33-40.
 33. Van Orden KA, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010; 117: 575–600.

34. Joiner T.E. Why People Die by Suicide. Cambridge MA: Harvard University Press; 2006.
35. Ribeiro JD, Joiner TE. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *J Clin Psychol.* 2009; 65(12):1291-9.
36. Herdman TH, Kamitsuru S (Eds). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017.* Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
37. Herman TH (Ed). *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014.* Barcelona: Elsevier; 2012.
38. Luis Rodrigo MT (Ed). *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 9ª ed.* Barcelona: Elsevier; 2013.
39. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S et al (Eds). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed.* Barcelona: Elsevier; 2007.
40. Blanca Casas S, Guilbert Reyes W. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista cubana de enfermería [Internet].* 1998 [consulta el 20 de junio de 2016]; 15(2): p. 117-123. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v14n2/enf07298.pdf>
41. Videbeck SL. *Enfermería psiquiátrica. 5ª ed.* Philadelphia: Lippincott; 2012.
42. Butchart A, Engström K. Sex and age specific relations between economic development, economic inequality and homicide rates in people aged 0-24 years: a cross-sectional analysis. *Bull World Health Organ.* 2002; 80(10):797–805.
43. Ruiz I, y Olry de Labry A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta sanitaria / SESPAS.* 2006; 20(1):25-31.
44. Noh Y. Does unemployment increase suicide rates? The OECD panel evidence. *Journal of Economic Psychology.* 2009; 30: 575–582.
45. Ferretti F, Coluccia A. Socio-economic factors and suicide rates in European Union Countries. *Legal Medicine.* 2009; 11: 92-94.
46. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013; 347: 1-15.
47. Rivera B, Casal B, Currais L. *Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. The European Journal of Health Economics.* 2016; 18 (1): 83-96.
48. Jungeilges J, Kirchgässner G. Economic welfare, civil liberty, and suicide: an empirical investigation. *Journal of Socio-Economics.* 2005; 31: 215-231.
49. *Consejo Económico y Social España. Informe 03|2013. Distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos.* Madrid: Publicaciones CES; 2013.
50. Jurado Málaga A, Pérez Mayo J. *Disparidades entre las comunidades autónomas españolas en el período 2007-2012. Capítulo 2, VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014.* Madrid: Publicaciones Caritas; 2014.
51. Acevedo C. ¿Influye la realidad económica en el suicidio? El caso colombiano. *Revista de Economía del Caribe.* 2010; 5: 143-187.
52. Leenaars AA. (1996). Suicide: A multidimensional malaise. **Suicide & Life-Threatening Behavior.** 1996; 19 (1): 221-236.
53. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, Almansa J, Codony M y Maria JM. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD 2007. *Medicina clínica.* 2007; 129 (13): 494-500.
54. Suelves JM, Robert A. La conducta suicida una mirada desde la salud pública. *Revista*

- Española de Medicina Legal. 2012; 38 (4), 137-142.
55. Morant C, Criado JJ, García R, García J, Domper J. Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998). *Psiquiatría biológica*. 2001; 8(4): 135-140.
 56. Pastor GR. Estudio de los intentos de suicidio atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalarias en la provincia de Ciudad Real 2001/2002. (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernandez, 2004, Elche.
 57. Plaza Tabasco J, Martínez Sanchez-Mateos H S y Gosálvez Rey R U. La ordenación del territorio en Castilla-La Mancha: estado de la cuestión y estudio de casos. *Cuadernos Geográficos*. 2012; 47: 493-522.
 58. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid [2016; 15 enero 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
 59. Datosmacro.com [sede web]. Madrid [2016; 16 enero 2016]. Disponible en: <http://www.datosmacro.com/>
 60. Fundación Salud Mental España [sede web]. Madrid [2016; 25 enero 2016]. Disponible en: <http://www.fsme.es/>
 61. European Anti Poverty Network España (EAPN-ES) [sede web]. Madrid [2016; 22 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.eapn.es/index.php>
 62. Fundación FOESSA, Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada [sede web]. Madrid [2009; 22 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.foessa.org/>
 63. Laparra R y Pérez Eransus B (coord.). La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación, VI informe sobre exclusión y desarrollo social en España. V. Renes, Madrid, Fundación FOESSA, 2008.
 64. Lorenzo Gilsanz F (coord.). VII informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Arias Montano, Madrid, Fundación FOESSA, 2014.
 65. Buitrago León L H, Laverde Barrera A A, Álvarez Rodríguez A M, Estupiñán Vega L C. **Análisis de la producción científica publicada entre 2008 y 2013 sobre suicidio en niños, niñas y adolescentes mediante un estudio bibliométrico.** *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2015; 12 (2).
 66. Giner L y Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014; 7 (3):139-146.
 67. Mejía, M, Sanhueza P y González J. Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com*. 2011; 8: 15-25.
 68. Abellán A. El suicidio entre las personas de edad. *Revista Multimedia de Gerontología*. 2005; 15(1): 65-67.
 69. Salmerón D, Cirera L, Ballesta M y Navarro-Mateu F. (2012). Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008. *Journal of Public Health*, 35, 237-45.
 70. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of psychiatry*. 2000; 177: 484-485.
 71. Gutiérrez JM. Predominio del suicidio urbano sobre el rural en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 1998; 26 (2): 111-15.
 72. Ayuso JL, Saiz J, Morant C, Baca E, Miret, Nuevo R (eds.). Estudio de la conducta suicida en la comunidad de Madrid. 2012; Madrid: Comunidad de Madrid.
 73. Ayuso JL, Baca E, Bobes J, Giner J, Giner L, Perez V, Sáiz PA, Saiz J, & Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2012; 5 (1): 8-23.

74. Antón JM, Sánchez E, Pérez L, Labajos MT, De Diego Y, Benítez N, Comino R, Perea E, Ramos V & López A. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de psicología*. 2013; 29 (3): 810-815.
75. Mejía M, Sanhueza P y González J. Risk factors and context of suicide. *Revista Memoriza.com*. 2011; 8: 15-25.
76. Díaz García H, Pedraza Pérez de Prado D, Pérez Ruiz A, Veitia Villavicencio N y Chávez Rodríguez M. Analysis of suicide attempts in patients admitted to the Provincial Psychiatric Teaching Hospital of Villa Clara. *Acta Médica del Centro*. 2014; 8 (2): 55-60.
77. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington DC, OPS; 2014.
78. Núñez NA, Olivera SL y Losada IM. Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*. 2008; 4 (10): 85-100.
79. Organización Panamericana de la Salud. *Prevención de la conducta suicida*. Washington DC, OPS; 2016.
80. Wang Z, Wang J, Bao J, Gao X Yu CH y Xiang H. Temporal Trends of Suicide Mortality in Mainland China: Results from the Age-Period-Cohort Framework. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 2016; 13 (8): 784.
81. Santana P, Costa C, Cardoso G, Loureiro A y Ferrao J. Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*. 2015; 35: 85-94.
82. Kapusta ND, Zorman A, Eترزsdorfer E, Ponocny-Seliger E Jandl-Jager E y Sonneck G. Rural-urban differences in Austrian suicides. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43:311–318.
83. López JL, Bárcena C, González J, Iglesias JA y Abella V. Temporalidad y conducta suicida. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 2009; 25: 111-115.
84. Fountoulakis KN et al. Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000– 2012. *Annals of General Psychiatry*. 2016; 15:19.
85. Sierra E y Martínez CM. Suicidio y autolesión en ámbito rural y urbano en emergencias 112 Castilla y León. *Prehospital Emergency Care*. Edición en español. 2015; 5. Disponible en: <http://prehospitalemergencycare.es>
86. Pacheco T. Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, 2016, Madrid.
87. Botega NJ. Comportamiento suicida: epidemiología. *Psicología USP*. 2014; 25 (3): 231-236.
88. Morón J. Cantidad y tipo de fármacos en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa. *Psiquiatr Biol*. 2004; 11 (6): 211-218.
89. Hegerl U y Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv*. 2009; 60 (5): 596-599.
90. Lopez JA, Gasparrini A, Artundo CM y McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health*. 2013; 23: 732-6.
91. Miret M, Caballero FF, Huerta R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, Haro JM y Ayuso JL. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of*

- Affective Disorders. 2014; 163: 1-9.
92. Córdoba JA, San Sebastián M, Escolar A, Martínez J y Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *Int J Equity Health*. 2014; 13: 55-8.
 93. Muñoz S, García P, García de Fernando S, Portabales L, Moreno L, Severino A, Polo C. Conducta suicida y crisis económica. *Norte de Salud Mental*. 2014; **12** (48): 36-43.
 94. Gili M, García J y Roca M. Economic crisis and mental health. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28 (S1): 104-108. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24661346>
 95. Sáiz P y Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014; 7 (1):1-4.
 96. Masedo AI y Moreno B. Economic crisis and mortality by suicide: two concepts hard to link. *European Journal of Public Health*. 2015; 25 (5): 900.
 97. Rivera B, Casal B y Currais L. Crisis, suicide and labour productivity in Spain. *Eur J Health Econ*. 2017; 18 (1): 83-96.
 98. Iglesias C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez F, Jiménez L, Fernández S, Al-Halabí S, Corcoran P, García MP y Bobes J. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
 99. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A y McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009; 374: 315-23. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19589588>
 100. Ferretti, F. & Coluccia, A. Socio-economic factors and suicide rates in European Union Countries. *Legal Medicine*. 2009; 11: 92-94.
 101. Barr B, Taylor D, Scott A, McKee M y Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012; 345:e5142. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5142>
 102. Alvarez J, Rodero M, Métrico E, Salinas J, García C y Salvador L. The impact of socio-economic status on self-rated health: study of 20 countries using European social surveys (2002-2008). *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2013; 10 (3): 747-761.
 103. Tapia JA. The economic crisis and health in Spain and Europe: Is mortality increasing? *Salud Colectiva*. 2014; 10 (1): 81-91.
 104. Laanani M, Ghosh W, Jougla E y Rey G. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *J Epidemiol Community Health*. 2015; 69: 103-109. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/jech/69/2/103.full.pdf>
 105. Tapia JA y Diez AV. Life and death during the Great Depression. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, PNAS Early Edition. 2009; 106 (41): 17290-17295.
 106. Noh Y. Does unemployment increase suicide rates? The OECD panel evidence. *Journal of Economic Psychology*. 2009; 30, 575-582.
 107. Acevedo C. ¿Influye la realidad económica en el suicidio? El caso colombiano. *Revista de Economía del Caribe*. 2010; 5: 143-187.
 108. Tapia JA. La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contraintuitivo. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*. 2011; 113: 121-137.
 109. Luo F, Curtis F, Quispe M, Ouyang L, PhD, y Crosby AE.

- Impact of Business Cycles on US Suicide Rates, 1928–2007. *American Journal of Public Health*. 2011; 101 (6): 1139-1146.
110. Chang SS, Stuckler D, Yip P, y Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *British Medical Journal*. 2013; 347: 1-15.
111. Reeves A, McKee M y Stuckler D. Economic suicides in Europe and North America's Great Recessions. *The British Journal of Psychiatry*. 2014; 205 (3): 246-7.
112. Piérard E, Grootendorst P. Do downturns cause desperation? The effect of economic conditions on suicide rates in Canada. *Applied Economics*. 2014; 46 (10): 1081–92. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00036846.2013.866204>
113. Nordt C, Wamke I, Seifritz y Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2: 239–45.
114. Campo A y Herazo E. Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2015; 44 (1):28–32
115. Dumom E y Portzky G. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio. Gante: Health Programme of the European Union; 2014. Disponible en www.euregenas.es
116. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.
117. Oto-Vinués M (coord.). Protocolo de colaboración interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas. Pamplona. Gobierno de Navarra. 2014.
118. Azcárate L, Peinado R, Blanco M, Goñi A, Cuesta MJ, Pradini I y López-Goñi JJ. Características de los suicidios consumados en Navarra en función de sexo (2010-2013). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2015; 38, (1): 9-20.
119. Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthøj C, Madsen T and Nordentoft M. Repeated Suicide Attempts and Suicide Among Individuals With a First Emergency Department Contact for Attempted Suicide: A Prospective, Nationwide, Danish Register-Based Study. *J Clin Psychiatry* 2016; 77(6):832-840.
120. Lopez J, Méndez P, Pérez M, Villoria L, Zamorano MJ, Molina CA, Lorie A, Pacheco T, Casado I y Baca E. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2015;

ANEXO TABLAS Y FIGURAS

Modelo de Poisson del efecto de la crisis en la tasa estandarizada por edad, sexo y provincias de CLM de los intentos de suicidio atendidos por la GUETS del SESCAM.

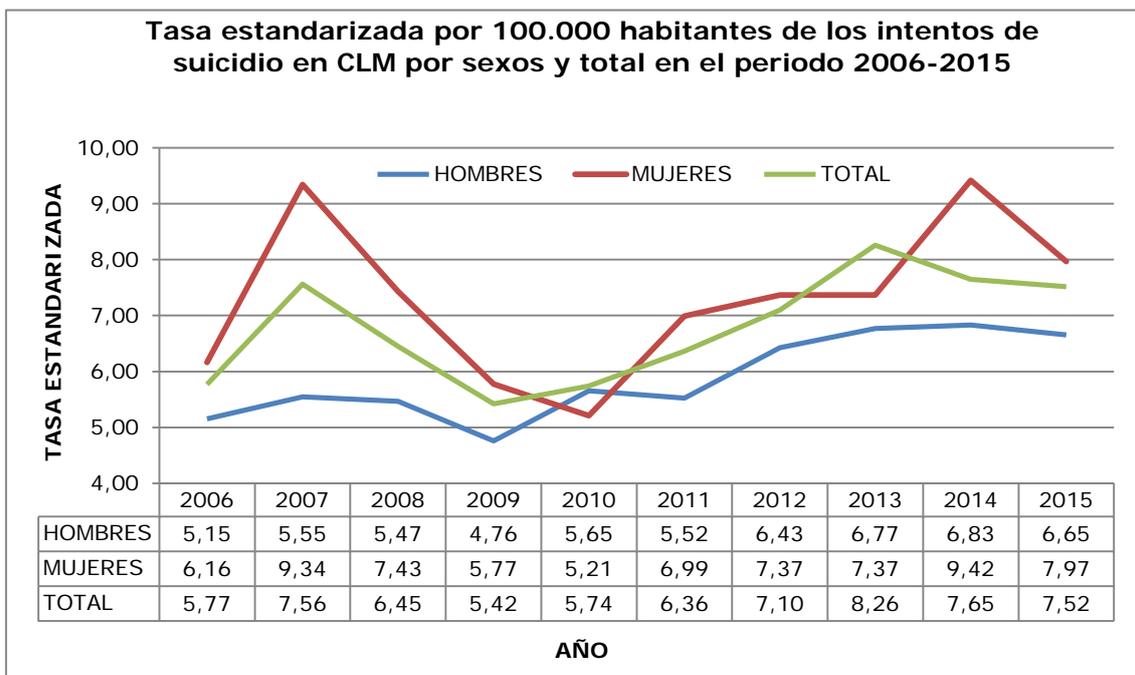
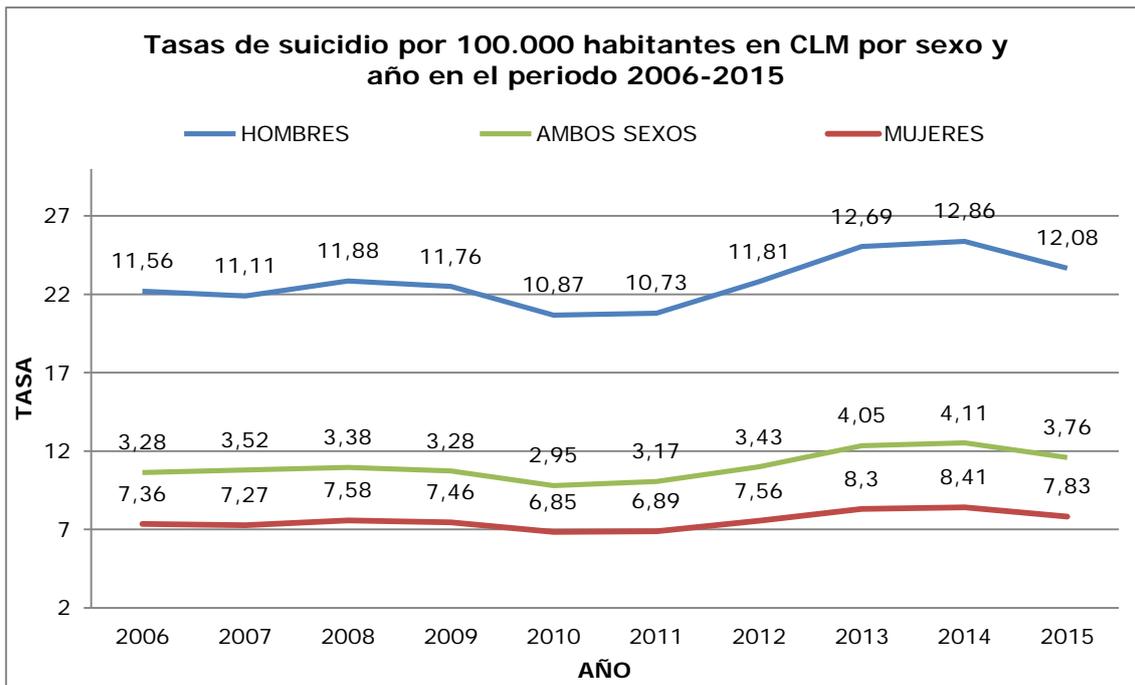
	Razón de tasas estandarizadas	EE	p - valor	IC95%	
Sexo (Mujer/Hombre)	1,23	0,04	0,000	1,15	1,31
Año (incremento de un año)	1,04	0,01	0,000	1,02	1,05

Sexo	1,23	0,04	0,00	1,16	1,30
Año					
2006	Referencia = 1				
2007	1,22	0,11	0,030	1,02	1,46
2008	1,21	0,09	0,013	1,04	1,41
2009	0,89	0,07	0,164	0,76	1,05
2010	0,90	0,08	0,239	0,76	1,07
2011	1,04	0,09	0,676	0,88	1,22
2012	1,30	0,09	0,000	1,14	1,48
2013	1,49	0,09	0,000	1,32	1,69
2014	1,40	0,10	0,000	1,22	1,60
2015	1,34	0,10	0,000	1,16	1,55
Provincia					
Albacete	Referencia = 1				
Ciudad Real	0,78	0,03	0,000	0,72	0,85
Cuenca	0,90	0,05	0,045	0,82	1,00
Guadalajara	0,79	0,05	0,000	0,71	0,89
Toledo	1,10	0,04	0,007	1,03	1,18

Cuadro resumen de la Correlación de Pearson entre diversos indicadores económicos y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM 2006-2015, $p < 0,05$. Elaboración propia.

INDICADOR ECONOMICO	CORRELACION de PEARSON CON TASA ESTANDARIZADA POR 100.000 hab. DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN CLM 2006-2015	
	Correlación de Pearson	
1. Gini Nacional	Correlación de Pearson	0,189**
2. PIB CLM	Correlación de Pearson	-0,156**
3. PIB per cápita NACIONAL	Correlación de Pearson	-0,091
4. PIB per cápita CLM	Correlación de Pearson	-0,204**
5. Tasa Paro CLM	Correlación de Pearson	0,265**
6. Tasa Paro Nacional	Correlación de Pearson	0,220**

7. CLM Gasto medio por hogar	Correlación de Pearson	-0,235**
8. CLM Gasto medio por persona	Correlación de Pearson	-0,145**
9. CLM Gasto medio por unidad de consumo	Correlación de Pearson	-0,184**
10. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador	Correlación de Pearson	0,230**
11. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador	Correlación de Pearson	0,285**
12. Hogares con MUCHA dificultad para llegar a fin de	Correlación de Pearson	0,187**
13. Hogares con DIFICULTAD para llegar a fin de mes	Correlación de Pearson	0,290**
14. Hogares con CIERTA dificultad para llegar a fin de mes	Correlación de Pearson	0,006
15. Hogares con MUCHA dificultad para llegar a fin de	Correlación de Pearson	0,161**
16. Hogares con DIFICULTAD para llegar a fin de mes CLM	Correlación de Pearson	-0,048
17. Hogares con CIERTA dificultad para llegar a fin de	Correlación de Pearson	0,157**
18. Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la	Correlación de Pearson	0,009
19. Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la	Correlación de Pearson	0,200**
<i>**.</i> Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		



Cuadro comparativo entre las tasas por 100.000 habitantes de suicidios de 2006 a 2014 (datos INE) en CLM y de las tasas estandarizadas de intentos autolíticos de 2006 a 2015 en CLM. Elaboración propia.

Evolución de la conducta suicida: estudio autonómico de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha (2006 - 2015)



15 de septiembre 2017. Talavera de la Reina

XII Premio Nacional de Investigación en Enfermería

 Raquel Recuero Díaz

Empoderamiento Enfermero una Acción Necesaria

Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina. Salón de Actos Vicente Ferrer. Av Real Fábrica de Sedas s/n

Francisco José Celada Cajal
franccel@ucm.es

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial de carácter exclusivamente humano que ha existido en todas las sociedades y épocas.

Es un continuo que va desde la ideación, pasando por los avisos, intentos suicidas, hasta llegar al suicidio consumado.

¿IMPORTANCIA? 1.000.000

1. El suicidio causa la muerte de un millón de personas al año en todo el mundo.

2. Por cada suicidio o intento de suicidio se afecta la vida de seis personas cercanas. Familia, amigos y allegados.

7.000.000

3. Por cada suicidio puede haber de diez a veinte intentos de suicidio.

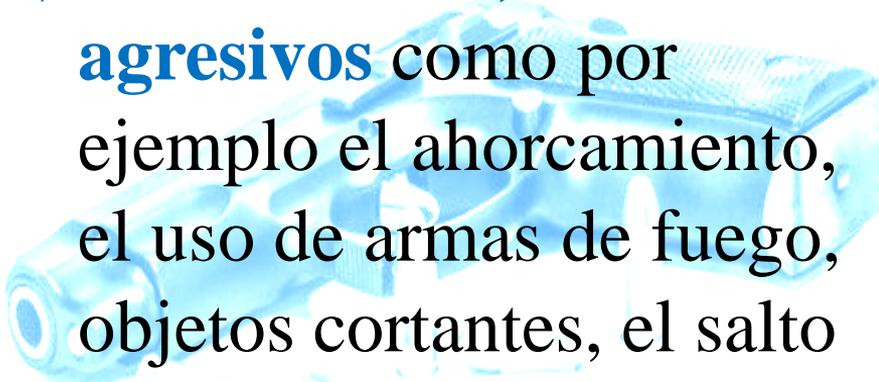
...de 70.000.000 a 140.000.000

El intento de suicidio es la tentativa, el ensayo o prueba fracasada de matarse a sí mismo.

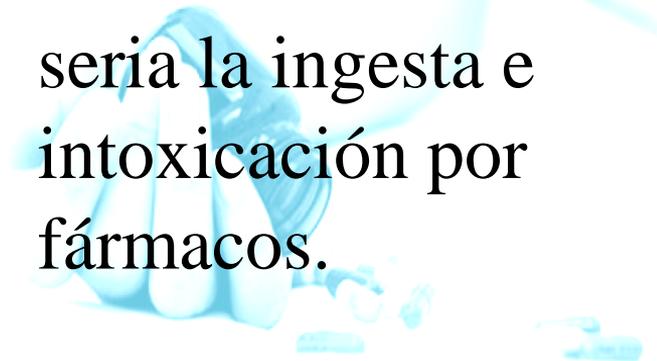
El conocimiento sobre el intento de suicidio basado en los datos de asistencia e intervención de emergencias de la GUETS del SESCAM ayudaría a diseñar e implementar estrategias de prevención y tratamiento más eficientes para enfrentarse al intento autolítico.

El intento autolítico se puede clasificar de acuerdo a su método en:

a) **Estilos duros, violentos o agresivos** como por ejemplo el ahorcamiento, el uso de armas de fuego, objetos cortantes, el salto desde altura o el uso de venenos.



b) **Estilos blandos, suaves o no violentos** como sería la ingesta e intoxicación por fármacos.



La economía como posible factor causante o predisponente de la conducta suicida, se ha estudiado en menor proporción que las investigaciones de corte puramente psicológico, psiquiátrico, sociológico y de salud pública.

España ha sido uno de los países de Europa con más ciudadanos afectados por el desempleo durante la crisis económica.

No existen organismos que dispongan de información completa sobre los intentos de suicidio y que la comuniquen de manera sistemática cada año. En los últimos trece años tan sólo se han realizado en Castilla la Mancha tres estudios que traten sobre el suicidio y conductas suicidas:

- ✓ “Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998)”.
- ✓ “Estudio de los intentos de suicidio atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalarias en la provincia de Ciudad Real 2001/2002”.
- ✓ “Cantidad y tipo de fármacos en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa” realizado durante nueve años (1990-1998) en el Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera.

Esta falta de estudios es una adecuada razón para abordar investigaciones sobre el intento de suicidio en CLM.

Principal:

Conocer la evolución de los intentos de suicidio en la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2015.

Secundarios:

- Describir la evolución de los factores sociodemográficos asociados a los intentos de suicidio en el periodo de estudio.
- Describir la evolución de los factores de temporalidad en los intentos de suicidio durante el periodo de estudio.
- Describir la evolución del método utilizado en los intentos de suicidio en el periodo de tiempo estudiado.

Secundarios:

- Determinar la posible relación entre el método utilizado en el intento de suicidio y los factores sociodemográficos.
- Determinar la posible relación entre el método utilizado en el intento de suicidio y los factores asociados a aspectos de temporalidad.

Secundarios:

- Analizar la posible relación entre la edad y el sexo con los diferentes factores sociodemográficos y de temporalidad asociados a los intentos de suicidio.
- Analizar la evolución de los intentos de suicidio en los años de precrisis versus los de crisis económica.

**Se trata de un estudio ecológico,
observacional, descriptivo,
retrospectivo.**

POBLACIÓN

La población del estudio son los incidentes de urgencias y emergencias de los intentos de suicidio en CLM atendidos por la GUETS.

Número de incidentes, edad, sexo, provincia, zona rural o urbana, método usado en el intento de suicidio, código CIE 9 del método, turno horario, día, mes, estación y año.

Se consultaron además:

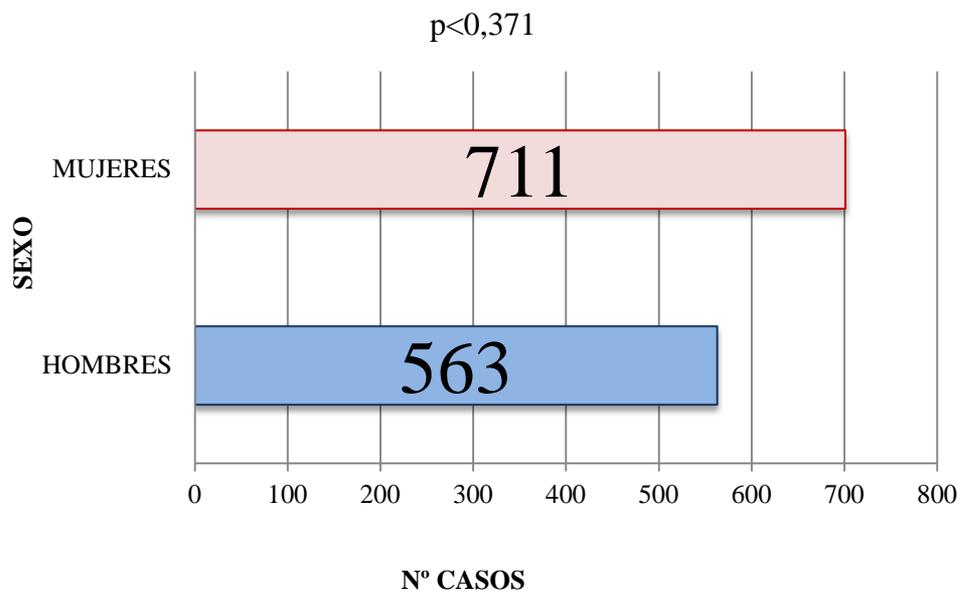
La población de España y de Castilla-La Mancha por años, edad y sexo, defunciones en España y en Castilla La-Mancha por causa (098 Suicidio y lesiones autoinfligidas), años, sexo y edad durante el periodo 2006-2015.

Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

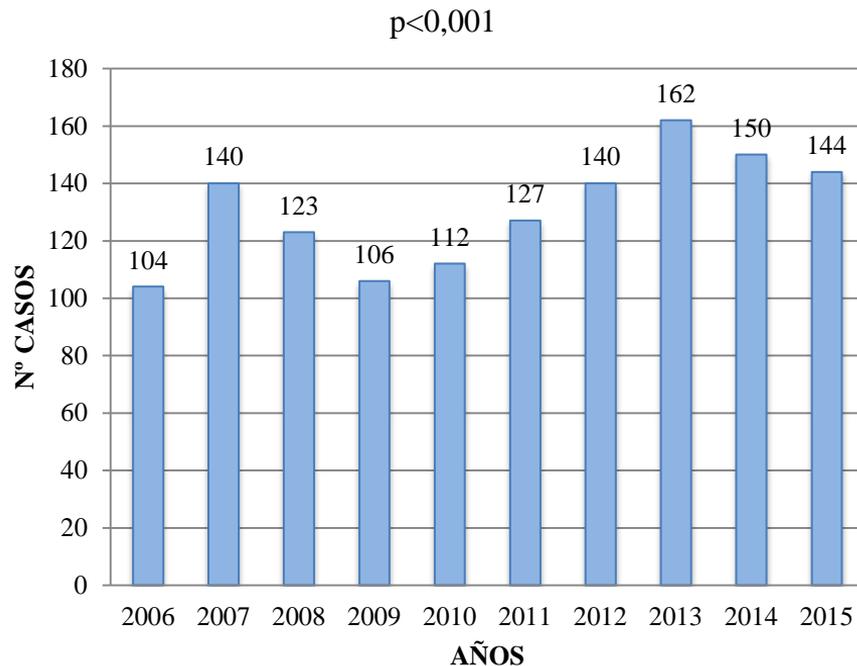
Datos de indicadores económicos como; Gini, PIB, PIB per Cápita, tasa paro, gasto medio por hogar, por persona y por unidad de consumo, tasa de riesgo de exclusión social, dificultad en los hogares para llegar a fin de mes, tasa de riesgo de pobreza. Datos del INE y de informes psicosociales a nivel Nacional y de CLM.

La población total estudiada fue de 1308 intentos de suicidio en los diez años estudiados. El 55,8% fueron mujeres y el 44,2% hombres.

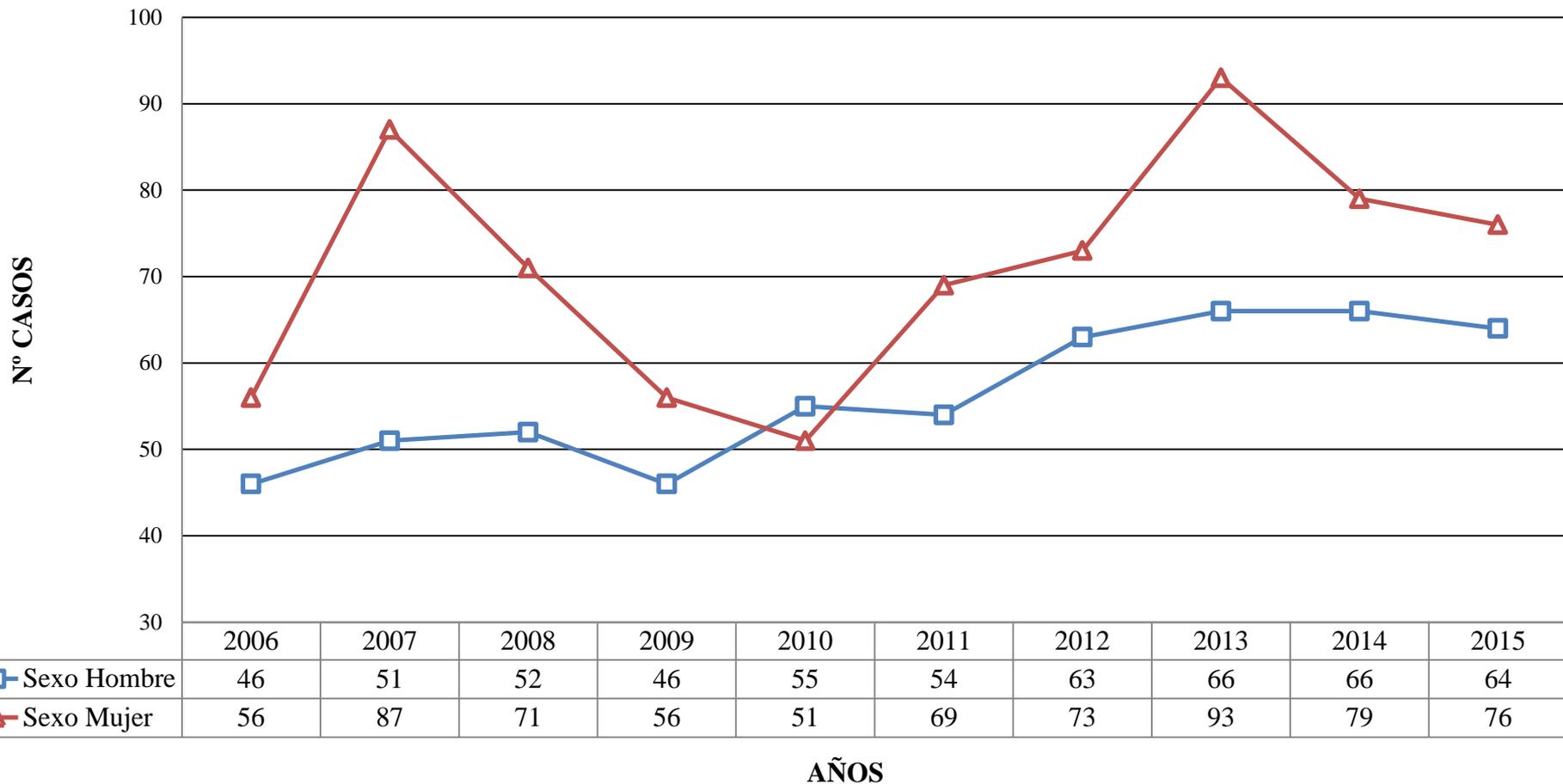
Número total de intentos de suicidio en CLM por sexo en el periodo 2006-2015



Número de intentos de suicidio en CLM por años, periodo 2006-2015

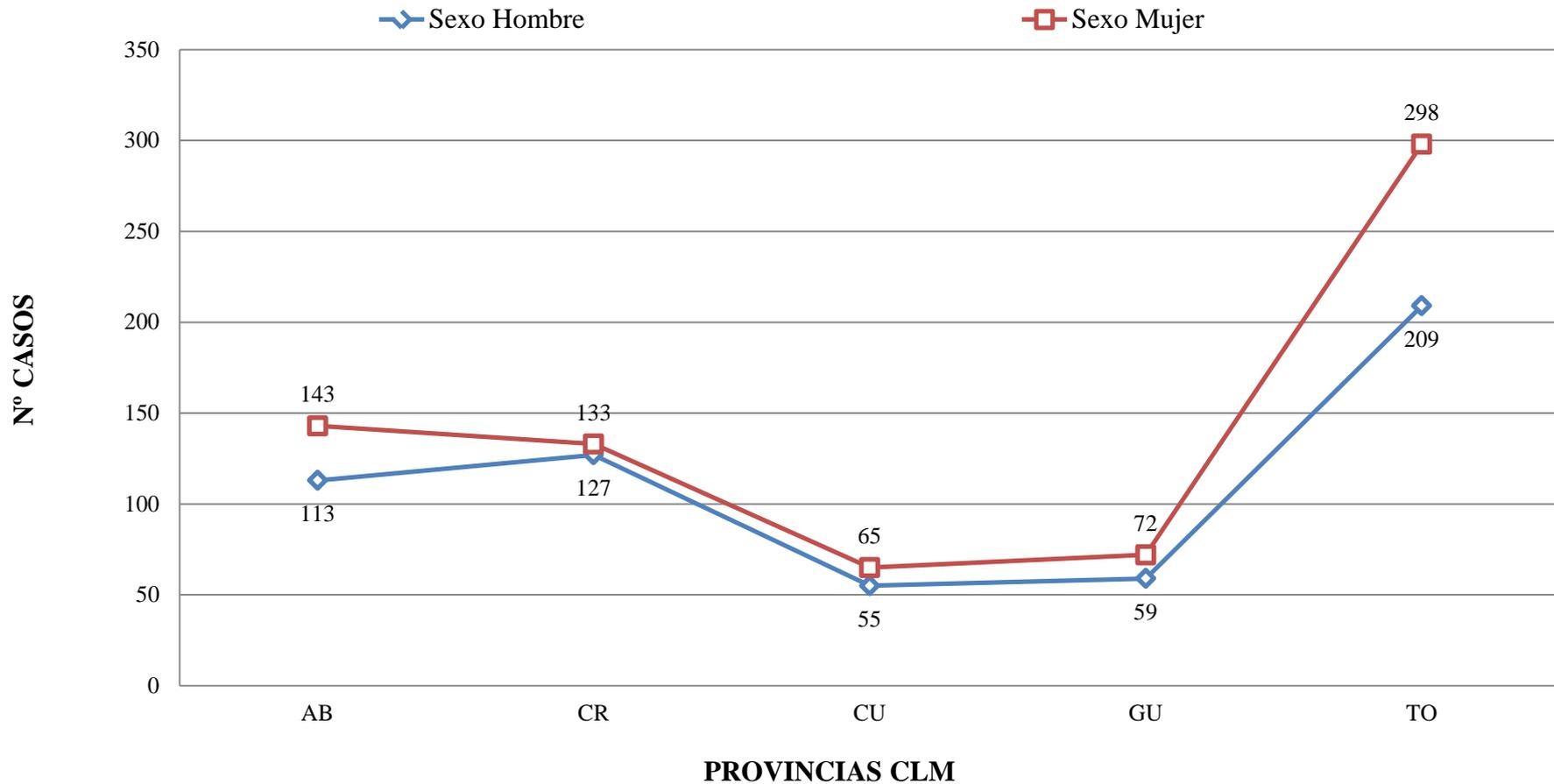


Número de intentos de suicidio por sexo y años en CLM 2006-2015 p<0,001



p<0,001

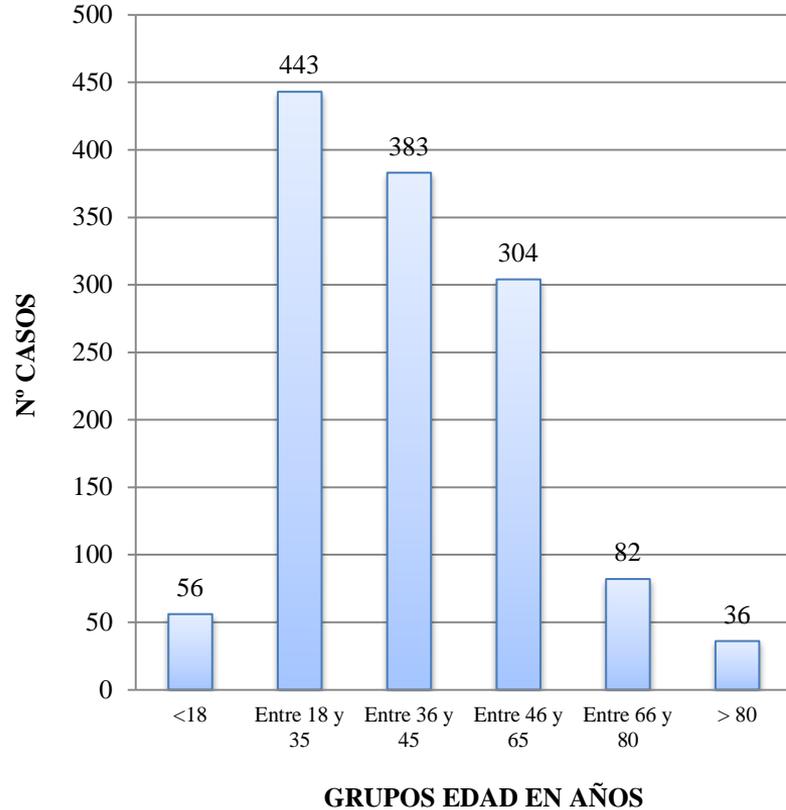
Número de intentos de suicidio por sexo y provincias en CLM 2006-2015



GRUPOS EDAD

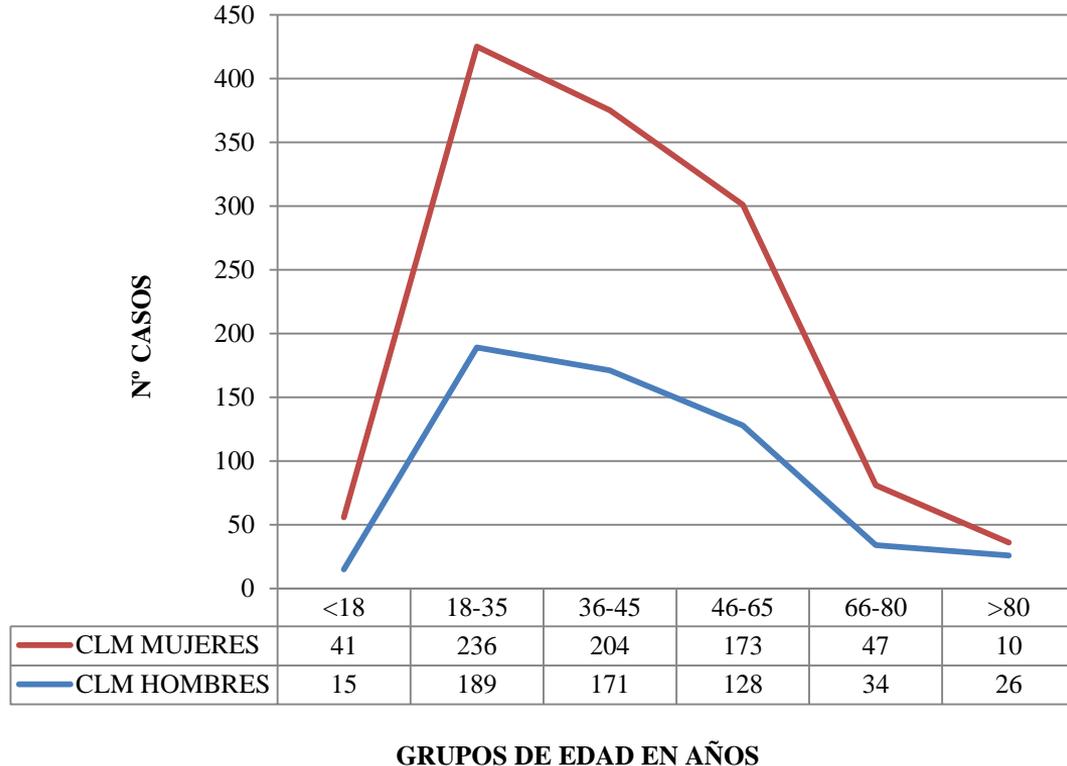
p<0,002

Nº de intentos de suicidio en CLM por grupos de edad en el periodo de estudio 2006-2015



p<0,002

Número de intentos de suicidio en CLM por sexo y grupos de edad en el total del periodo de estudio 2006-2015

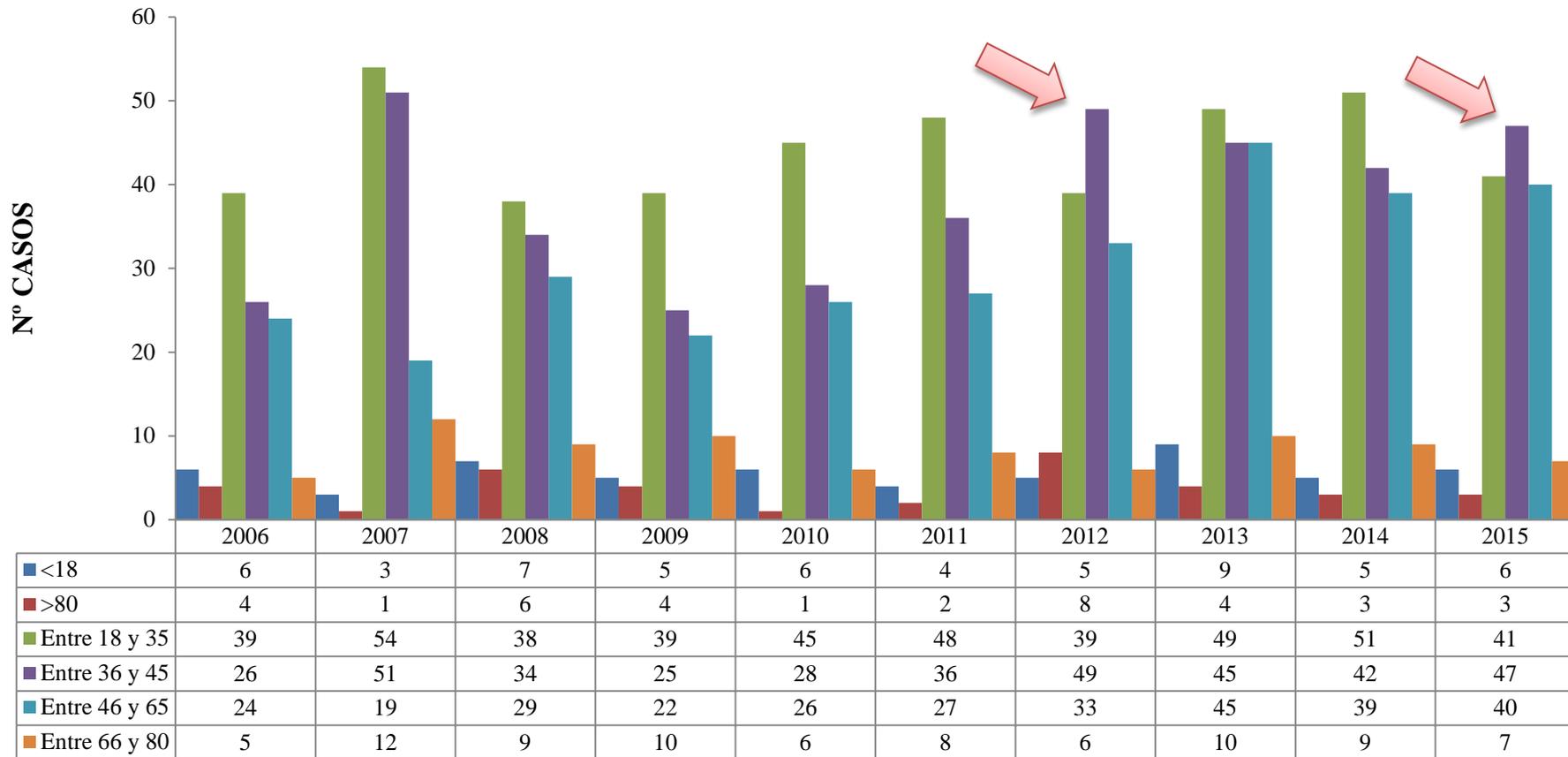


Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por franja o grupos de edad y provincia, periodo 2006-2015, $p < 0,004$.

GRUPOS DE EDAD	Nº CASOS					
	CLM	AB	CR	CU	GU	TO
<18	56	14	10	8	9	15
Entre 18 y 35	443	101	88	41	37	176
Entre 36 y 45	383	62	67	36	49	169
Entre 46 y 65	304	70	64	27	33	110
Entre 66 y 80	82	11	24	7	6	34
> 80	36	6	16	4	1	9

Número de intentos de suicidio en CLM por grupos de edad y años 2006-2015

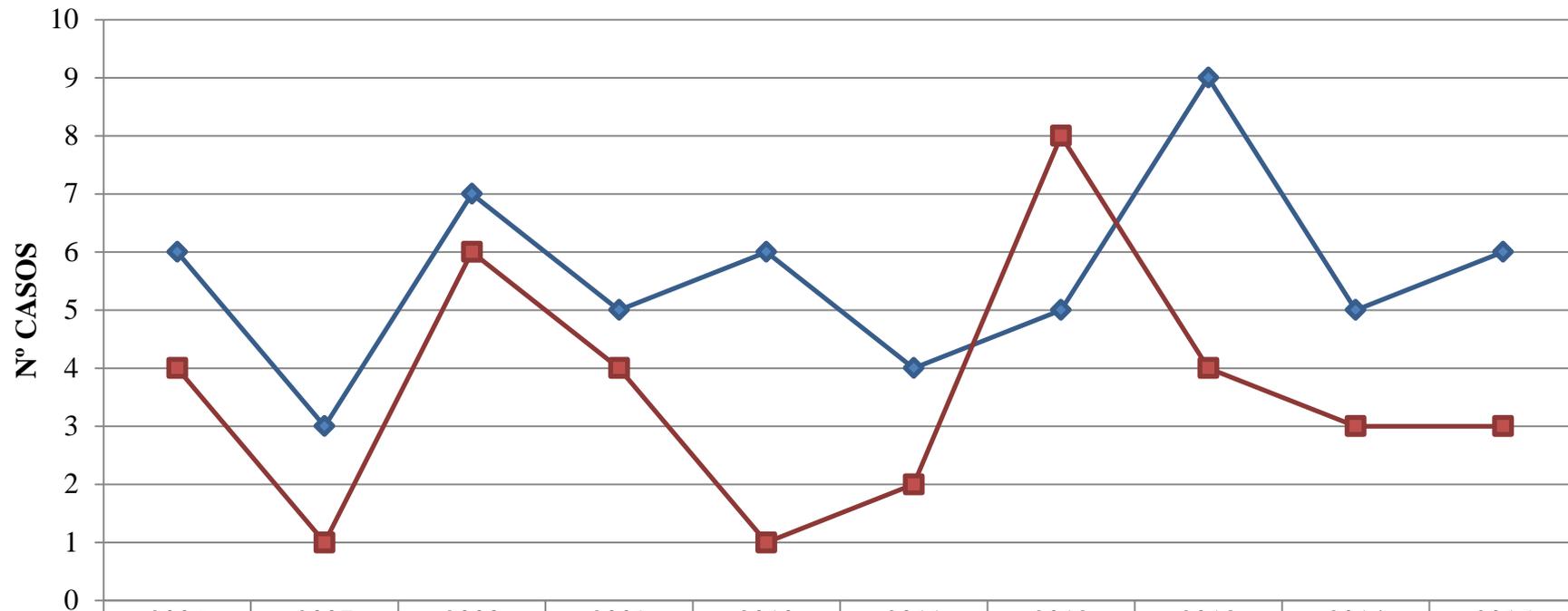
p<0,311



AÑOS

Número de intentos de suicidio en CLM 2006-2015 por años y por grupos de edad <18 años y >80 años

p<0,526

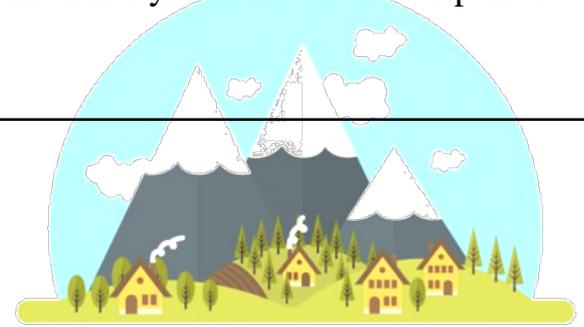


	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
◆ <18	6	3	7	5	6	4	5	9	5	6
■ >80	4	1	6	4	1	2	8	4	3	3

AÑOS

ESCENARIO

Número de casos de intento de suicidio en CLM por grupos de edad y escenario rural y urbano durante el periodo de estudio 2006-2015, $p < 0,001$.



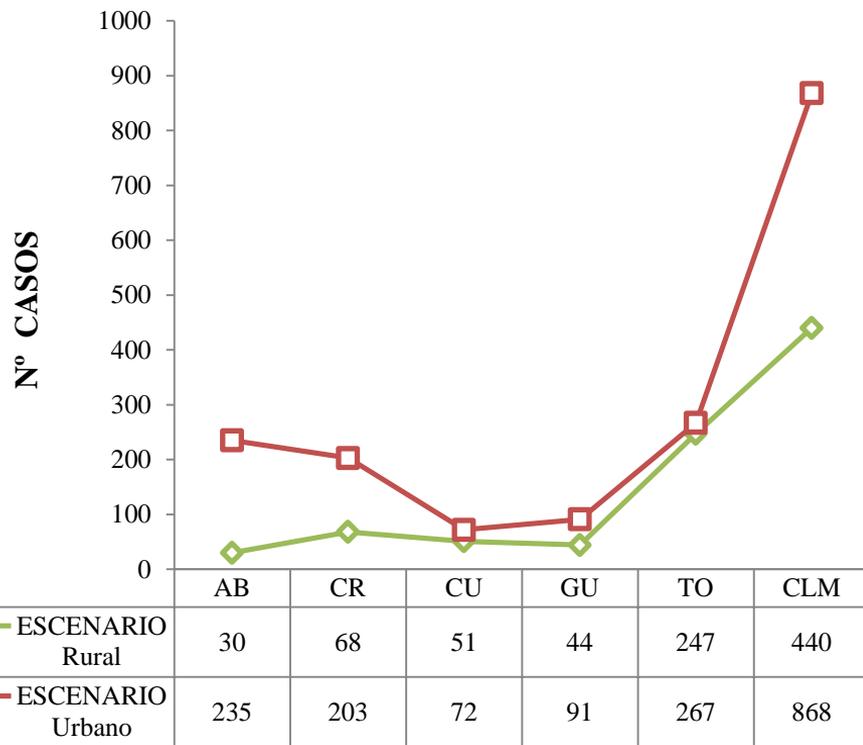
GRUPOS DE EDAD

Nº DE CASOS

ESCENARIO	<18	>80	Entre 18 y 35	Entre 36 y 45	Entre 46 y 65	Entre 66 y 80	Total Edades
Rural	15	13	134	139	105	32	440
Urbano	41	23	309	244	199	50	867

Número de casos de intentos de suicidio por escenarios Rural y Urbano en CLM 2006-2015

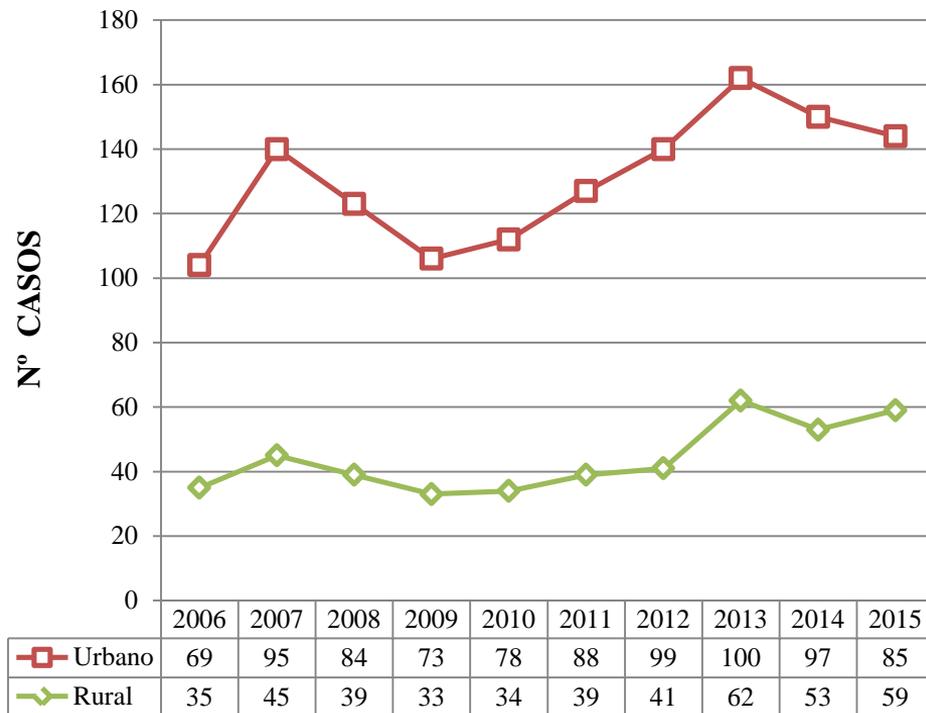
p<0,001



PROVINCIA y CLM

Número de intentos de suicidio en CLM por escenario rural y urbano durante el periodo 2006-2015

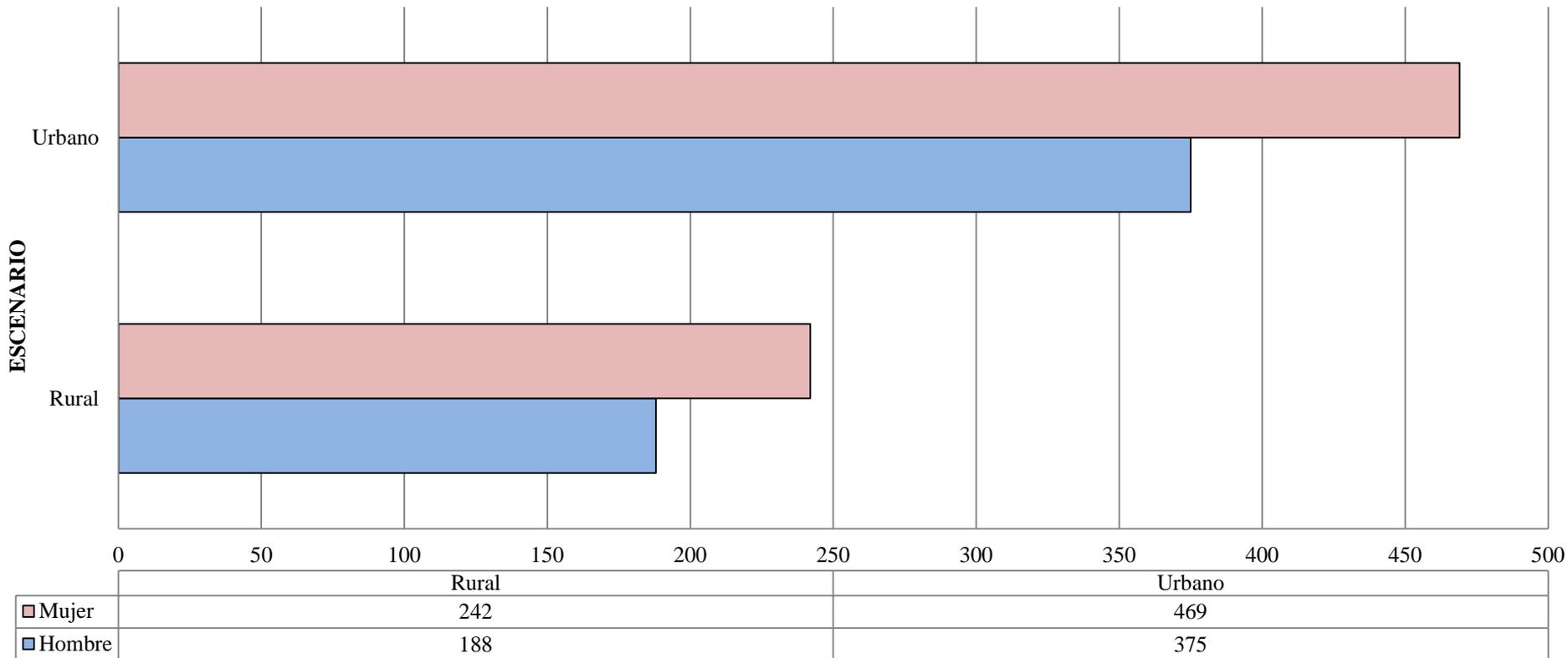
p<0,562



AÑOS

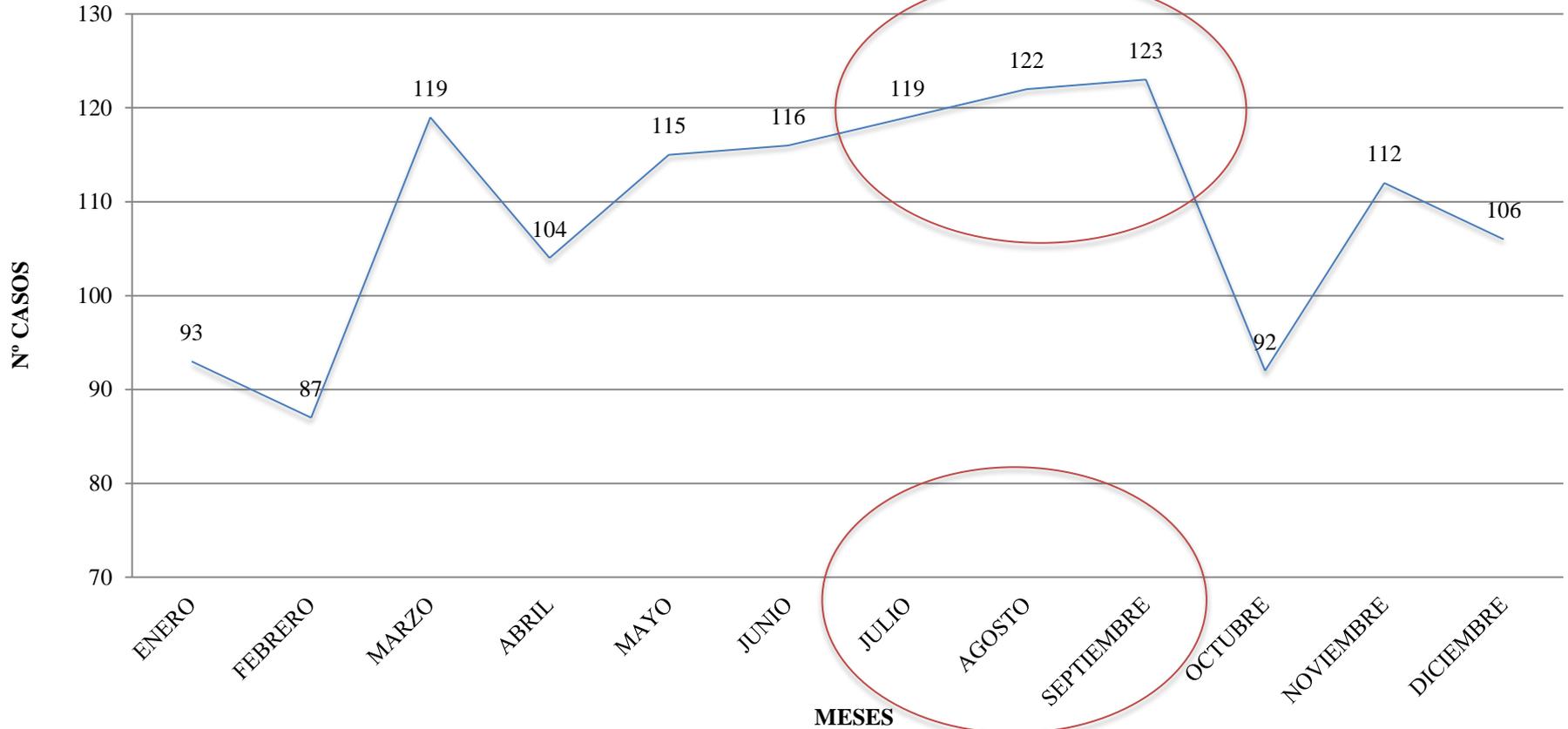
Número de casos de intento de suicidio en CLM por sexo y entorno urbano y rural durante el periodo 2006-2015

p<0,809



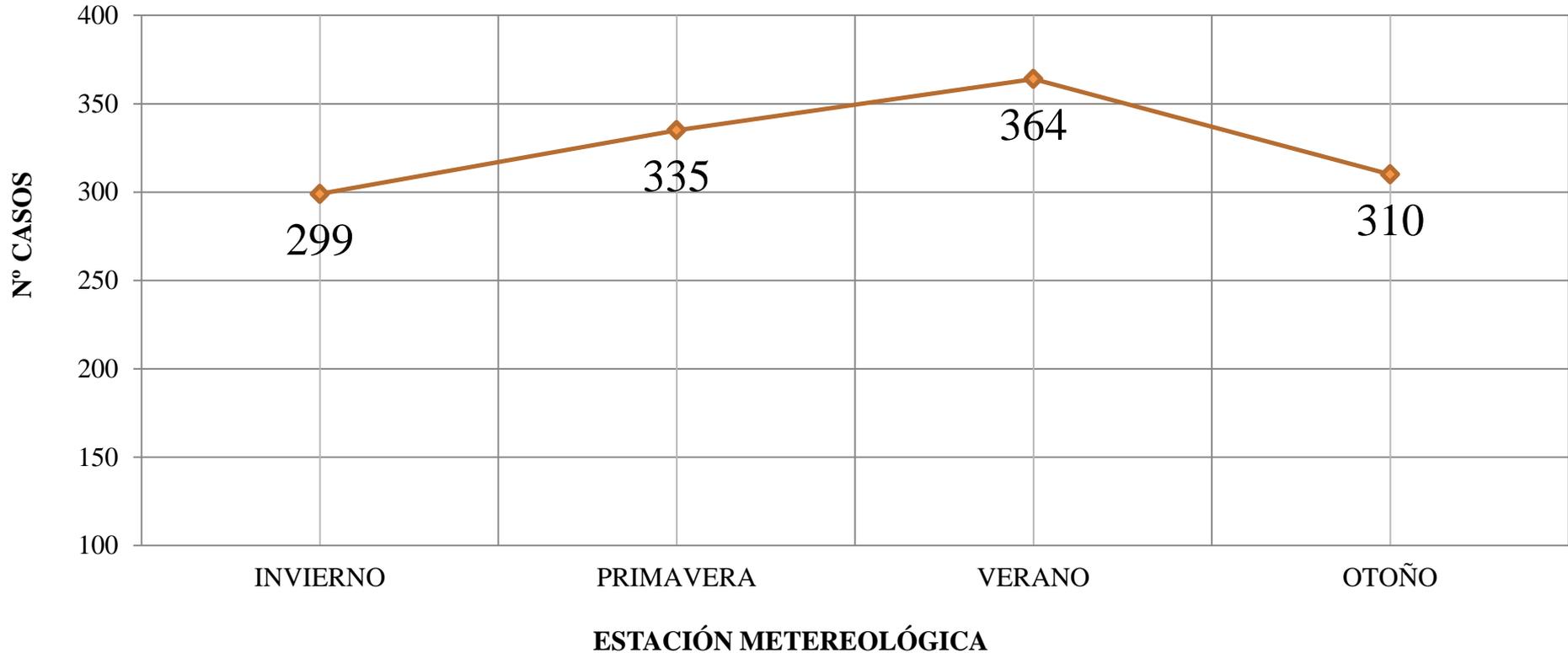
TEMPORALIDAD, MESES

Número de intentos de suicidio en CLM por meses periodo 2006-2015



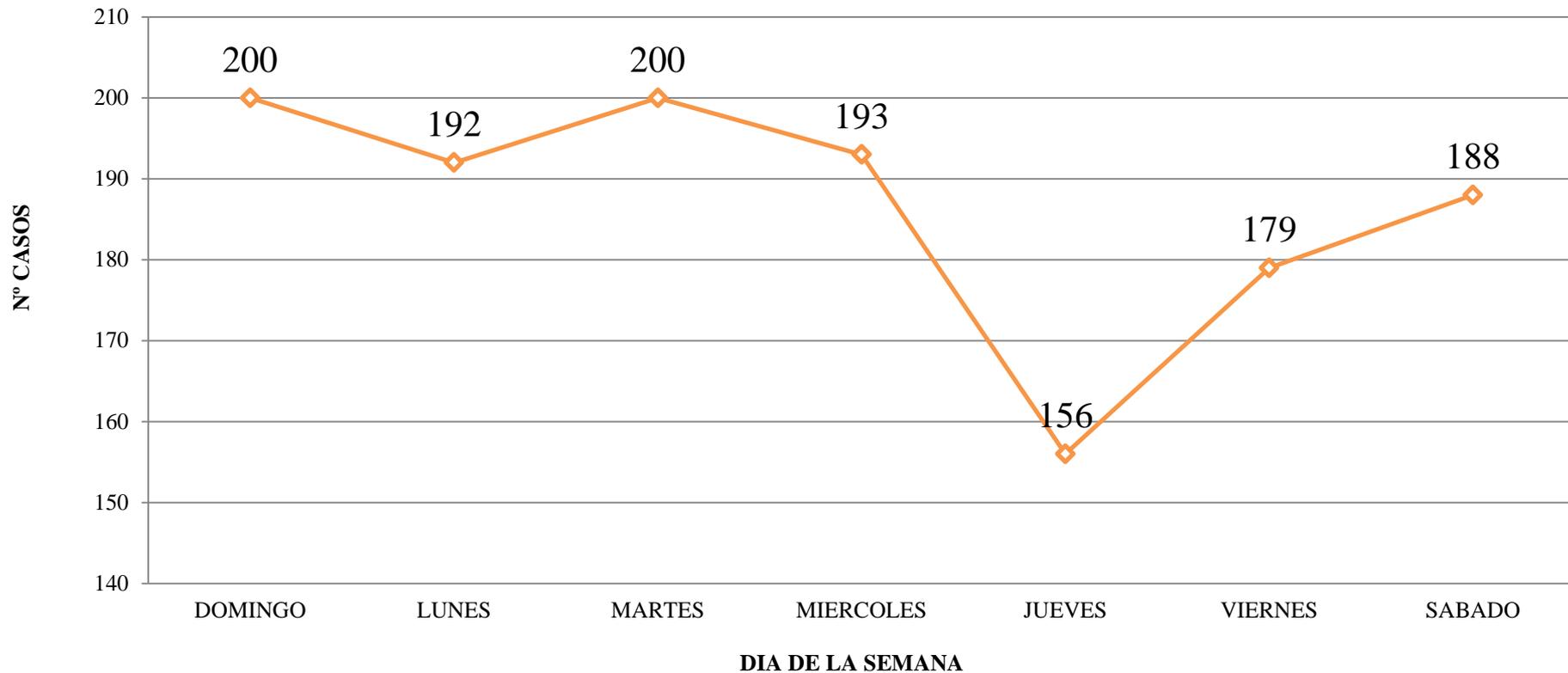
Intentos de suicidio en CLM por estaciones meteorológicas periodo 2006-2015

