



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad

PROGRAMA DE REGISTRO PARA MÉDICOS DE FAMILIA

RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

2020

**Evaluación del suicidio, intentos
autolíticos e ideación suicida y sus
determinantes de riesgo**

Introducción

La conducta suicida es un problema de salud pública a nivel mundial. Según los últimos datos de la OMS, cada año se suicidan en torno a 800.000 personas en el mundo, siendo la tasa de mortalidad anual estimada de 10,7 por 100.000 habitantes.

El **suicidio** es la segunda causa de muerte en los jóvenes (rango de edad de 15 a 29 años), y la tercera causa si consideramos el grupo de edad de 15 hasta los 44 años.

Las tendencias globales de tasas de mortalidad por suicidio han disminuido desde el año 1990 (16,6 x100.000 hab) hasta el año 2016 (11,2 x100.000 hab) en un 32,7%. Existen tasas más altas de suicidio en hombres que en mujeres salvo en el grupo de edad de 15 a 19 años, aunque debido al descenso de las tasas desde el año 1990, en el año 2016 prácticamente no había diferencias entre sexos en este grupo de edad. A pesar de estos datos optimistas de descenso progresivo, las predicciones realizadas hasta el año 2030 apuntan a que estos valores se van a mantener en el tiempo sin reducciones significativas.

Es importante tener en cuenta que estas tasas son globales y que, tal como indicamos, existen diferencias según el país de residencia (las tasas de suicidio son mayores en países con ingresos medios-bajos, donde se producen el 78% de los suicidios), el sexo (los hombres se suicidan más que las mujeres en una relación 3:1, llegando esta relación a 4-5:1 en Europa), o el status económico social, entre otras muchas variables. Estas variables son los denominados **determinantes de riesgo**, que deben de incluirse en todos los estudio de conducta suicida para evitar interpretaciones erróneas de los resultados obtenidos.

En **España**, en el año 2017, se registraron un total de 3.679 suicidios (74% de ellos en hombres) siendo la primera causa de muerte externa con una tasa de 7,9 por 100.000 habitantes). El suicidio es la primera causa de fallecimiento no natural en España desde hace 12 años, y el número de víctimas duplica en 2017 al de accidentes de tráfico. En el mismo año (2017) en **Castilla y León** hubo un total de 218 suicidios (155 de ellos en hombres), siendo la tasa en la Comunidad de 9 por 100.000 habitantes. A pesar de la mejora de los tratamientos y de los servicios de asistencia psiquiátrica y salud mental en las últimas décadas, el suicidio continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en nuestra Comunidad.

No existen datos oficiales de **intentos de suicidio y de ideación suicida** a nivel mundial, a pesar de que ambos son **marcadores de alto riesgo de suicidio**, y eventos a estudiar de forma independiente. La OMS estima que existen 20 intentos de suicidio en el mundo por cada suicidio consumado. Al contrario que en el suicidio, las mujeres presentan más intentos de suicidio que los hombres, es la llamada Paradoja de Género que aún se mantienen en la mayoría de países (los hombres cometen más suicidios que las mujeres, pero las mujeres cometen más intentos autolíticos que los hombres).

La ideación suicida es un tema difícil de abordar, debido en gran parte a la heterogeneidad y falta de una definición específica consensuada globalmente (la idea suicida cambia y se expresa de forma distinta según educación, culturas, creencias religiosas...). Por ello apenas existen datos ni estudios científicos sobre este tema.

El estudio de las conductas suicidas en todas sus formas ha presentado dificultades debido al componente de estigmatización al que siempre se ha asociado en las diferentes culturas a nivel mundial. Por ello, es necesario comenzar a estudiar a la población buscando conocer la magnitud del problema, y cómo reconocerlo, para así poder abordarlo desde los primeros signos de alarma.

El suicidio se puede evitar (OMS), y el conjunto de factores que llevan a un individuo a realizar cualquier conducta suicida se puede y se debe reconocer mucho antes...por eso necesitamos conocer y comprender lo que está ocurriendo en nuestra población.

Objetivos

- Estimar la incidencia de los suicidios e intentos de suicidio expresando los resultados desagregados por sexo y rangos de edad.
- Describir los factores de riesgo en la población que ha cometido un suicidio, intento de suicidio o que manifiesta/refiere ideas suicidas en la consulta de atención primaria, con especial atención a las diferencias por género.

