

ARTÍCULO ORIGINAL

Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales

Suicidal behavior and its relationship to psychosocial risk factors

MsC. Zenia Sarmiento Falcón,¹ Dr. Santiago Sánchez Sánchez,² MsC. Idania Vargas Polanco³ y MsC. Mary Álvarez Rodríguez³

¹ Especialista de I Grado en medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Policlínico Docente "Carlos M. Ramírez Corría", San Luis, Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Policlínico "Eliseo Reyes", San Luis, Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Instructor. Policlínico Docente "Carlos M. Ramírez Corría", San Luis, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de casos y controles de los pacientes con conducta suicida, pertenecientes al Policlínico Docente "Carlos M. Ramírez Corría" del municipio de San Luis, durante el 2007, a fin de determinar los factores de riesgo psicosociales que influyeron, de forma determinante, en dicho comportamiento. El grupo de estudio contempló a 18 integrantes; y el tomado como control, 36. Los factores: sentimiento de desesperanza y culpa, depresión mayor, hostilidad, impulsividad, antecedentes de intento suicida, ausencia de apoyo familiar y social, así como amenaza o proyecto suicida tuvieron una acentuada relación significativa de causalidad con la conducta suicida, no así el antecedente de suicidio familiar.

Palabras clave: conducta suicida, factores de riesgo psicosociales, prevención y control del suicidio

ABSTRACT

A case-control study was carried out in patients with suicidal behavior, belonging to the "Carlos M. Ramírez Corría" Teaching Polyclinic of San Luis municipality during 2007 in order to determine psychosocial risk factors influencing significantly in this behavior. The study group was formed by 18 patients, and the control group by 36 patients. Factors such as feeling of hopelessness and guilt, major depression, hostility, and impulsiveness, history of suicidal attempt, lack of family and social support, as well as suicidal threat or project had a significant casual relationship to suicidal behavior, but not family suicidal history.

Key words: suicidal behavior, psychosocial risk factors, suicide prevention and control

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es definida como todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta, con diverso grado de intento letal, e incluye el intento suicida y el suicidio consumado.¹

El intento suicida es concebido de 2 maneras: cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida, y cuando fracasa en su intento de darse muerte una vez realizado el acto.¹

Al respecto, el suicidio se remonta a la existencia misma del hombre y varía sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente. Sus factores de riesgo cambian de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias socioculturales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo; estos, por lo general, se presentan combinados.²

Los factores psicosociales de riesgo, individuales y esenciales en la ocurrencia de un intento suicida, son: presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, existencia de depresión mayor, sobrevivencia al intento suicida, presagio o amenaza con el suicidio (proyecto suicida), antecedentes familiares de suicidio o de intento, ausencia de apoyo social y familiar, así como la manifestación de impulsividad o ansiedad y hostilidad.²

En el 2000, la Organización Mundial de la Salud hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100 000 habitantes. En el continente americano el suicidio ha alcanzado grandes proporciones durante los últimos decenios, por lo que se ha convertido en una importante preocupación de salud.³

La tasa de mortalidad por suicidio en Cuba se incrementó desde los años 80, con niveles superiores a 20 por cada 100 000 habitantes, hasta los primeros años de la década de los 90. A partir de 1996 se produjo una reducción de la tasa de mortalidad; a pesar de ello, el suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15-49 años, con una tasa de 17,6 por 100 000 habitantes. En el 2000 la tasa de suicidio en este país bajó a 13,6 por 100 000 habitantes.³

En el municipio de San Luis, al igual que en el resto del país y el mundo, se observa que el suicidio se mantiene entre las primeras causas de mortalidad. En el área de salud donde se realizó la investigación, la tasa de mortalidad por esta causa, en el año que concluyó, fue de 2,01 por 10 000 habitantes, para constituir la cuarta causa de muerte. El intento suicida se manifestó con una tasa de 19 por 10 000 habitantes y el riesgo de conducta suicida, en dicha área, está identificado entre los 5 primeros factores de riesgo.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores, y con el propósito de aumentar los conocimientos sobre los factores de riesgo psicosociales y su relación con la conducta suicida, que aporten elementos en el diseño de estrategias de intervención a escala individual, familiar y comunitaria en la población del área y de todo el municipio de San Luis, se decidió realizar esta investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles de los pacientes con conducta suicida, pertenecientes al Policlínico Docente "Carlos M. Ramírez Corría" del municipio de San Luis, durante el 2007, a fin de determinar los factores de riesgo psicosociales que influyeron, de forma determinante, en dicho comportamiento. El grupo de estudio contempló a 18 integrantes; y el tomado como control tuvo 36, quienes fueron escogidos al azar, mediante el muestreo estratificado por edad y sexo, y se les aplicó los instrumentos:

cuestionario de indicadores de riesgo (CIR), escala de riesgo suicida (elaborada por R. Plutchik y HM Van, Praga, 1994).

Para determinar la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y la discapacidad física, se calculó la razón de productos cruzados (RPC). Se estableció el riesgo atribuible en expuestos porcentual (RAe %), y los resultados fueron validados mediante la prueba de Ji cuadrado X^2 ó la probabilidad exacta de Fisher, con el correspondiente intervalo de confianza de 95 %.

RESULTADOS

En relación con la edad y el sexo de los que presentaban conducta suicida, se observó una prevalencia de las féminas, con 77,8 % del total, mientras que el sexo masculino solo estuvo representado por 22,2 %; el grupo etario más afectado correspondió al de 12-19 años, que representó 50 %, le siguió el grupo de 20-29 años. Estos 2 grupos representaron 72,2 % del total.

Según el estado conyugal, 77,2 % de los afectados eran solteros o divorciados. En cuanto a la ocupación, 50 % eran estudiantes y 27,8 %, amas de casa, con un nivel de escolaridad predominantemente preuniversitario (50,0 %).

Analizando las manifestaciones de los principales factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida (**tabla 1**), la desesperanza y culpa, como factor, estaba presente en 17 pacientes del grupo casos, para 31,5 %, mientras que en los controles solo 7 la presentaban, para 13,0 %, con una asociación significativa de tipo causal con la conducta suicida $OR=70,43$, lo que hizo 70,43 veces más probable la aparición de un intento suicida en la persona que la posee. Se obtuvo, además, un riesgo atribuible en expuesto porcentual (RAe %) de 98,5 %, lo cual es el porcentaje de casos que se le atribuyó a la exposición de este factor de riesgo.

Tabla 1. Casos y controles según el factor de riesgo desesperanza y culpa

Presencia del factor de riesgo	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	17	31,5	7	13,0	24	44,5
No	1	1,8	29	53,7	30	55,5
Total	18	33,3	36	66,7	54	100,0
p< 0,05		OR=70,43	7,34<OR>1682,30		p= 0,000002	
RAe %=98,5 %				$X^2 = 26,83$		

La depresión tuvo una relación significativa de causalidad con el intento suicida, al hacerlo 14,15 veces más probable (tabla 2). Se observó que 29,6 % de los casos presentaban este síntoma. Al aplicar el Ji cuadrado se obtuvieron diferencias estadísticas significativas: $p=0,0002807$ y un RAe de 92,9 %.

Tabla 2. Casos y controles según el factor de riesgo depresión mayor

Presencia del factor de riesgo	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	16	29,6	13	24,1	29	53,7
No	2	3,7	23	42,6	25	46,3
Total	18	33,3	36	66,7	54	100,0
p<0,05		RAe%=92,9 %	OR=14,15		7,34<OR>1682,30	
$X^2 = 13,20$				p= 0,0002807		

Todos los integrantes del grupo casos manifestaban impulsos emocionales en algún momento en respuesta a las agresiones psicológicas o ambientales, o ambas, que sufrieran, por lo que se obtuvo un OR indefinido (**tabla 3**).