p<0,315



$p < 0,315$

Intentos de suicidio en CLM por el día de la semana periodo 2006-2015



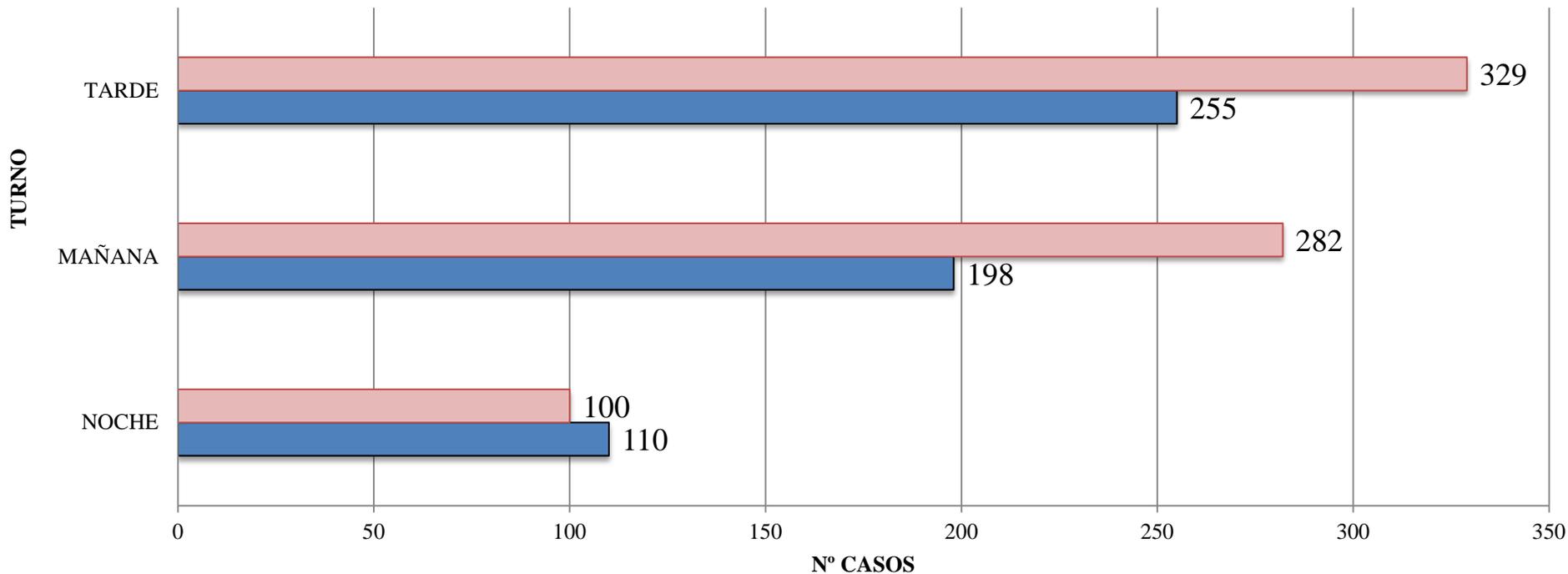
Intentos de suicidio en CLM TOTAL por turno de mañana, tarde y noche y sexo 2006-2015

p<0,009

Mañana (8,00 h-16,00 h), tarde (16,00 h-24,00 h) y noche (24,00 h-8,00 h)

Mujer N° de casos

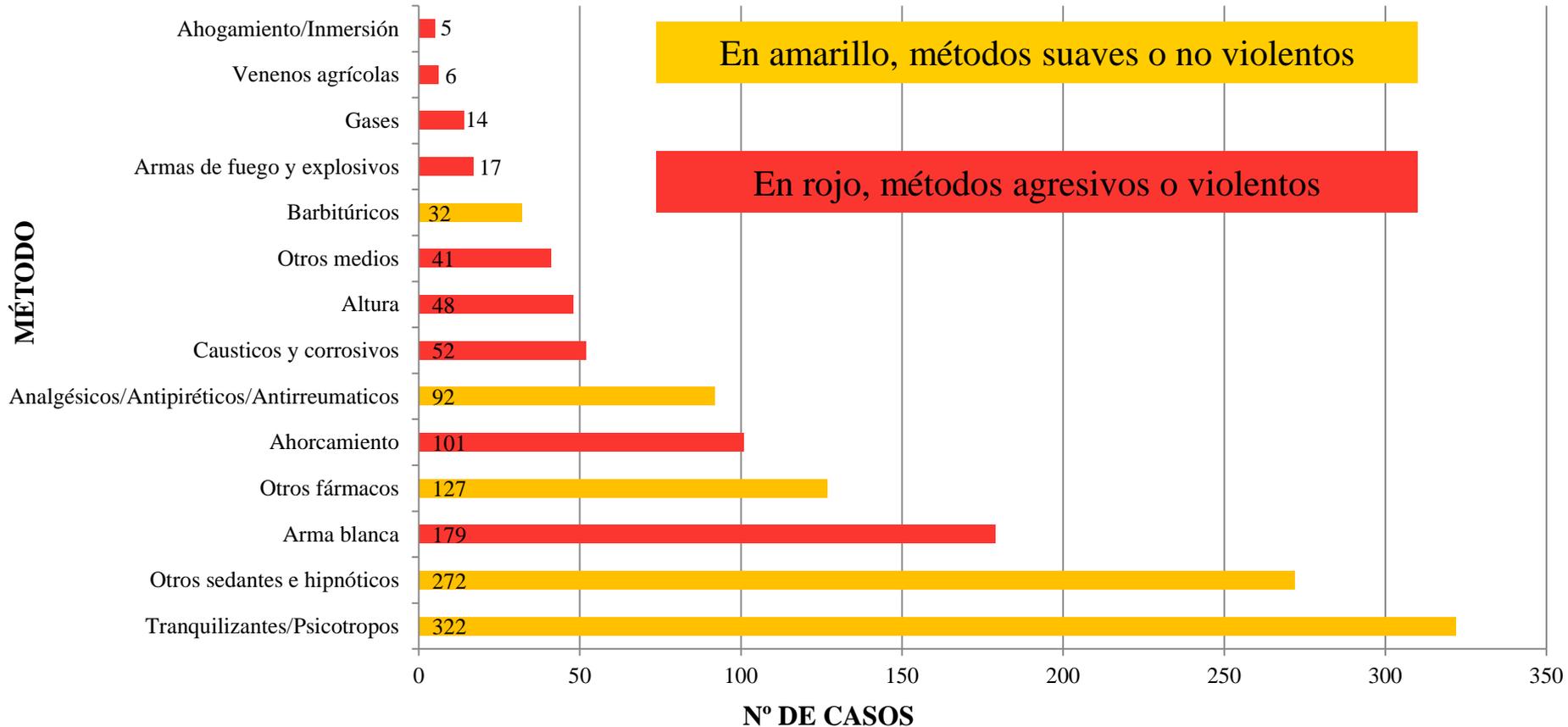
Hombre N° de casos



MÉTODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO

Método utilizado en el intento de suicidio en CLM 2006-2015

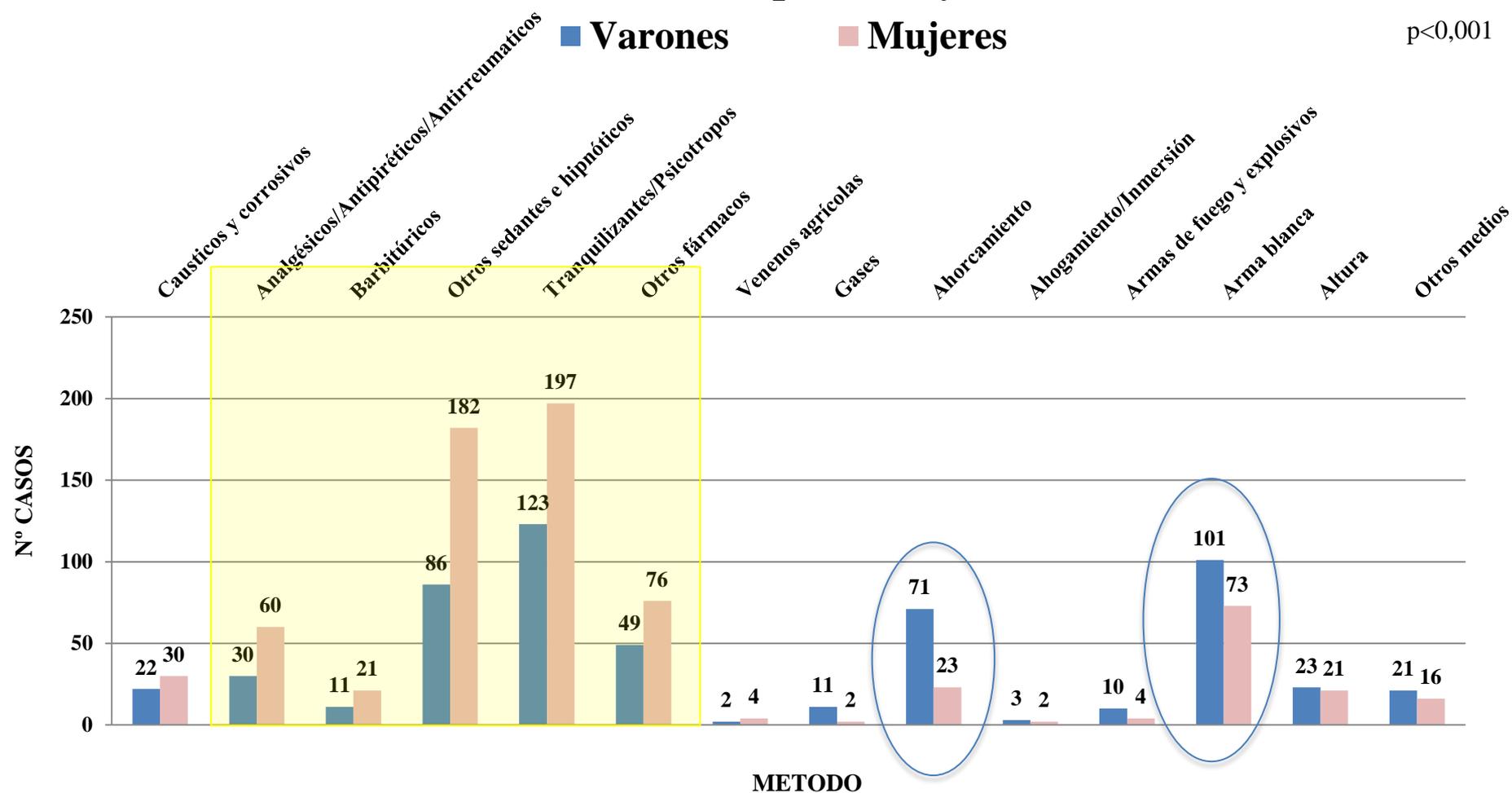
p<0,001



Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015 por años y por tipo de método empleado, $p < 0,004$. "Con fondo amarillo, los métodos No Violentos".

MÉTODO INTENTO DE SUICIDIO	AÑO									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Analgésicos/ Antipiréticos/ Antirreumáticos	8	15	6	9	4	11	9	15	7	8
Barbitúricos	9	6	1	1	1	2	3	0	7	2
Otros sedantes e hipnóticos	12	31	31	28	20	23	31	26	31	39
Tranquilizantes /Psicotropos	21	31	28	21	31	34	29	41	42	44
Otros fármacos	14	16	13	9	12	8	11	21	14	9
Cáusticos y corrosivos	1	7	5	2	3	8	5	6	6	9
Venenos agrícolas	1	0	1	0	2	1	0	0	0	1
Gases	1	4	1	0	0	0	5	1	2	0
Ahorcamiento	8	3	14	9	6	10	16	19	9	7
Ahogamiento/Inmersión	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0
Armas de fuego y explosivos	3	2	2	0	2	2	3	0	2	1
Arma blanca	18	18	15	15	15	18	20	22	19	19
Altura	6	4	2	8	9	5	3	5	4	2
Otros medios	0	3	4	4	6	4	5	5	7	3

Intentos de suicidio en CLM por sexo y método 2006-2015



Método utilizado para cometer los intentos de suicidio por Provincias y en CLM durante periodo estudio 2006-2015, $p < 0,001$.

"Con fondo amarillo, los métodos No Violentos".

Tipos	PROVINCIAS									
	AB		CR		CU		GU		TO	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Analgésicos/ Antipiréticos/ Antirreumáticos	14	5,3	18	6,6	7	5,7	8	5,9	45	8,8
Barbitúricos	10	3,8	1	0,4	6	4,9	7	5,2	8	1,6
Otros sedantes e hipnóticos	63	23,8	43	15,9	24	19,5	26	19,3	116	22,6
Tranquilizantes/ Psicotropos	69	26,0	61	22,5	18	14,6	27	20,0	147	28,6
Otros fármacos	28	10,6	19	7,0	14	11,4	11	8,1	55	10,7
Cáusticos y corrosivos	7	2,6	15	5,5	11	8,9	1	0,7	18	3,5
Venenos agrícolas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	5	1,0
Gases	2	,8	5	1,8	2	1,6	0	0,0	5	1,0
Ahorcamiento	14	5,3	35	12,9	8	6,5	15	11,1	29	5,6
Ahogamiento/ Inmersión	1	0,4	2	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Armas de fuego y explosivos	1	0,4	4	1,5	5	4,1	2	1,5	5	1,0
Arma blanca	35	13,2	46	17,0	17	13,8	25	18,5	56	10,9
Altura	15	5,7	13	4,8	4	3,3	6	4,4	10	1,9
Otros medios	6	2,3	9	3,3	7	5,7	6	4,4	13	2,5

Método de intento de suicidio AGRUPADO, violento y no violento utilizado por sexo en CLM durante periodo 2006-2015, $p < 0,458$.

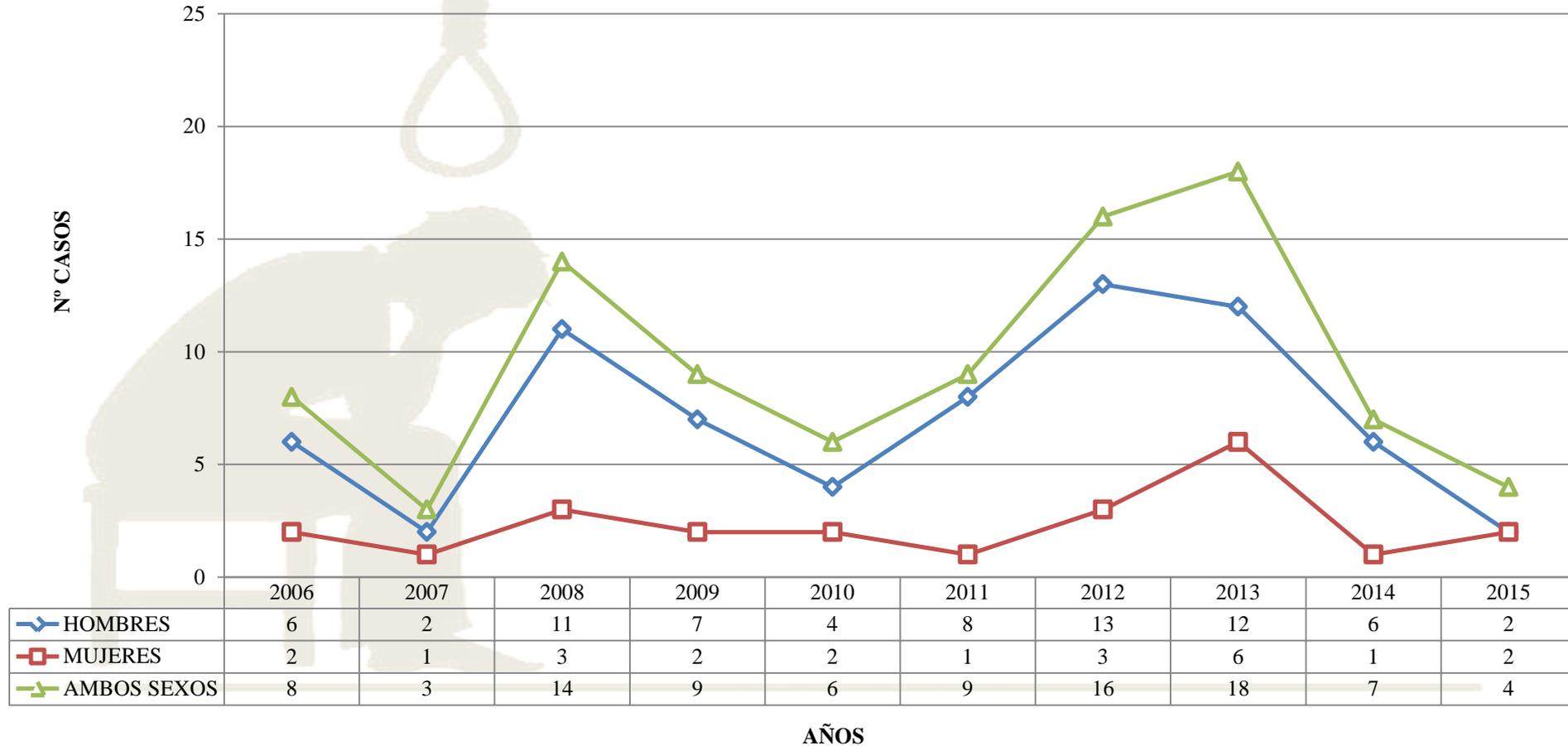
MÉTODO DE INTENTO DE SUICIDIO		HOMBRES	MUJERES	TOTAL
VIOLENTOS	Nº Casos	264	175	439
	Porcentaje	20,7%	13,7%	34,5%
NO VIOLENTOS	Nº Casos	299	536	835
	Porcentaje	23,5%	42,1%	65,5%

Método de intento de suicidio AGRUPADO, violento y no violento utilizado por sexo y años en CLM durante periodo 2006-2015, $p < 0,458$.