Metodología

Definición de caso (tipo de paciente):

- **Suicidio consumado:** pacientes pertenecientes al cupo médico que han sufrido lesiones o envenenamientos autoinflingidos con resultado fatal (suicidio). Se incluye en este criterio los pacientes en cuyo certificado de mortalidad (si el médico tuviera acceso a él) los siguientes códigos del CIE-10 : X-60 a X-84
- **Intento de suicidio:** pacientes pertenecientes al cupo médico que han sufrido lesiones o envenenamientos autoinflingidos con resultado no fatal. Se considera intento de suicidio el acto sin consecuencias fatales, en las que el paciente adopta o inicia intencionada y deliberadamente un comportamiento inhabitual, que conduciría, sin intervención de otras personas, a la autolesión o autodestrucción, o en la que el individuo consume una sustancia sobrepasando la dosis terapéutica prescrita o habitual, con la intención de alcanzar sus objetivos (*definición incluida en el protocolo de la Red de Médicos centinelas Belga*). Para considerarlo como caso: Es esencial informe de atención médica o expresión clara en la consulta por parte del paciente de su intención tras las lesión/es autoinflingidas.
- **Ideas autolíticas:** paciente que durante la consulta médica (consulta demandada por cualquier motivo) expresa comentarios o verbalizaciones relacionados con el acto suicida o la muerte. Estas expresiones serán consideradas por el facultativo **dentro del contexto** del paciente tanto a nivel de tipo de personalidad, patologías crónicas, status social y

otros determinantes que puedan constituir un sesgo a la hora de interpretar el discurso del paciente. Se incluyen como ejemplos algunas frases, que se pueden clasificar en activas o pasivas. **Frases activas** (ideación activa de suicidio, son más llamativas y dramáticas): *“quiero matarme”, “quiero terminar con mi vida pero no sé cómo”, “ya sé cómo quitarme de en medio”,* o **pasivas** (expresión del deseo de morir) : *“me gustaría desaparecer”, “no quiero/merece la pena seguir viviendo”, “preferiría estar muerta”, “soy una carga para todos/ nadie me quiere/no tengo a nadie, así que preferiría morirme”*

Procedimiento de registro:

1. Los formularios serán anónimos garantizando la confidencialidad del paciente. El profesional asignará a cada paciente un número de referencia propio (Referencia Paciente).
Cada referencia estará asignada a un evento / caso, cuando un paciente haya sido notificado anteriormente, se asignará una nueva referencia para ese nuevo formulario, pero se incluirá la referencia dada en el formulario anterior en el apartado correspondiente.
2. El formulario se cumplimentará para todos los pacientes que, acudan o no a consulta, cumplan criterios de inclusión. Las fuentes de información serán distintas según el evento y se recomienda combinarlas para obtener datos de mayor precisión:
 - a) en el caso de **suicidio** consumado, se revisará la historia clínica para conseguir la mayor cantidad y exactitud en los datos del paciente. Si acude un familiar se podrán utilizar los datos obtenidos en la entrevista médica.
 - b) en los casos de **intento** de suicidio, se entrevistará al paciente si acude a la consulta o a la persona que acuda en su nombre completando la información de la entrevista con los informes médicos aportados y/o la historia clínica si fuera preciso.
 - c) aquellos pacientes que **expresen** ideación suicida en una consulta médica por cualquier motivo serán entrevistados de una forma más específica para obtener la información requerida y afirmarse en la expresión de estas ideas autolíticas.

Instrucciones de envío

- Los formularios completados se enviarán en la semana que se finalicen a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la provincia correspondiente.
- El médico deberá hacer una copia de los formularios antes de proceder a su envío al Servicio Territorial de su provincia.

Referencias

1. World Health Organization. Mental Health. Suicide Data [revisado 11 de Noviembre 2019] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> and https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte Año 2017 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2018 dic [revisado 11 de noviembre de 2019] Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf
3. Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 2019; 364:l94.
4. Confederación de Salud Mental de España. Aumentan los suicidios en España [Internet]. SALUD MENTAL ESPAÑA. 2018 [revisado 18 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://consaludmental.org/general/aumentan-muertes-suicidio-espana-43172/>
5. Velasco Velado C, Alvarez Lopez M, PROCESO DE PREVENCION Y ATENCION DE LA CONDUCTA SUICIDA.pdf [Internet] [citado 18 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida>
6. Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
7. Le Clainche, C., & Courtet, P. (2016). Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide.