



Universidad
de La Laguna



PROYECTO DE FIN DE GRADO

*“POSIBLE RELACIÓN ENTRE LOS SUICIDIOS CONSUMADOS Y EL CONSUMO DE
ALCOHOL, CANNABIS Y COCAÍNA”*

AUTOR:

Héctor González Hernández

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

CURSO 2015-2016



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN.

El suicidio junto al consumo de alcohol y drogas presenta una especial incidencia, se revisa la bibliografía señalada de la cual se describen los principales puntos en relación al suicidio y al consumo de determinados tipos de sustancias psicoactivas como el alcohol, el cannabis y la cocaína.

Los objetivos generales son explorar la relación entre el consumo de alcohol, cannabis y cocaína en los suicidios consumados, por si fueran significativos para la inducción al mismo.

Se llevará a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, y de carácter transversal a la población de área del Hospital Universitario de Canarias, en colaboración con el Instituto Anatómico Forense, de los que se obtendrá la muestra de aquellos que participen en su realización.

Se realizará un cuestionario anónimo y voluntario que incluye las diversas variables y características sociodemográficas. Los resultados serán recogidos y evaluados para su posterior análisis estadístico y presentación final.

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

PALABRAS CLAVE: suicidio, autolisis, alcohol, cannabis, cocaína.

ABSTRAC.

Suicide, along with alcohol and drugs consumption, presents an especial impact. It is denoted on the appointed bibliography, in which the main points of relationship between suicide and consumption of certain psychoactive substances; such as alcohol, cannabis and cocaine are described.

The overall objective is to explore the relationship between the consumption of alcohol, cannabis and cocaine in completed suicides, in case it was significant for the induction to it.

A descriptive, retrospective and transversal character study was carried out to the population of the area of the Hospital Universitario de Canarias in collaboration with the Forensic Anatomical Institute; from which the sample of those involved in its realization will be obtained.

An anonymous and voluntary questionnaire, which includes the various options and sociodemographic characteristics, will be made. The results will be the results will be collected and evaluated for subsequent statistical analysis and final presentation.

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

KEYWORDS: suicide, autolysis, alcohol, cannabis, cocaine.

ÍNDICE.

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	10
3. Objetivos.....	12
4. Material y Métodos.....	13
5. Bibliografía.....	18
ANEXO 1.....	22
ANEXO 2.....	24

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 El suicidio.

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma de la humanidad y sus características varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica del contexto.

La OMS define como acto suicida toda acción por la que el individuo se causa a sí mismo un daño independientemente del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos. El suicidio supone el 1,3% de todas las muertes. En España y países industrializados representa entre el 1-2% de la mortalidad total situándose entre las 10 primeras causas de mortalidad. Los servicios de urgencias de atención primaria y hospitalaria suelen ser utilizadas como fuentes de datos para elaborar estadísticas sobre la prevalencia de los intentos de autolisis, aunque dicha prevalencia es difícil de calcular por la infradeclaración de los mismos, ya que muchos no llegan a comunicarse nunca al sistema de salud. Los intentos de autolisis son más frecuentes entre las mujeres, mientras que los hombres consuman el suicidio con mayor frecuencia.¹

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

La conducta suicida se incrementa dependiendo de diversas circunstancias y variables, se estima que en el 60% de los casos de suicidio se identifica una enfermedad depresiva, mientras que en el 40% restante existen otros procesos psiquiátricos, drogadicción y alcoholismo. Identificar cuáles son las características personales de los suicidas en el medio, los factores de riesgo y contando con las variables con respecto a la población en general es algo esencial.

Para unificar criterios y su mayor identificación se han propuesto diferentes definiciones:

- Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio.
- Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Se define como un punto intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida, puede tener intencionalidad pero no producen lesiones.

A su vez se subdividen en dos tipos de comunicación suicida, la amenaza suicida en la que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano o plan

suicida, en el que por propuesta de un método con la que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

- Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva en la que hay evidencia de que la persona pretende morir con alguna finalidad. Se consideran conductas suicidas, las autolesiones (en las que puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte), conducta suicida no determinada (grado indeterminado de intencionalidad), intento de suicidio (conducta lesiva autoinfligida y sin resultado final) o suicidio (muerte auto infligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de provocarse la muerte).²

1.1.1 Prevalencia del suicidio.

Cada año se suicidan alrededor de un millón de personas, lo que equivale a 16 por cada 100.000 habitantes, es decir una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años la tasa de suicidios ha aumentado en un 60% a nivel mundial. A nivel estadístico el 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y el 10% lo logrará en un plazo de diez años. Entre el 45% y 70% de quienes intentan el suicidio principalmente sufren de depresión, trastornos de personalidad y alcoholismo.

Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Las tasas más altas están en Europa del este y las más bajas en América latina, países musulmanes y asiáticos. Por cada muerte que es atribuible a esta causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance.³

1.1.2 El suicidio como proceso.

Para entender el suicidio como proceso se han barajado a lo largo de los años varios modelos explicativos, el modelo estrés-diátesis y el modelo del suicidio como proceso, son las principales concepciones actuales.

- Modelo estrés-diátesis: este modelo hace referencia a una multicausalidad del riesgo suicida, que estaría dado por la interacción de los genes y el ambiente. Para este modelo varios autores sostienen la hipótesis de que el aspecto

genético tiene que ver en cierta proporción a la hora de externalizar la agresividad y conductas suicidas. También señala que no viene determinado únicamente por la acción hereditaria y se destaca la presencia de patrones de comportamiento y la presencia de otros factores como abuso de sustancias, alcoholismo, tabaquismo, entre otros.

- Modelo de suicidio como proceso: este modelo explicativo, se basa en un proceso en el que intervienen las características del sujeto y su interacción con el medio ambiente en el que se puede presentar desde un bajo riesgo suicida hasta un alto riesgo suicida. No se define en algo determinado sino etapas e intenta identificar aquellas conductas de riesgo, evaluar y prevenir un desenlace. ⁴

1.1.3 Factores de riesgo.

La conducta suicida no es una conducta aleatoria, sino que hace referencia a las características individuales o ambientales, mediante las cuales se podría predecir dicha conducta ya que se asocian factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer lo mejor posible estos factores es imprescindible para prevenir el riesgo autolítico. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables y no modificables. Los primeros se relacionan con los factores sociales y psicológicos y pueden modificarse clínicamente⁵. Los factores no modificables se asocian al propio sujeto o grupo social al que pertenece, como pueden ser los trastornos mentales. Dentro de los factores de riesgo diferenciamos principalmente:

- Factores psicológicos:

Edad: el riesgo de suicidio aumenta con la edad pero las edades con más riesgo son en la adolescencia y en edad avanzada, pero actualmente las tasas de suicidios en jóvenes van en aumento, sobre todo en las edades comprendidas entre los 15 y los 29 años.⁵

Sexo: en líneas generales los hombres presentan mayor tasa de suicidio consumados mientras que la mujer mayor tentativas de suicidio, todo esto varía dependiendo de la situación geográfica y baja condición social.

Estado civil: se destaca el papel de la familia y el estado civil como un papel importante ya que el vínculo y la unión hacen sentir al individuo más integrado y menos propenso a los impulsos suicidas.

Nivel socioeconómico: tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menos nivel cultural.

- Factores de riesgo individuales:

Trastornos mentales: el suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales, se considera que ha mayor número de patologías mayor es el riesgo de suicidio, siendo las fases más tempranas de la enfermedad y los meses consecutivos a un ingreso hospitalario los de mayor riesgo.

Trastornos afectivos: de este tipo de trastornos el depresivo es el que más relación tiene, suponiendo este un riesgo mucho mayor que la población en general. La OMS asume que entre el 65% - 90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. El riesgo es sumamente mayor al inicio o al final del episodio depresivo.

Trastornos de ansiedad: puede asociarse demostrando que es un trastorno independiente, aunque generalmente va asociado a trastornos depresivos donde aumenta el riesgo.

Abuso de sustancias: ejerce un papel significativo ya que el uso de sustancias, de alcohol en mayor medida, no solo adquiere el ser un factor de riesgo sino también un factor precipitante existiendo una asociación en la conducta suicida. Se presenta el en 25% - 50% de los casos de suicidio y se multiplica por seis el riesgo con respecto a la población en general, dicho riesgo aumenta si su consumo va acompañado de más factores de riesgo relevantes como son enfermedades médicas, problemas laborales y económicos, trastornos del ánimo o de la personalidad e intentos autolíticos previos entre otros.

Dentro de los factores de riesgo podemos encontrar varias clasificaciones al margen de los ya mencionados, entre los que se encuentran, factores biológicos y genéticos que se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central. Enfermedad física o discapacidad, factores de riesgo familiares y contextuales, ya sean

antecedentes familiares de suicidio o eventos vitales estresantes, puede influir en estos casos el apoyo sociofamiliar, el nivel educativo, intentos previos de suicidio e ideación suicida, la situación laboral, la etnia o la religión. Muchos de estos son factores precipitantes y aumenta el riesgo a la hora de intentar un acto suicida.

Al margen de los factores de riesgo se encuentran los factores protectores, muy importantes y que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo. La habilidad en la resolución de conflictos, la confianza en uno mismo, la flexibilidad cognitiva, el apoyo familiar y social junto con un tratamiento integral permanente y a largo plazo disminuyen en gran medida los riesgos.^{4,6,7}

1.2 Suicidio y alcohol.

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de ideación, planificación e intento de suicidio independientemente de que el individuo presente o no un trastorno adictivo a dicha sustancia. En relación al género, la asociación entre el consumo de alcohol, no con la adicción, sino con el consumo y el intento de suicidio es más común entre los hombres que entre las mujeres, evidentemente el riesgo es mayor en cuanto se trata de un sujeto con trastornos por abuso o dependencia al alcohol.

El consumo de alcohol excesivo se asocia a la conducta suicida por varias vías e influyen diferentes factores en las distintas fases de la conducta suicida:

- A nivel poblacional el consumo de alcohol se correlaciona con la conducta suicida.
- Por sus efectos inhibidores, el consumo de alcohol se relaciona con la realización de intentos autolíticos que pueden acabar siendo letales.
- Los adictos presentan un mayor riesgo de suicidio que la población en general.

La impulsividad y la agresividad son factores que aumentan debido a una intoxicación etílica, junto con el estrés psicológico causado por el propio alcohol favorecen la aparición de la ideación suicida y su progresión al acto autolítico. Otro factor predisponente es la afectación cognitiva y la incapacidad de generar una respuesta de afrontamiento ante la idea autolítica.

El consumo abusivo de alcohol conlleva, en la mayoría de los casos, una intensa relación con la aparición de distintos acontecimientos estresantes a lo largo de la vida del sujeto, bien previos al consumo problemático, bien asociados a éste. Muchos de estos problemas por la adicción pueden llegar a ser sociales, familiares laborales o legales llegando a perder todo tipo de apoyos y causando de esta manera un aislamiento social. Por otra parte, las situaciones de desempleo y de ruptura sentimental han mostrado mayor frecuencia de aparición entre los alcohólicos con historia de intentos de suicidio respecto a quienes no han presentado conductas autolíticas. Este tipo de eventos han demostrado ser más frecuentes entre alcohólicos que presentaron conductas autolíticas, respecto a aquellos que no presentan este tipo de antecedentes.

1.2.1 Factores de riesgo específicos en el alcoholismo.

Distintas variables influyen en la predisposición de un sujeto a realizar conductas suicidas en relación con el consumo abusivo de alcohol.

- Comorbilidad: el consumo de alcohol, generalmente, suele ir acompañado con alguna patología de tipos afectivo, ansiedad o personalidad y que en conjunto conlleva un mayor riesgo de intento autolítico. La comorbilidad entre dos o más de estos trastornos incrementará la probabilidad del riesgo. Los resultados de las National Comorbidity Survey indican que el 29,2% de los alcohólicos han presentado algún trastorno afectivo en el último año, mientras que el 27,9% un trastorno depresivo mayor y el 1,9% diagnosticados de trastorno bipolar. Otros trastornos como la ansiedad presentan el 36,9% de los casos. No hay que olvidar que el alcohol posee un potente efecto depresor que agrava el pronóstico de la patología afectiva.

- Desesperanza: la desesperanza se define como un estado de ánimo del que no tiene esperanza o la ha perdido. La adicción a esta sustancia se relaciona correlativamente con la desesperanza y suele ser notablemente mayor en los momentos antes al suicidio y se considera un factor precipitante.

- Agresividad/impulsividad: este tipo de factores se incrementan cuando el consumo de alcohol está presente. La impulsividad es un rasgo característico de la personalidad del sujeto y esto conlleva a que mediante el consumo abusivo de alcohol

aflora de manera progresiva la agresividad y de esta manera se vuelven vulnerables sus rasgos de la personalidad.

- Efectos tóxicos del alcohol: el alcohol afecta en gran medida a la neurotransmisión serotoninérgica en el suicidio. A nivel histológico el alcohol puede producir un daño cerebral que influya en un riesgo más elevado. El alcohol induce una inhibición en el córtex cerebral que produce, a su vez una reducción de los niveles de noradrenalina y acetilcolina. La disminución de estos neurotransmisores favorecería el desarrollo de un trastorno depresivo.⁸

1.3 Suicidio y cannabis.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud llegó a la conclusión de que el uso de cannabis era peligroso, mental y socialmente y aunque esto sea así es algo que hoy en día es una práctica frecuente y su uso intenso y prolongado produce deterioro mental y físico. En la adolescencia impide una adecuada maduración de la personalidad. Los jóvenes de la población son el mayor riesgo ya que su inicio precoz aumenta las probabilidades de sufrir dependencia, afectando a la memoria y al aprendizaje e impacta negativamente en las actividades escolares y laborales.⁹

El consumo de tóxico, sobre todo el de cannabis, puede tener un papel determinante en la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos y debido a esto a la conducta suicida. Estudiar la asociación entre el consumo de una sustancia ilegal y el suicidio es sumamente difícil, algunos estudios como puede ser el caso de Suecia abarcó una población de muestra de 50.000 personas a las cuales se les realizó un seguimiento durante 33 años, durante este periodo se registraron 459 suicidios consumados, de esta amplia muestra solo 80 de los sujetos de los que consumían marihuana llegaron a suicidarse. Esta asociación no ha sido estudiada en gran medida y existen muchos factores relevantes para una buena relación entre los factores que en ocasiones llevan a confusión. Estos factores de confusión entre la asociación del cannabis y el suicidio podrían ser algunos como la existencia de un trastorno psiquiátrico (patología dual), tener determinados rasgos o dimensiones de la personalidad, factores sociodemográficos como el desempleo, tener vulnerabilidad genética y consumo de otras sustancias, incluyendo el tabaco.¹⁰

1.3.1 *Patología dual.*

La patología dual se define principalmente contando con dos factores que deben aparecer dentro de un período determinado, un trastorno adictivo y un trastorno mental, dicho trastorno adictivo podría ser tanto el consumo de alcohol como el de cannabis.

Se conocen este tipo de patología, pero no su prevalencia en la población, algo necesario ya que con su conocimiento puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios.¹¹

1.4 Suicidio y cocaína.

Las consecuencias del incremento en el uso de cocaína se pueden observar claramente a varios niveles. De un lado, la extensión del consumo se ha hecho notar de forma muy importante en las solicitudes de tratamiento, especialmente en países como España o los Países Bajos, aunque a nivel de toda la UE supuso tan solo el 13% de todas las solicitudes en 2005.

La relación con la cocaína ha determinado que muchos consumidores acaben desarrollando una fuerte adicción a esta sustancia para la que lamentablemente carecemos de tratamientos farmacológicos exitosos. Además, está bien establecido que los pacientes tratados por consumo de opiáceos pueden desestabilizarse a consecuencia del consumo simultáneo de cocaína y los datos proporcionados no dejan lugar a dudas sobre las graves dificultades que se están observando en pacientes tratados con metadona que inician el consumo de cocaína.¹²

El primer dato que apunta hacia la íntima asociación entre autolisis y cocaína es la elevada prevalencia del consumo de esta sustancia en los días previos a cometerse el acto suicida, oscilando entre el 9,4% y 20%. Las muestras entre el suicidio y la población adicta a la cocaína son escasas en este tipo de casos. No obstante, estudios recientes han registrado, en esta población clínica, tasas de ideación suicida sensiblemente superiores a las de los sujetos adictos a otros tipos de sustancias. Por ejemplo, en la población atendida en servicios de urgencias se ha observado que el 44% de los pacientes que presentan un trastorno por uso de cocaína presentan ideación suicida. La tasa es sensiblemente más baja entre los adictos a otros tipos de drogas ilegales,

situándose en sólo un 17%. Los estudios más recientes corroboran estas cifras. En una muestra de 406 dependientes a la cocaína que recibían tratamiento, se observó que el 43,5% de la muestra presentaba antecedentes de intento de suicidio. Existen importantes diferencias dependiendo de la vía de administración de la sustancia, posiblemente asociadas a la existencia de otros factores de riesgo. En este sentido, cabe reseñar que el 55% de quienes presentan un trastorno inducido por sustancias (bien afectivo, bien psicótico) expresan estas ideas de suicidio. Y, entre éstos, el 85% presentan un trastorno por uso de cocaína, evidenciando que, entre las drogas ilegales, esta sustancia es la que se asocia en mayor medida a la conducta suicidio.¹³

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

2. JUSTIFICACIÓN.

Según las numerosas investigaciones realizadas y diversos estudios estadísticos sobre el suicidio y el consumo de sustancias relacionadas con el mismo nos permite analizar su prevalencia y controlar la relación específica entre en el consumo de alcohol, cannabis y cocaína.

Tomando como ejemplo un estudio realizado en el hospital de Pontevedra en el que estudiando durante cinco años a la población, se establece un ascenso notable en el número de intentos de suicidio, en el que dicho plazo las cifras ascienden de un 0´14% al 0´21%, de manera progresiva, de los cuales las mujeres superan a los hombres con un 77% en las edades comprendidas entre los 14 y 80 años el alcoholismo y el consumo de tóxicos está presente.¹⁴

Debido a este ascenso del índice de intentos de suicidio también se ha podido observar el ascenso en el consumo y uso de las sustancias nombradas con anterioridad a lo largo de los años. Las estimaciones realizadas en España sobre el consumo de alcohol señalan que por persona se consumían 9´8 litros de alcohol puro por persona en el año 2010, en la población española del 2001 al 2011 aumentó el consumo pasando de un porcentaje del 47´7% al 49% de la población y los índices de su uso en edad y sexo siguen subiendo progresivamente.¹⁵

Las únicas cifras en las que se aprecia un descenso son las relacionadas con el consumo de cannabis en las que desde el año 2003 en el que su uso durante los últimos doce meses era de un 11´3% de la población y en el 2011 había descendido hasta un 9´6%. Su consumo en los últimos treinta días corresponde en 2003 a un 7´6% mientras que en 2011 a un 7% de la población¹⁴. Su uso según el departamento de psiquiatría de la Universidad de Granada, parece improbable que está relacionado directamente con los intentos de suicidio y en el que afirman tener que realizarse más estudios longitudinales para su mejor conocimiento. En todo caso el consumo de esta sustancia, podría actuar como el factor causal indirecto del suicidio al favorecer otras situaciones como la adicción a otro tipo de sustancias psicoactivas o favorecer la aparición de patologías psiquiátricas que directamente incrementarían el riesgo de suicidio. En todo caso la población adolescente es la que tiene mayor riesgo con respecto al uso del cannabis y al desarrollo de ideación o conductas suicidas.¹⁰

Este estudio se realizará en la isla de Tenerife, tomando como referencia el Hospital Universitario de Canarias. El trabajo que realizará el equipo multidisciplinar, constará de un test simple que se le realizará a médicos forenses para conocer la relación entre el suicidio consumado y el uso de dichas sustancias en los momentos previos a los mismos, es en gran medida un dato relevante para su mejor prevención por parte del personal sanitario, como consecuencia a corto plazo se podrían tomar medidas de concienciación y prevención, mientras que a largo plazo el estudio permitiría el conocimiento de las estadísticas sobre el consumo de alcohol, cannabis y cocaína y el mejor posterior estudio sobre los efectos del cannabis y su relación con la conducta suicida. De esta manera se conocería mejor la influencia de estos factores en los momentos previos y el número de personas que consumen estas sustancias, sus edades y poder establecer una población de riesgo específica de la zona estudiada y lograr así una mayor calidad y una educación más personalizada. Debido a que atención primaria lleva una asistencia más cercana, pasan más tiempo con los pacientes y sus familias, tienen más oportunidades de diferenciar las necesidades y factores influyentes.

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General.

3.1.1 Explorar la relación entre el consumo de alcohol, cannabis y cocaína en los suicidios consumados, por si pudieran ser significativos como factores para la inducción al mismo.

3.2 Objetivos Específicos.

3.2.1 Detectar y valorar la relación entre el consumo de cocaína con respecto al número total de suicidios.

3.2.2 Detectar y valorar la relación entre el consumo de alcohol con respecto al número total de intentos de suicidio.

3.2.3 Detectar y valorar la relación entre el consumo de cannabis con respecto al número total de intentos de suicidios.

3.2.4 Determinar si la relación entre las sustancias y le número de suicidios dada la escasez de información en esta área de la población.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1 Diseño.

Se realizará un estudio descriptivo, retrospectivo, y de carácter transversal a una población determinada, la cual será las familias de las historias clínicas facilitadas por el Instituto Anatómico Forense debido a que son los encargados de certificar las circunstancias del fallecimiento sobre los suicidios consumados registrados y el uso de alcohol, cannabis y cocaína en los mismos.

Se explorará el uso y consumo de alcohol, cannabis y cocaína en el número total de suicidios consumados mediante un cuestionario simple en el que se revelarán los datos para la posterior evaluación del estudio. Se trata de un estudio de ámbito local que abarca el área del Hospital Universitario de Canarias.

4.2 Población y muestra.

La población a la que se dirige este estudio es a los familiares de los casos de suicidios consumados facilitados por el Instituto Anatómico Forense del área del Hospital Universitario de Canarias, encargados de certificar el origen y las causas de la muerte cuando no esté claro o sea discutible.

Se realiza un muestreo no aleatorio, no probabilístico y de conveniencia de la población del área del Hospital Universitario de Canarias q corresponde a un total de 343.025¹⁵ personas sin contar la población de la isla de La Palma que tiene como hospital de referencia al Hospital Universitario de Canarias entre las que incluimos a todos las personas fallecidas en el último año en las que la causa de la muerte haya sido el suicidio consumado.

4.2.1 Criterios de inclusión.

- Población fallecida por suicidio consumado entre 14 y 80 años.
- Población fallecida cinco años antes del comienzo de la investigación.

4.2.2 Criterios de exclusión.

- Población fallecida por suicidio consumado menor de 14 años y mayor de 80 años

4.3 Variables.

Las variables presentes son principalmente sociodemográficas, entre las que incluimos la edad, el sexo, estado civil y el nivel socioeconómico de las personas afectadas. Otro tipo de variables que podemos encontrar serían el consumo de sustancias tales como el alcohol, el cannabis o la cocaína.

4.4 Instrumentos de medida.

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

El principal instrumento de medida se basa en un cuestionario que inicialmente son preguntas de origen sociodemográfico y profundiza con preguntas cerradas dicotómicas en las que se intentará recopilar la información necesaria para la recogida de datos de la investigación. Dicho cuestionario es simple con preguntas claras dirigidas a los familiares afectados que se habrá consultado con anterioridad en los informes clínicos del Instituto Anatómico Forense, sobre los suicidios que hayan tenido lugar en el período de un año, ya que en la literatura contemplada se registran cada año un número total de 50 Suicidios en Canarias al año. Este cuestionario se realizará de manera anónima y totalmente voluntaria, sean los propios profesionales que mediante los datos recogidos en la historia clínica puedan ser reflejados en el cuestionario o mediante las familias que se encuentren en disposición y quieran colaborar.¹⁷

4.5 Método de recogida de datos.

Entre Junio y Octubre se pasará el cuestionario a la población recogida a los profesionales del Instituto de Anatomía Forense y a los familiares. Contactaremos personalmente con las familias para explicar en qué consiste el cuestionario y ver la disposición a colaborar, se les entregará el cuestionario en el domicilio y se cuadrará fecha para su recogida. La recogida de datos se estructura en tres puntos fundamentales:

- Recogida de datos de pacientes donde como causa figura el suicidio (en el tiempo determinado).
- Solicitud de permisos para acceder a los datos que figuren en el registro forense (datos de autopsias, mediciones de alcohol y drogas).
- Sean o no positivos, el cuestionario pasa por la parte familiar por si tenían o no conocimientos de uso de este tipo de sustancias.

4.6 Análisis estadístico.

Se realizará un análisis estadístico descriptivo que permita organizar y presentar el conjunto de datos de manera que describan de forma precisa las variables analizadas y hacer rápida su lectura e interpretación.

El encargado de la realización del análisis estadístico utilizará el programa XLSTAT, que se trata de un software de análisis integrado en el Microsoft Excel permitiendo analizar y manejar fácilmente los datos dentro del Excel.

4.7 Cronograma.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO													
Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		
Fase de planificación	Elección del tema	■	■	■									
	Revisión bibliográfica		■	■	■	■							
	Diseño del proyecto			■	■	■	■	■	■				
	Planificación y permisos					■	■	■					
Fase de ejecución						■	■	■	■	■	■	■	
Fase de evaluación										■	■	■	
Fase de presentación											■	■	■

4.8 Presupuesto.

Concepto	Cantidad al mes	Subtotal €	Número de meses	Total €
Recursos Humanos.				
Enfermero	1		12	
Estadístico	1	100€	1	100€
Recursos Materiales.				
Ordenador	1		12	
Fotocopias	50	10€	12	120€
Material de oficina	1	100€	12	100€
Transporte y dietas				
Transporte	1	20€	12	240€
Dieta	1	20€	12	240€
Total:				
		800€		

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. M.D. González-Navarro, M.I. Lorenzo-Román, A. Luna-Maldonado, M. Gómez-Zapata, E. Imbernón-Pardod y J. Ruiz-Riquelme. Análisis de los intentos de autolisis en el área de salud 2008-2010, [Internet]. Semergen 2012, (Citado 24 de Marzo 2016), N.º. 7, 439-444. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4042457>