Tabla 3. Casos y controles según el factor de riesgo impulsividad

Presencia del factor de riesgo	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	18	33,3	13	24,1	31	57,4
No	0	0,0	23	42,6	23	42,6
Total	18	33,3	36	66,7	54	100,0

$$p < 0,05 \quad \text{OR} = \text{Indefinido} \quad X^2 = 19,66 \quad p = 0,0000092$$

En cuanto a la falta de apoyo familiar (**tabla 4**), 24,1 % de los casos presentaban el factor de riesgo, y solo 16,7 % de los controles tuvo una asociación estadística de tipo causal con la conducta suicida, OR=7,80.

Tabla 4. Casos y controles según el factor de riesgo falta de apoyo familiar

Presencia del factor de riesgo	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	13	24,1	9	16,7	22	40,8
No	5	9,2	27	50,0	32	59,2
Total	18	33,3	36	66,7	54	100,0

$$p < 0,05 \quad \text{RAe}\% = 87,2\% \quad \text{OR} = 7,80 \quad 1,87 < \text{OR} > 34,9 \\ X^2 = 10,88 \quad p = 0,0009728$$

Al evaluar la relación con el antecedente de intento suicida previo (**tabla 5**), se pudo observar que 18,5 % de los casos manifestaban este factor, ante solo 1,8 % de los controles, lo cual mostró asociación causal, pues los pacientes que poseen el factor de riesgo tienen 43,75 veces más probabilidad de presentar la conducta que los que no lo tienen. Al aplicar Ji cuadrado se obtuvo significación estadística. El riesgo atribuible en expuestos porcentual (RAe %) fue 97,7 %, siendo el porcentaje de casos que se le puede atribuir a la exposición a este factor de riesgo.

Tabla 5. Casos y controles según antecedentes patológicos personales del factor de riesgo intento suicida previo

Presencia del factor de riesgo	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	10	18,5	1	1,8	11	20,3
No	8	14,8	35	64,9	43	79,7
Total	18	33,3	36	66,7	54	100,0

$$p < 0,05 \quad \text{RAe}\% = 97,7\% \quad \text{OR} = 43,75 \quad 4,46 < \text{OR} > 1056,790 \\ X^2 = 20,23 \quad p = 0,0000069$$

Un sujeto con hostilidad tiene, según mostró la serie, 10,77 veces más probabilidad de realizar un intento suicida (**tabla 6**), por lo que se infiere que existe relación causal. Al aplicar el Ji cuadrado se obtuvo diferencia significativa estadística. El riesgo atribuible en expuestos porcentual (RAe %) fue de 90,7 %, para representar la reducción de la conducta suicida si se eliminara este factor de riesgo.

Tabla 6. Casos y controles según el factor de riesgo hostilidad

Presencia del factor de riesgo	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	13	24,1	7	13,0	20	37,1
No	5	9,2	29	53,7	34	62,9
Total	18	33,3	36	66,7	54	100,0
p<0,05		RAe%=90,7 %	OR=10,77	2,45<OR>51,59		
X ² =14,07				p= 0,0001763		

DISCUSIÓN

La desesperanza, comprendida como la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de que ocurra algo que pueda cambiar la realidad existente, va generando impotencia y culpa que conduce al abandono de la lucha por la vida. La sabiduría popular dice que un individuo sin esperanza ya está vencido por la muerte. Muchos pacientes son capaces de soportar elevados niveles de dolor psicológicos, si esperan algo importante en el futuro, pero los suicidas potenciales más graves son los que abrigan sentimientos de impotencia y desesperanza, agotamiento, culpa y fracaso, y la sensación de "ya no puedo más", lo cual resulta una combinación, en el sujeto, de agitación y confusión facilitadora del acto de autodestrucción.⁴

Los individuos con depresión generalmente tienen una baja autoestima y son atormentados por ideas de muerte recurrente que, en muchos casos, llegan al suicidio cuando aparece la desesperanza.

Beck⁴ ha relacionado la "triada negativa" de la depresión con el suicidio, basado en que el pensamiento del individuo se deforma cuando se encuentra dentro del proceso suicida y este adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo.

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida, sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, estudios de conducta suicida adultos jóvenes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol o drogas, o de ambos. Es importante saber cuánto del riesgo de la conducta suicida asociada con depresión es función de otros factores, que frecuentemente se asocian con depresión en gente joven.^{5,6}

El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, puesto que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción.⁷

Clásicamente, por los trabajos de Goodwin y Jamison,⁸ se consideraba que 15 % de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban. Posteriormente, se han cuestionado estas proporciones, considerándose excesivas.⁹

Cuando una persona ha perdido el control de sus impulsos emocionales, su vulnerabilidad para realizar un intento suicida aumenta significativamente sobre todo en un ambiente de hostilidad. Son síntomas emocionales (ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente importantes que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad, problemas laborales, de pareja o de salud, y enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia.^{2,9}

En el estudio de Harris y Barraclough,¹⁰ refieren un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general. Se piensa que la gravedad del factor no siempre predice la entidad. Se trata de una variable compleja en la que se combinan intensidad, cantidad, duración o contexto personal en la que se presenta el factor.

El factor de riesgo ausencia de apoyo social y familiar es más probable en la conducta suicida. Esto puede estar dado por 2 mecanismos: en primer lugar, puede reflejar la sensación del sujeto de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo social en que se desenvuelve; y en segundo lugar, con su aislamiento reduce las posibilidades de recibir apoyo y evitar la conducta suicida como solución. Debe tenerse en cuenta que el suicida necesita apoyo social de tipo emocional valorativo. El contacto humano posibilita amortiguar la tensión y tristeza, y aumenta el sentimiento de solidaridad.⁷

La existencia de antecedentes personales de intentos suicida en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. En el meta-análisis de Harris y Barraclough,¹⁰ encuentran que las personas con intentos previos tienen 40 veces más riesgo de suicidio que la población general. Isometsä,¹¹ sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, puesto que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio, habían muerto en su primer intento, con una proporción mayor en los hombres (62 %). De aquellos que realizaron intentos previos y que finalmente consumaron el suicidio, 82 % cambió el método a otro más letal.

La hostilidad aparece como expresión de un aprendizaje incorrecto ante el manejo de la agresión recibida, y es un fallo en la adaptación del individuo que se origina cuando no se le da una respuesta satisfactoria, desde la percepción del sujeto, y este continúa lamentándose del daño percibido, y amplía su significado emocional y lo prolonga en el tiempo.²

Se puede decir que los factores de riesgo: desesperanza y culpa, depresión mayor, impulsividad, hostilidad, falta de apoyo familiar o social, o ambos, y un previo intento suicida, tuvieron asociación causal con la aparición de la conducta suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bibliomed sobre depresión e intento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23(1). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100021&lng=es&nrm=iso> [consulta: 22 diciembre 2007].
2. Artaes Nápoles L, Hernández Sori G, Alvares Concepción D, Cañizares García T. Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(2):122-6.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Situación de salud de Cuba. Indicadores básicos 2001. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2002.
4. Beck AT, Brown G, Steer R. Prediction of eventual suicide in psychiatric in patients by clinical ratings of hopelessness. J Consult Clin Psychol 1989; 57(2):309-10.
5. Pérez Martínez VT, Lorenzo Parra Z. Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(5-6). <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi025_604.htm> [consulta: 22 diciembre 2007].
6. Pávez Pa, Santander N, Carrazana J. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastornos depresivos. Rev Med Chil 2009; 137(2):226-33.

7. Miro E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2 ed. Barcelona: Editorial Masson, 2005:675-84.
8. Goodwin FK, Jamison KR. Manic depressive illness. New York: Oxford Press, 1999:44, 135-230.
9. Núñez Garez N, Olivera Plaza S. Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. Pensm Psicol 2008; 10(4):85-100.
10. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 2003; 170:205-28.
<http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_adol4.htm> [consulta: 15 octubre 2007].
11. Isometsä ET. Psychological autopsy studies-a review. Eur Psychiatry 2001; 16(7):379-85.

Recibido: 26 de diciembre 2009

Aprobado: 12 de febrero de 2010

Dra. Zenia Sarmiento Falcón. Policlínico Docente "Dr. Carlos Ramírez Corría", municipio de San Luis, Santiago de Cuba, Cuba.