SEXO	MÉTODO DE INTENTO DE SUICIDIO	AÑO									
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MUJERES	VIOLENTOS	15	20	21	14	12	16	21	21	16	19
	NO VIOLENTOS	41	67	50	42	39	53	52	72	63	57
HOMBRES	VIOLENTOS	23	20	23	22	27	31	33	35	30	20
	NO VIOLENTOS	23	31	29	24	28	23	30	31	36	44

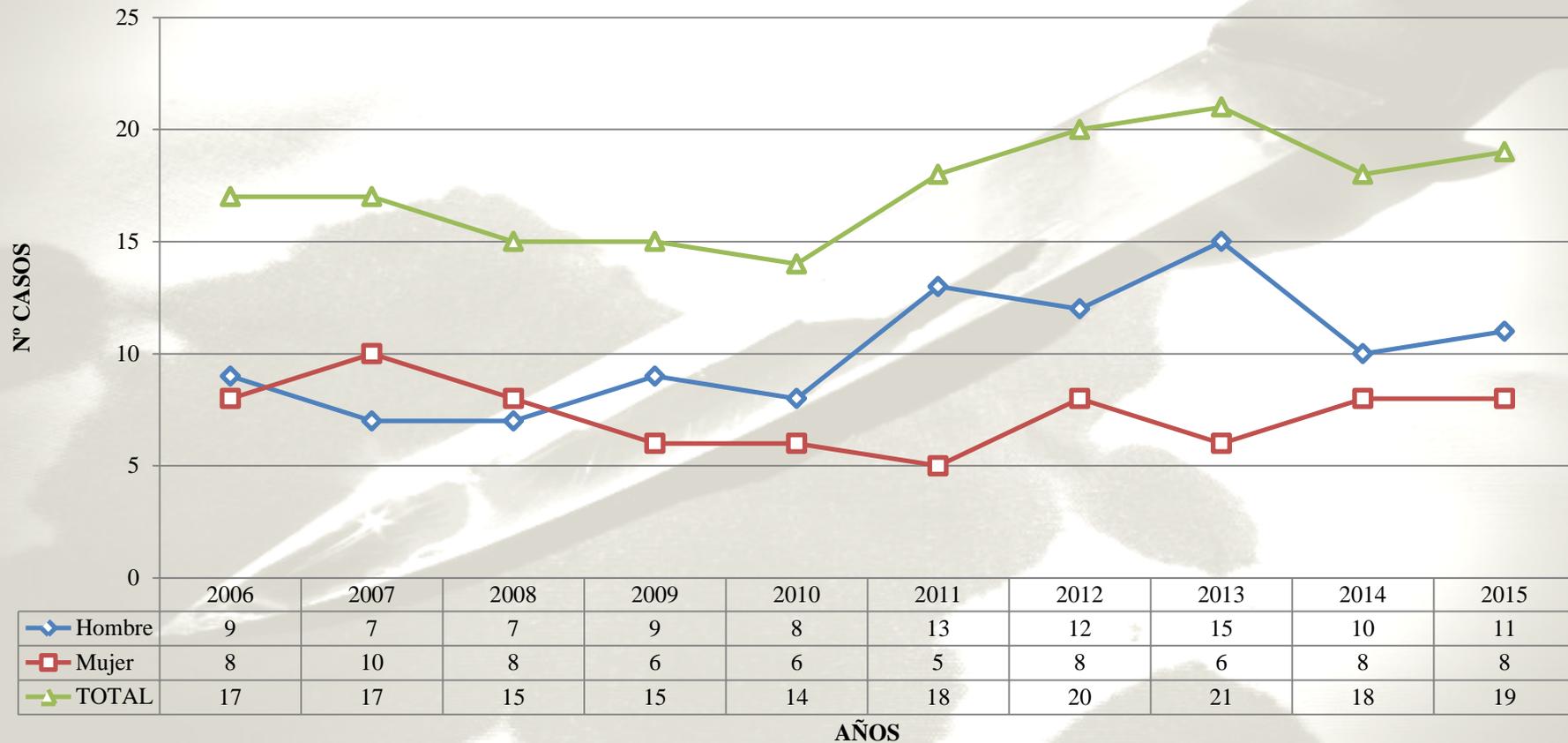
Nº de intentos de suicidio por AHORCAMIENTO en CLM por sexo y años durante periodo 2006-2015

p<0,05



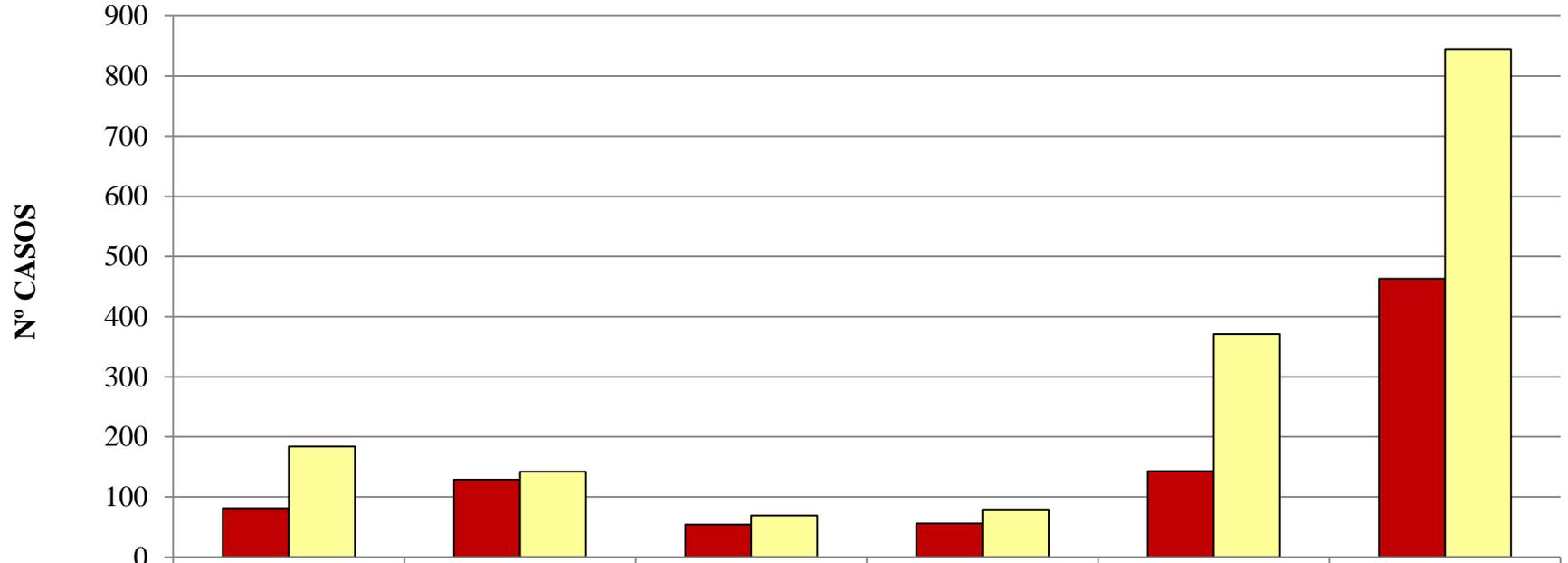
Intentos de suicidio en CLM por ARMA BLANCA por sexo y años durante periodo 2006-2015

p<0,05



Intentos de suicidio en CLM por provincias y método AGRUPADO violento y no violento 2006-2015

p<0,001

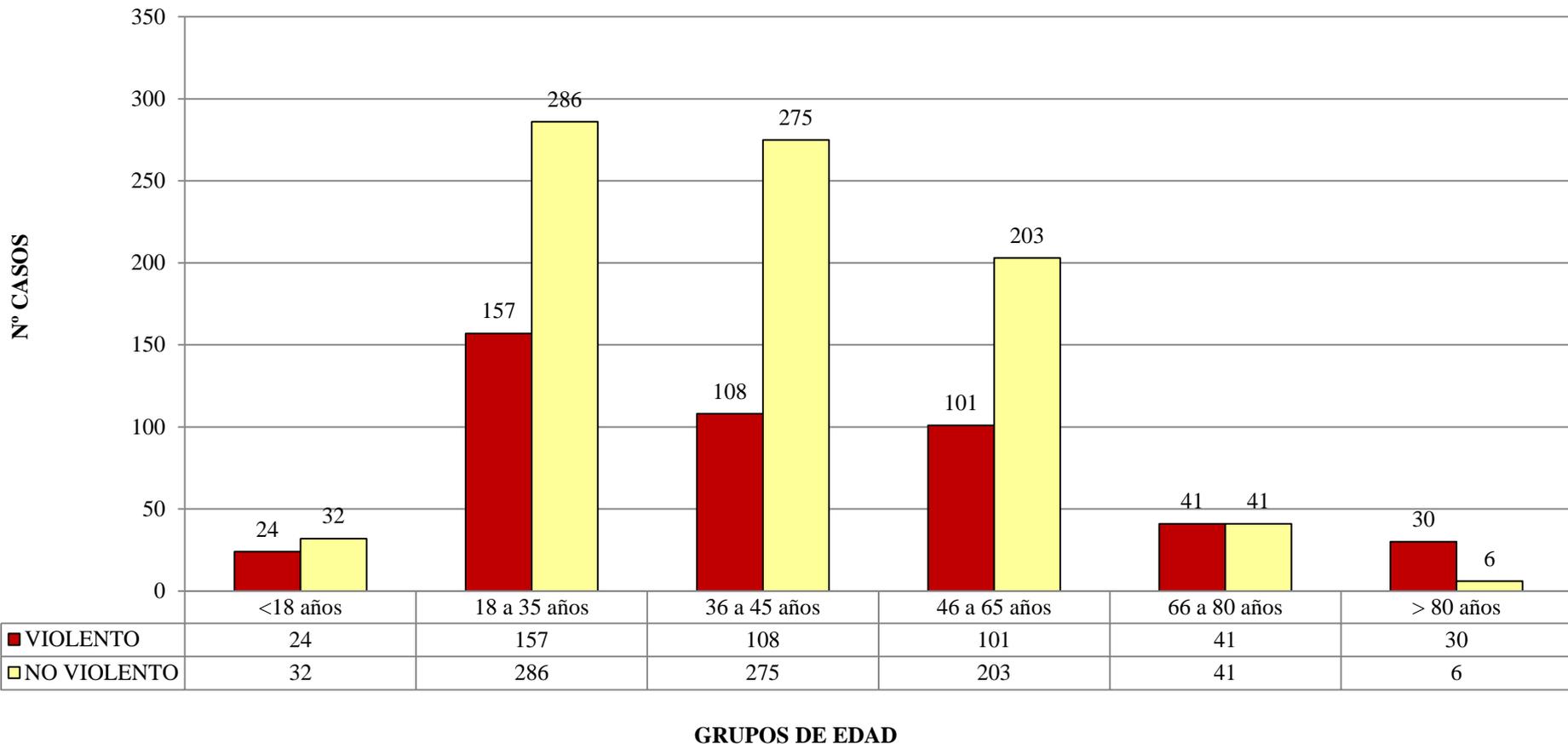


■ VIOLENTOS	81	129	54	56	143	463
■ NO VIOLENTOS	184	142	69	79	371	845

PROVINCIA Y CLM

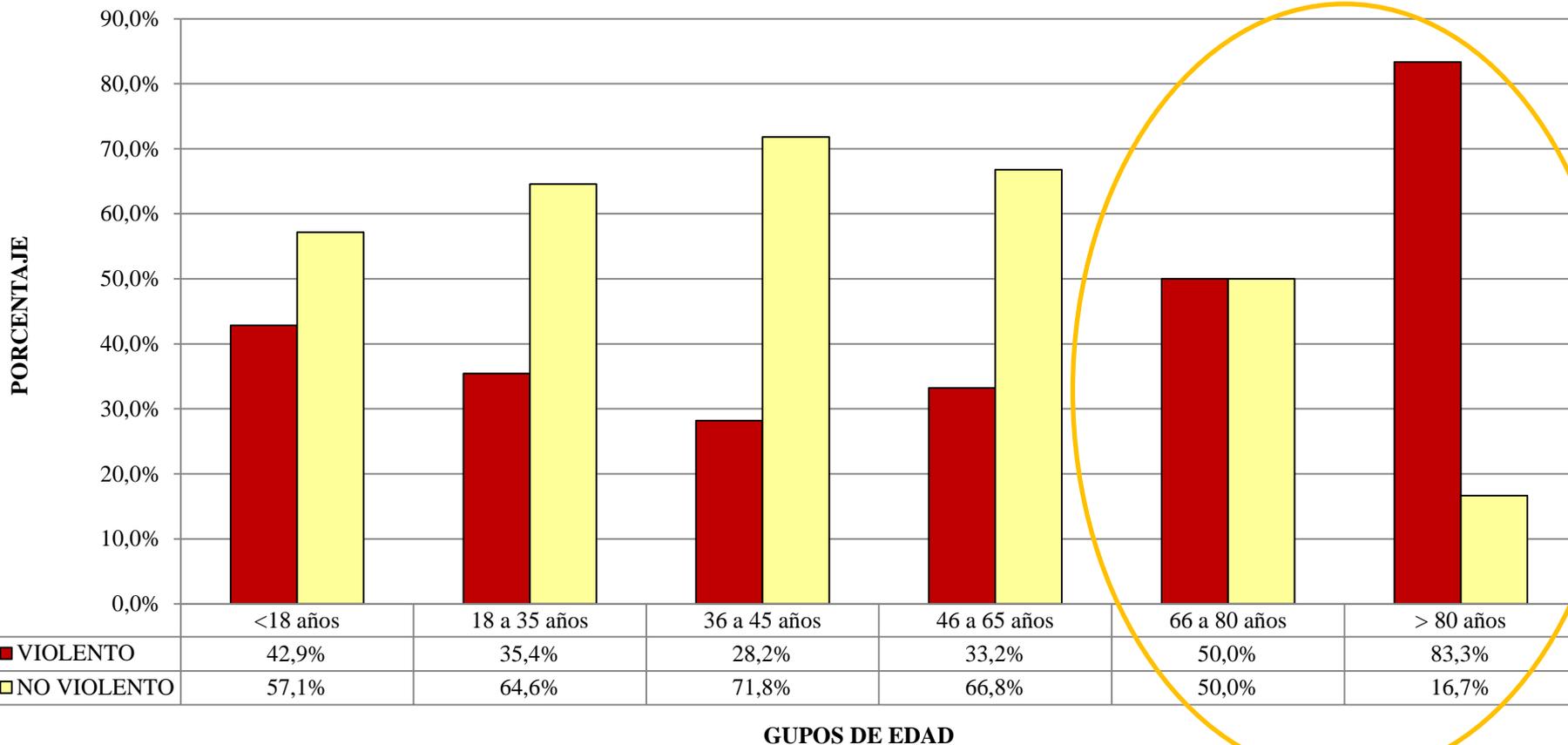
Intentos de suicidio en CLM por grupos de edad y por método violento versus no violento 2006-2015.

p<0,001



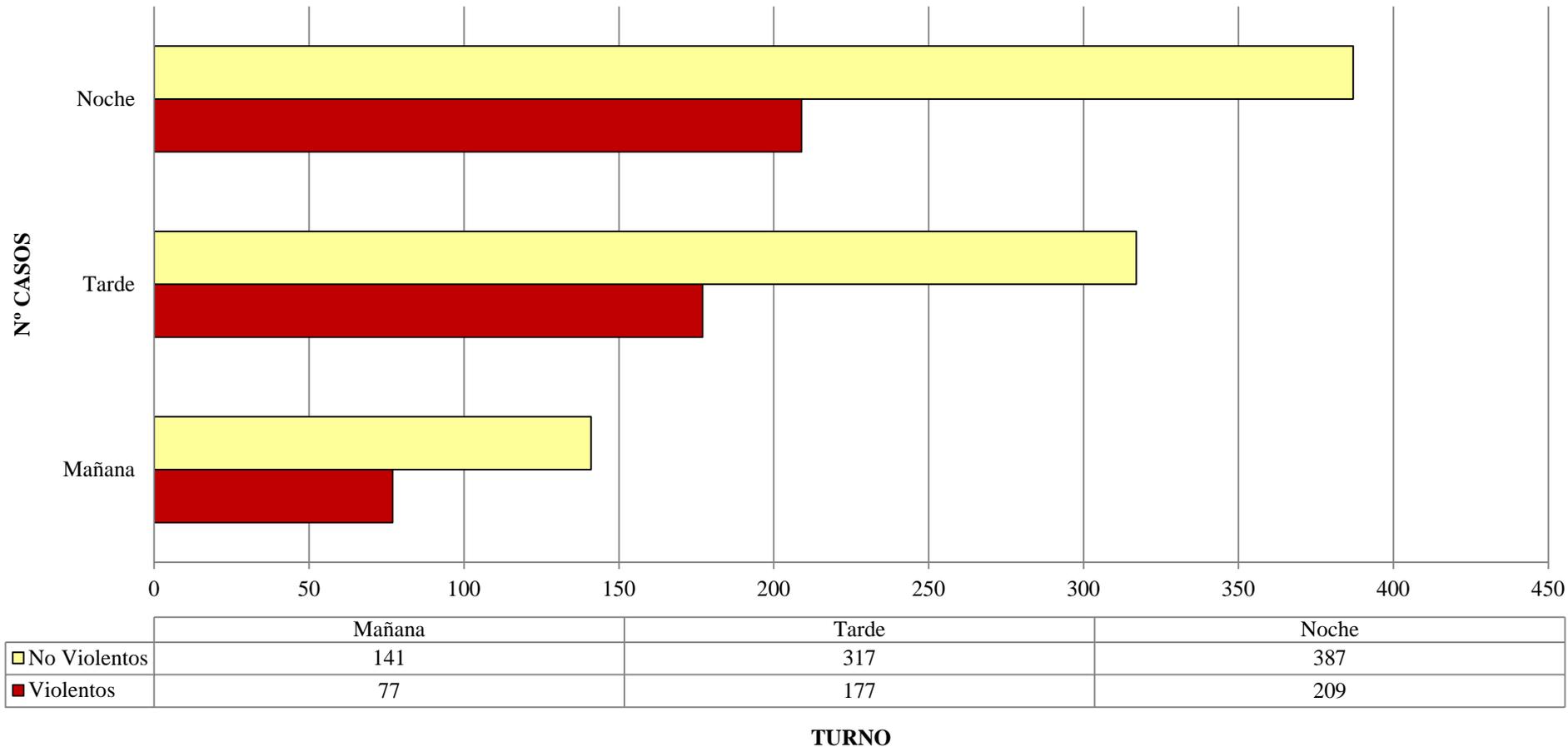
Intentos de suicidio en CLM en porcentaje por grupos de edad y por método violento versus no violento 2006-2015

p<0,001



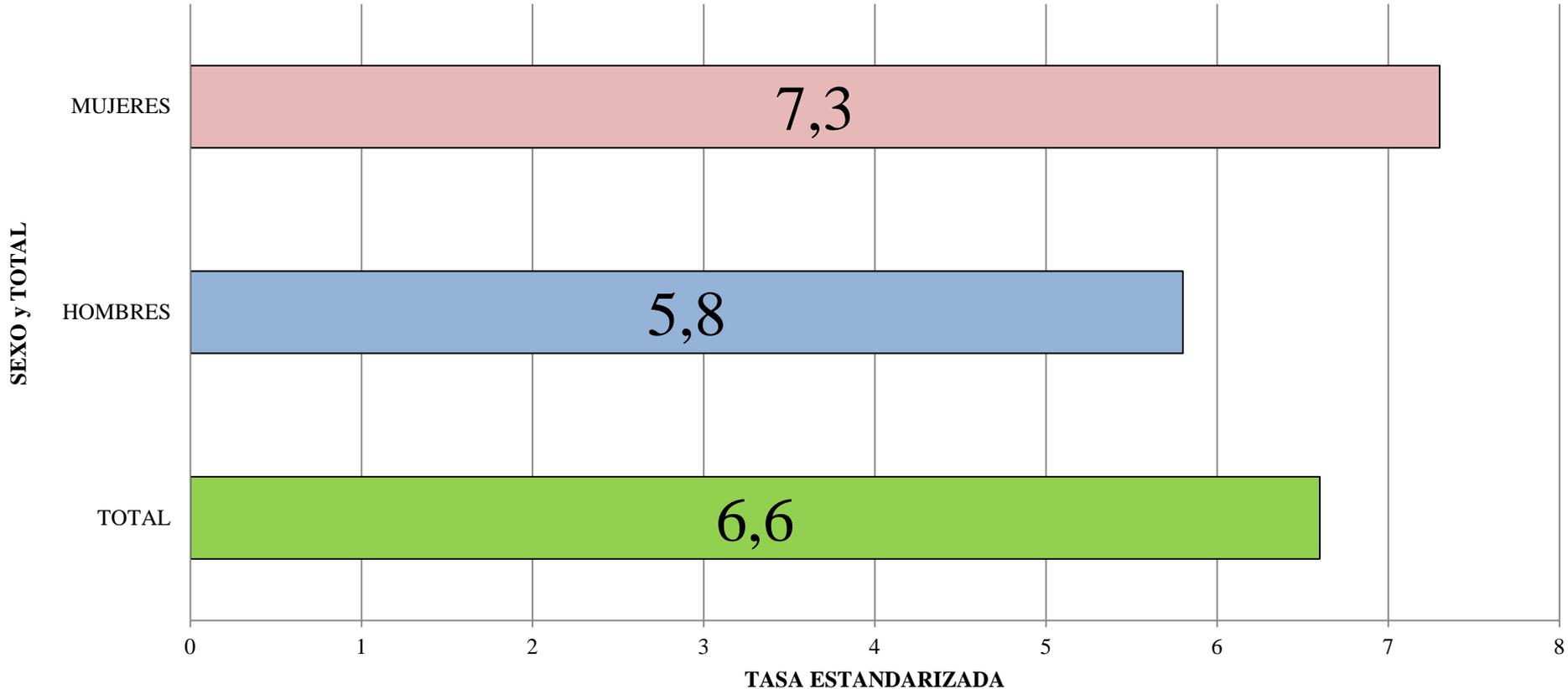
Intentos de suicidio en CLM por método AGRUPADO, violento y no violento y turnos 2006-2015

p<0,966



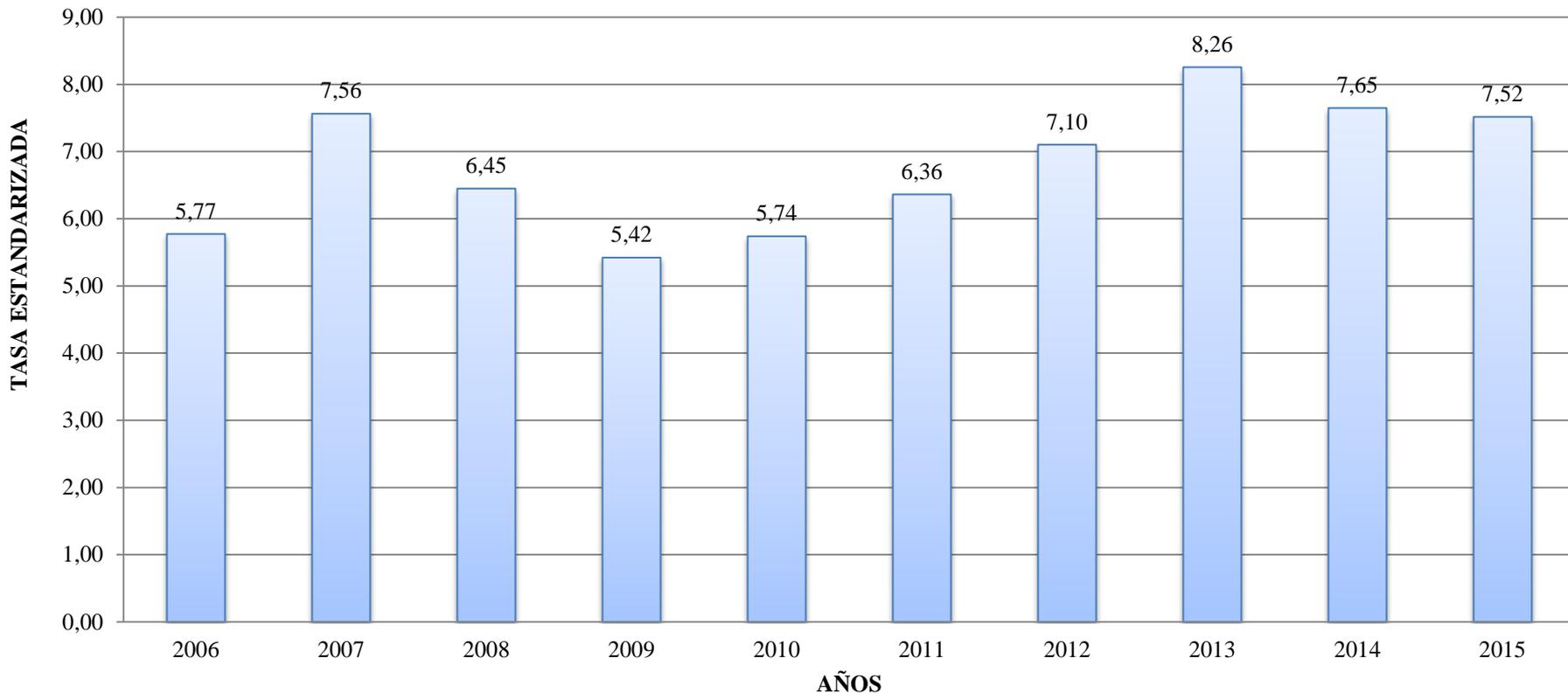
TASAS ESTANDARIZADAS

Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM 2006-2015



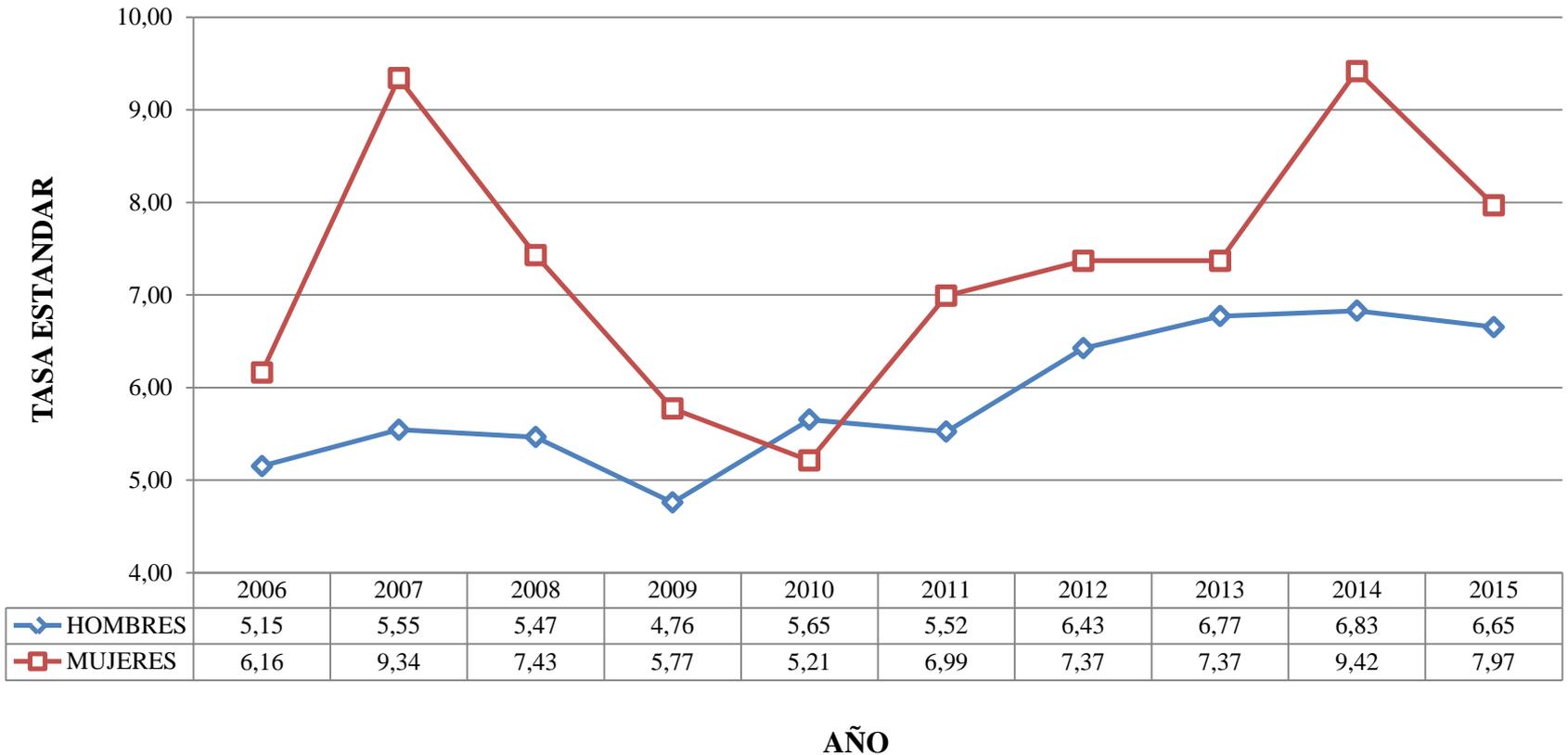
Tasa Estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidios en Castilla-La Mancha por años, periodo 2006-2015

p<0,001



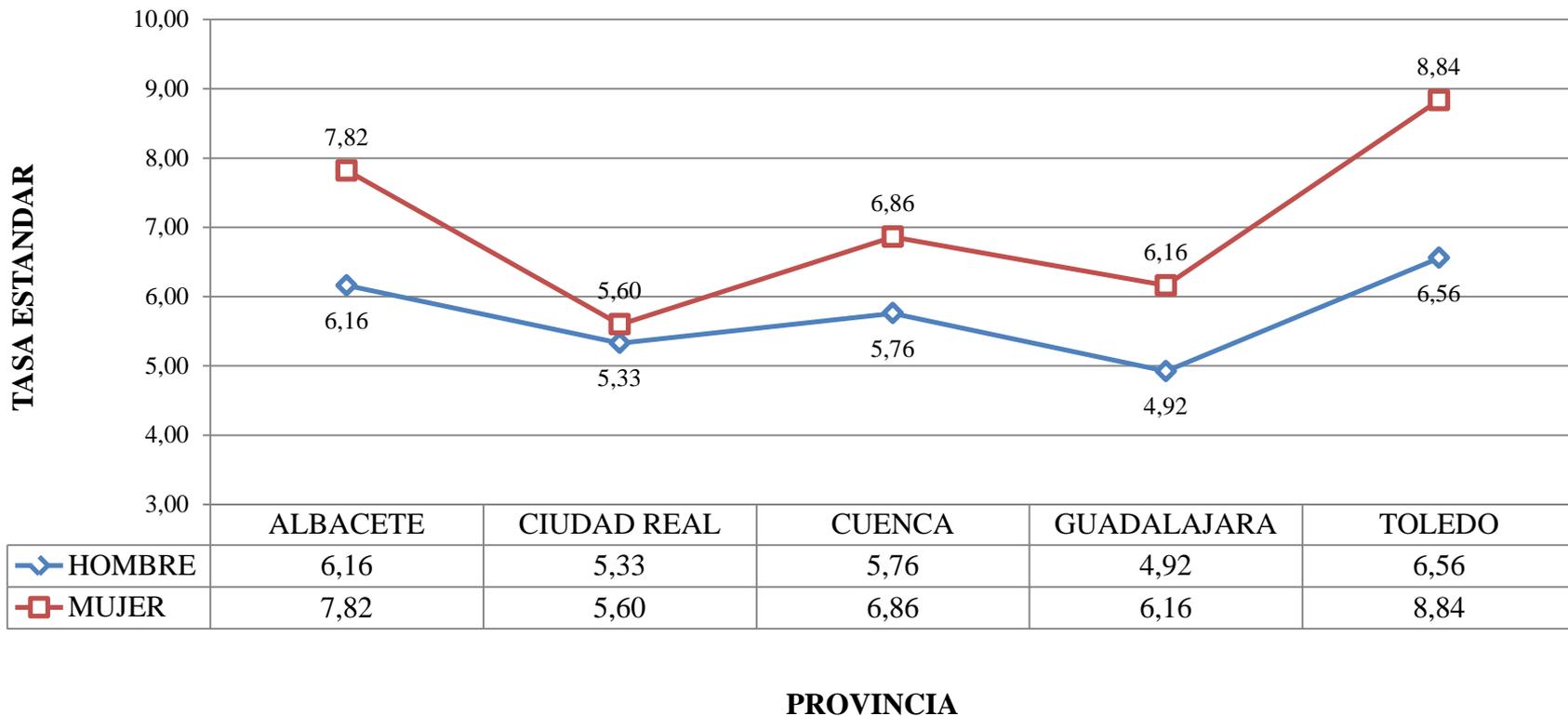
Tasa Estandarizada por 100.000 habitantes por año y sexo de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha 2006-2015

p<0,001



p<0,001

Tasa estándar de los intentos de suicidio en CLM por sexo y provincias 2006-2015



Modelo de Poisson del efecto de la crisis en la tasa estandarizada por edad, sexo y provincias de los intentos de suicidio atendidos por la GUETS en CLM.

Se dan un 23% más de intentos de suicidio en las mujeres que en los hombres.

Se observa un incremento lineal anual de un 4% en los intentos de suicidio (IRR 1,04 IC95% 1,02-1,05; $p < 0,001$) en el periodo estudiado, sin embargo se produce una reducción no significativa en los años 2009-2010 que se eleva a partir de 2012 de forma significativa hasta el 2015.

Toledo con una razón de tasas estandarizadas de 1,10, tuvo un 10% más de intentos de suicidios que la provincia de Albacete.

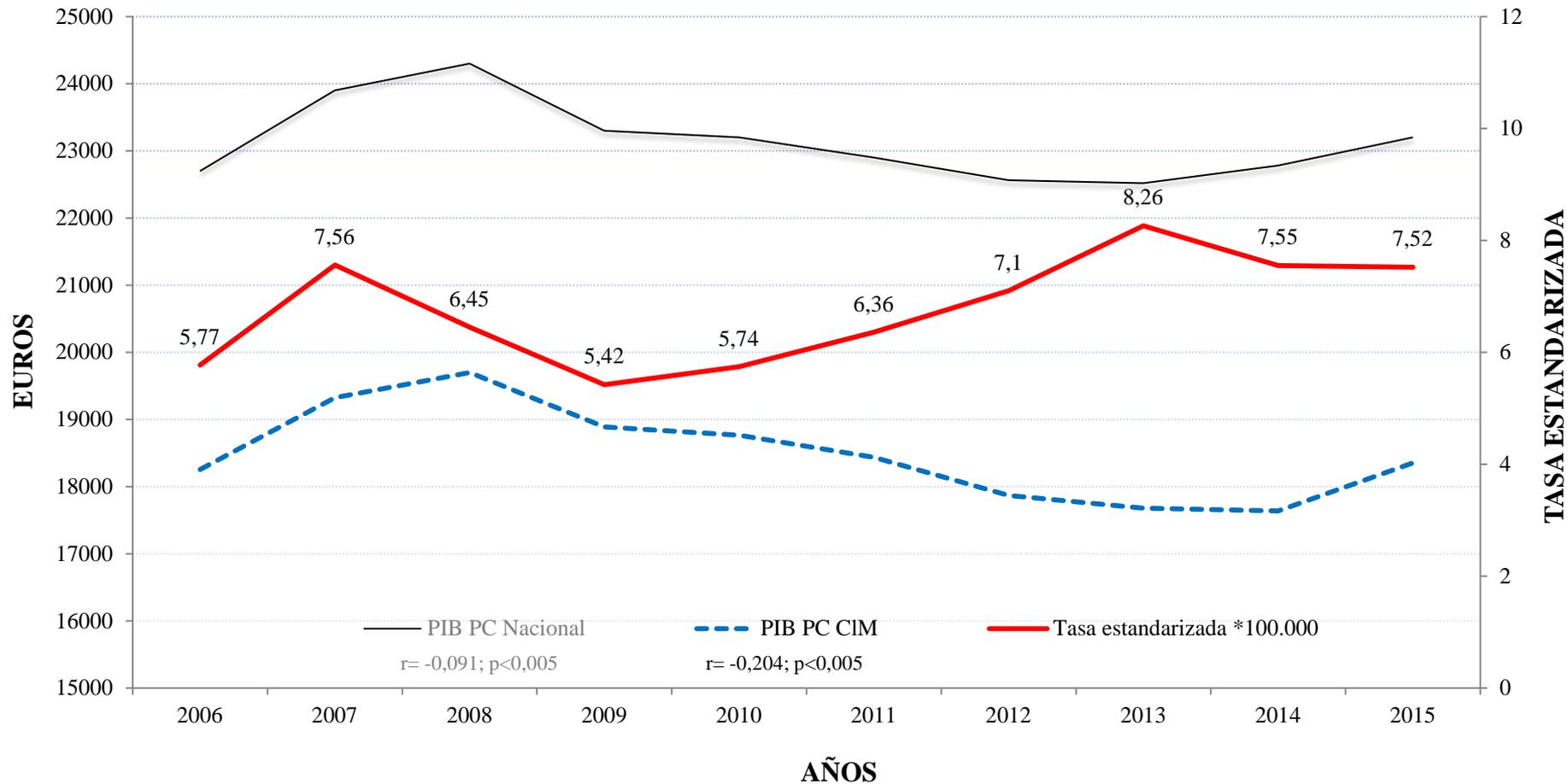
	Razón de tasas estandarizadas	EE	p - valor	IC95%	
Sexo (Mujer/Hombre)	1,23	0,04	0,000	1,15	1,31
Año (incremento de un año)	1,04	0,01	0,000	1,02	1,05

Sexo	1,23	0,04	0,00	1,16	1,30
Año					
2006	Referencia = 1				
2007	1,22	0,11	0,030	1,02	1,46
2008	1,21	0,09	0,013	1,04	1,41
2009	0,89	0,07	0,164	0,76	1,05
2010	0,90	0,08	0,239	0,76	1,07
2011	1,04	0,09	0,676	0,88	1,22
2012	1,30	0,09	0,000	1,14	1,48
2013	1,49	0,09	0,000	1,32	1,69
2014	1,40	0,10	0,000	1,22	1,60
2015	1,34	0,10	0,000	1,16	1,55
Provincia					
Albacete	Referencia = 1				
Ciudad Real	0,78	0,03	0,000	0,72	0,85
Cuenca	0,90	0,05	0,045	0,82	1,00
Guadalajara	0,79	0,05	0,000	0,71	0,89

Cuadro resumen de la Correlación de Pearson entre diversos indicadores económicos y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM 2006-2015, $p < 0,05$.

INDICADOR ECONOMICO	CORRELACION de PEARSON
1. Gini Nacional	0,189
2. PIB CLM	-0,156
3. PIB per cápita NACIONAL	-0,091
4. PIB per cápita CLM	-0,204
5. Tasa Paro CLM	0,265
6. Tasa Paro Nacional	0,220
7. CLM Gasto medio por hogar	-0,235
8. CLM Gasto medio por persona	-0,145
9. CLM Gasto medio por unidad de consumo	-0,184
10. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) NACIONAL	0,230
11. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE)CLM	0,285
12. Hogares con MUCHA dificultad para llegar a fin de mes NACIONAL	0,187
13. Hogares con DIFICULTAD para llegar a fin de mes NACIONAL	0,290
14. Hogares con CIERTA dificultad para llegar a fin de mes NACIONAL	0,006
15. Hogares con MUCHA dificultad para llegar a fin de mes CLM	0,161
16. Hogares con DIFICULTAD para llegar a fin de mes CLM	-0,048
17. Hogares con CIERTA dificultad para llegar a fin de mes CLM	0,157
18. Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista) NACIONAL	0,009
19. Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista) CLM	0,200

Tasa estandarizada por 100.000 hab. de los intentos de suicidio en CLM 2006-2015 versus PIB *per Cápita* en España y en CLM



La primera es que fue un **estudio de bajo coste** monetario ya que los datos se pueden explotar públicamente solicitándolos con el correspondiente permiso de utilización para investigación a la GUETS del SESCAM, una buena opción para futuras preguntas de investigación sobre la realidad de la conducta suicida en CLM.

La segunda es que se obtuvo un **gran nicho de datos de la base de incidentes de emergencias SITREM de la GUETS**, que son **novedosos y diferentes** de los que normalmente se explotan y estudian (INE e Instituto de Medicina Legal-IML).

SITREM haría posible la actualización y expansión de estudios con **datos renovados** (por ejemplo; cada tres años o cinco años) sobre la conducta suicida e intentos autolíticos en CLM.

Además se podría **comparar con cierta asiduidad lo sucedido en CLM** con otras comunidades autónomas, países del entorno europeo y de otras latitudes más lejanas (América, Asia, Oceanía).



CONCLUSIONES

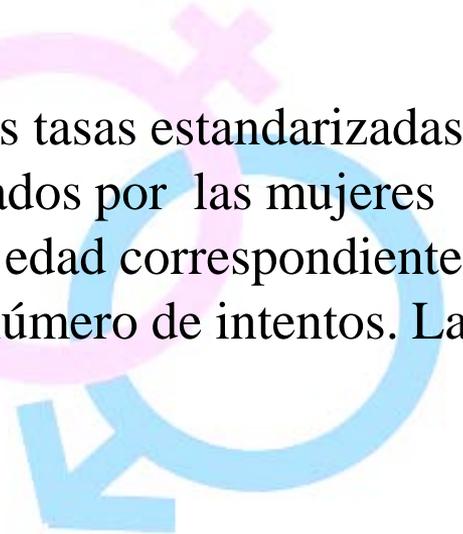
CONCLU-
SIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA. Desde el año 2006 la tendencia de los intentos de suicidio ha ido aumentando con un primer pico en el año 2007 seguido de un descenso en los años 2008-2009, después se acrecenta significativamente hasta su máximo durante los años 2013-2014, estabilizándose en el año 2015.



SEGUNDA. La distribución por sexo y edad en CLM de las tasas estandarizadas durante 2006-2015 señala que los intentos de suicidio realizados por las mujeres superan al de los hombres, excepto en el 2010. El grupo de edad correspondiente a los sujetos entre 18-35 años son los que muestran mayor número de intentos. La provincia con mayor número de casos indica que es Toledo.



CONCLUSIONES

TERCERA. Los días de la semana con mayor índice de casos de intento de suicidio son los domingos y los martes, la mayor parte de los incidentes ocurren por la tarde y al principio de la noche. Los meses de agosto y septiembre tienen más frecuencia de casos y la estación predominante es el verano seguida de la primavera.



CUARTA. El método más utilizado para la realización de los intentos autolíticos es la sobredosis de fármacos, principalmente mediante la ingesta de tranquilizantes, psicotropos, otros sedantes e hipnóticos.



CONCLUSIONES

QUINTA. Se puede decir que el perfil de la persona que realiza un intento suicida en Castilla-La Mancha en el periodo de estudio 2006-2015 sería el de una mujer con una edad comprendida entre los 18 y los 45 años, que consuma el intento autolítico con un método suave o no violento, en un escenario urbano preferentemente en las provincias de Toledo o Albacete.

SEXTA. No se han encontrado relaciones claras entre el tipo de método violento y no violento y los turnos horarios, aunque se puede confirmar que se contabilizan más casos por las noches en los métodos agresivos y por la tarde y noche en los suaves.



CONCLUSIONES

SEPTIMA. El perfil específico del hombre que realiza un intento de suicidio utilizando un método violento en CLM, sería el de un varón joven entre los 18 y los 35 años de edad que utiliza como procedimiento agresivo de autolesión un arma blanca, el ahorcamiento o el salto desde una altura o precipitación, precisamente en ese orden.



OCTAVA. Desde el comienzo de la crisis a finales del año 2008 el número de intentos de suicidio en CLM se ha incrementado durante el periodo de contracción económica.





✓ **Establecer un nuevo y mejor método de vigilancia sobre la conducta suicida e intentos autolíticos** para una continua recopilación de datos suplementarios a los ya existentes tanto a nivel hospitalario, de atención primaria como de los servicios de emergencias extrahospitalaria.



✓ **La inversión de recursos en la prevención del suicidio tanto desde el ámbito público como privado se impone como una prioridad política.**

RECOMENDACIONES



✓ Si se **destinaran 1 de cada 10.000€** de los **Presupuestos Generales de España y de CLM** para un **Plan de Prevención del Suicidio**, se podría contar con un montante aproximado de unos 43 millones € para trabajar en la prevención de la conducta suicida en España y cerca de 1 millón € para desarrollar un plan de prevención del suicidio en CLM.

RECOMENDACIONES



✓ **Crear en la Atención Primaria (AP) de Salud a nivel Nacional y en CLM Unidades de Cuidados e Intervención Psicosocial (UCEIP)** para el cuidado e intervención en materia de salud mental formadas por dos tipos de profesiones, enfermería especialista en salud mental y psicología clínica, con el apoyo de la medicina de familia y del psiquiatra como especialista externo.

Estas unidades estarían específicamente encargadas de la prevención, cribaje, detección, cuidado e intervención en todos los pacientes de su zona de salud con riesgo o con una conducta suicida ya manifestada con anterioridad.

RECOMENDACIONES



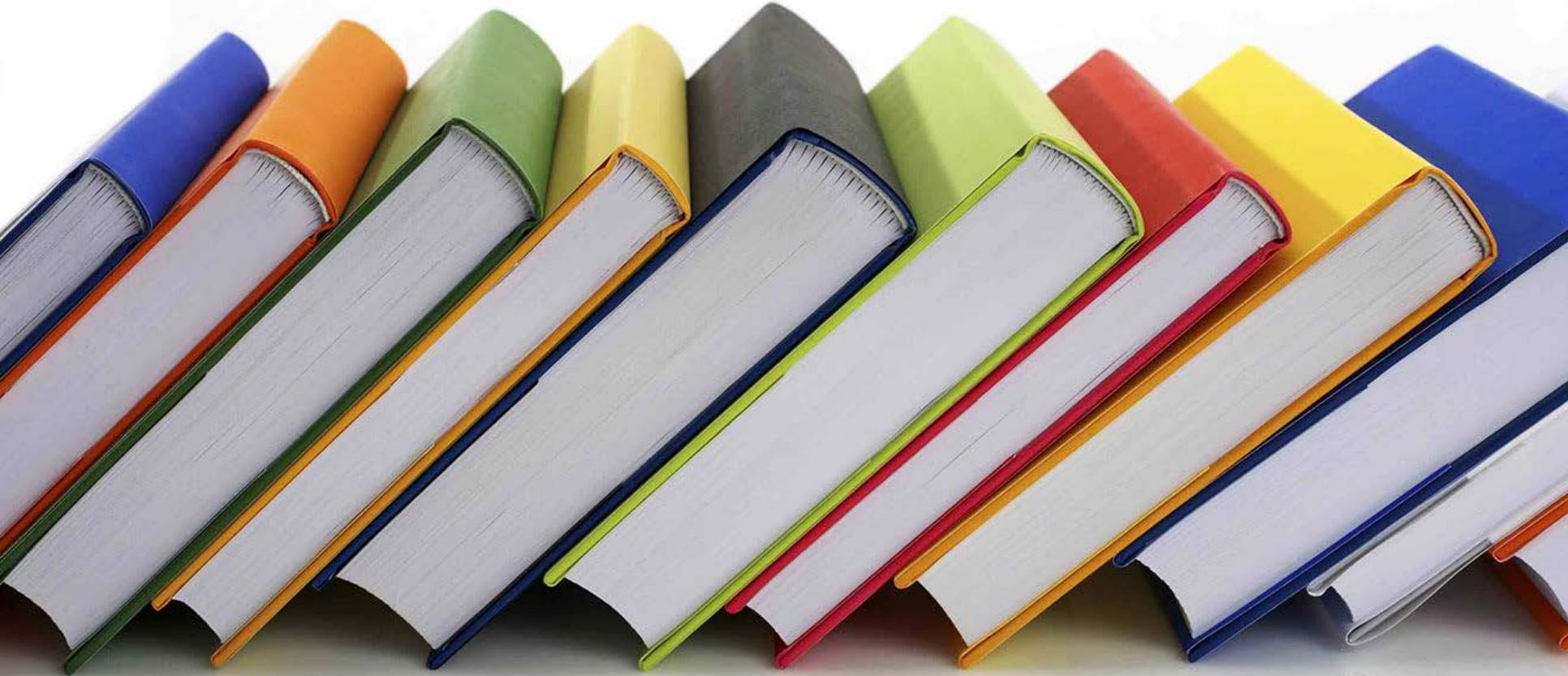
✓ **Formar y actualizar conocimientos** en los profesionales sanitarios de; los Servicios de Psiquiatría, de Atención Especializada, de Emergencias, de Atención Primaria de Salud, de las Residencias de Ancianos, de los Centros de Discapacitados y de los Centros Educativos en todos sus niveles.

RECOMENDACIONES

- **Diseñar y difundir campañas** sobre la conducta suicida **en todo tipo de medios audiovisuales.**
- **Concienciar, potenciar la ayuda social** además de **disminuir el tabú y silencio.**
- **Directrices sobre las noticias de la conducta suicida:**
 - a) No tratar de forma sensacionalista.
 - b) No describir los detalles.
 - c) Información concreta, comprometida y ética.
 - d) Educar sobre los recursos de ayuda existentes.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



Lopez J, Méndez P, Pérez M, Villoria L, Zamorano MJ, Molina CA, Lorie A, Pacheco T, Casado I y Baca E. **Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. Actas Españolas de Psiquiatría. 2015; 43 (3): 142-8.**

Nordt C, Wamke I, Seifritz y Kawohl W. **Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. Lancet Psychiatry. 2015; 2: 239–45.**

Oto-Vinués M (coord.). **Protocolo de colaboración interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas. Pamplona. Gobierno de Navarra. 2014.**

Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthøj C, Madsen T and Nordentoft M. **Repeated Suicide Attempts and Suicide Among Individuals With a First Emergency Department Contact for Attempted Suicide: A Prospective, Nationwide, Danish Register-Based Study. J Clin Psychiatry 2016; 77(6):832-840.**

Tapia JA. **The economic crisis and health in Spain and Europe: Is mortality increasing? Salud Colectiva. 2014; 10 (1): 81-91.**

Muñoz S, García P, García de Fernando S, Portabales L, Moreno L, Severino A, Polo C. **Conducta suicida y crisis económica. Norte de Salud Mental. 2014; 12 (48): 36-43.**

Sáiz P y Bobes J. **Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014; 7 (1):1-4.**

Sierra E y Martinez CM. **Suicidio y autolesión en ámbito rural y urbano en emergencias 112 Castilla y León. Prehospital Emergency Care. Edición en español. 2015; 5.**

Laanani M, Ghosh W, Jouglu E y Rey G. **Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). J Epidemiol Community Health. 2015; 69: 103–109.**

Acevedo, C. (2010). **¿Influye la realidad económica en el suicidio?** El caso colombiano. *Revista de Economía del Caribe*, 5, 143-187.

Suelves, J.M., & Robert, A. (2012). **La conducta suicida una mirada desde la salud pública.** *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 137-142.

Menninger, K. A. (1952). **El hombre contra sí mismo.** Buenos Aires: Editorial Losada.

Morant, C., Criado, J. J., García, R., García, J., & Domper J. (2001). **Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998).** *Psiquiatría biológica*, 8(4), 135-140.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. **Prevención del suicidio: un imperativo global.** Washington DC, OPS; 2014.

Pastor, G.R. (2004). **Estudio de los intentos de suicidio atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalarias en la provincia de Ciudad Real 2001/2002.** (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernandez, Elche.

Rodríguez, J.E., & Montalbán, R. (1997). **Introducción histórica.** En R. Montalbán, (Ed.), *La conducta suicida.* (pp. 19-29). Madrid: Libro del año.

Kelly, G.A. (1955). **The Psychology of Personal Constructs.** New York: Norton.

Tapia, J.A., & Diez, A.V. (2009). **Life and death during the Great Depression.** *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, PNAS Early Edition, 106(41), 17290-17295.

Durkheim, E. (1897), 2008. *El suicidio.* Madrid: Ediciones Akal.

Pérez, J. C. (2011). **La mirada del suicida. El enigma y el estigma.** Madrid: Editorial Plaza y Valdés.

Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S., Selby, E.A., & Joiner, T.E. (2010). **The Interpersonal Theory of Suicide.** *Psychological Review*, 117(2), 575-600.

El “Empoderamiento Enfermero es una Acción Necesaria”
=> Demos visibilidad a la Enfermería <=



15 de septiembre 2017. Talavera de la Reina
XII Premio Nacional de Investigación en Enfermería
Raquel Recuero Díaz
Empoderamiento Enfermero una Acción Necesaria
Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina. Salón de Actos Vicente Ferrer. Av Real Fábrica de Sedas s/n

Gracias por su atención