2. Lic. Siara M. Blanca Casas y Lic. Wilfredo Guibert Reyes, Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria [Internet], 1998 (citado 29 de Marzo 2016); 15(2):117-23. Disponible:

<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v14n2/enf07298.pdf>

3. Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M. Contreras, Rosselli Chantal Orozco-Rodríguez, El suicidio, conceptos actuales [Internet], Salud Mental, (Citado 5 de Abril 2016), Vol. 29, No. 5, septiembre-octubre 2006; p: 67, 71. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>

4. Aranguren, María. Modelos teóricos de comprensión del suicidio [Internet], 2009 (Citado 20 de Abril 2016); 24-25. Disponible en:

<https://www.academica.org/000-020/155.pdf>

5. Dr. Alberto Desouches, Dr. Carlos G. Bartoli, Dr. Luis E. Rivera, Lic. Alicia Masaútis, Consumo de tabaco, alcohol, drogas y su relación con los intentos de suicidio en población asistida en la guardia de un hospital general polivalente [Internet], Editorial, 2011, Febrero, (Citado 20 de Abril 2016), p: 9-19. Disponible en:

http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2011/Consumo_de_Tabaco,_Alcohol_y_drogas_2011.pdf

6. E. García de Jalón, V. Peralta, Suicidio y riesgo de suicidio [Internet], ANALES Sis San Navarra 2002 (Citado 17 de Mayo 2016); 25: 87-96. Disponible en:

<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5570/4581>

7. Rafael Tuesca Molina, Edgar Navarro Lechuga, Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio [Internet], Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 2003 (Citado el 28 de Marzo 2016) 17: 19-28. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701703>

8. Bartolomé Pérez Gálvez, Prevención e interpretación de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol [Internet], 2015, Abril, (Citado 10 de Mayo 2016), 25; 661-623. Disponible en:

<http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/Suicidio-en-alcoholismo.pdf>

9. L. Gutiérrez-Rojas, J. De Irala, M.A. Martínez-González Equipo de Salud Mental de distrito. Complejo Hospitalario de Jaén. Servicio Andaluz de Salud. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra, Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores [Internet], 2006, (Citado 15 de Abril 2016), v: 50, N° 1, p: 3-10. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/28111043_Efectos_del_cannabis_sobre_la_salud_mental_en_jovenes_consumidores

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

10. J.M. Martínez-Ortega, Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España, Consumo de cannabis, adolescencia y suicidio [Internet], 2011 (Citado 1 de Mayo 2016); 13(3):119-122. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-consumo-cannabis-adolescencia-suicidio-90098146>

11. Francisco Arias, Nestor Szerman, Pablo Vega, Beatriz Mesias, Ignacio Basurte, Consuelo Morant, Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual [Internet], Esp Psiquiatría 2013 (Citado 15 de Marzo 2016); 41(2):122-9. Disponible en:

<http://www.patologiadual.es/docs/5EEM-Arias-CNNb-Actas2013.pdf>

12. César Pereiro Gómez; Ana Bermejo Barrera, Daños relacionados con el consumo de cocaína: la punta del iceberg es lo que vemos [Internet], ADICCIONES, 2008, (Citado 2 de Mayo 2016), Vol.20 Núm. 1, Págs. 15-18. Disponible en:

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/284/284>

13 Bartolomé Pérez Gálvez, Prevención e interpretación de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias [Internet], 2015, Abril, (Citado 10 de Mayo 2016); 598, 599. Disponible en:

<http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/Suicidio-en-adictos-a-sustancias.pdf>

14. Manuel José Vázquez Lima, Cesáreo Álvarez Rodríguez, Manuel López-Rivadulla Lamas, Angelines Cruz Landeira, Concepción Abellás Álvarez, Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias [Internet], 2012 (Citado 13 de Abril 2016); 24: 121-125. Disponible en:

<http://emergencias.portalsemes.org/descargar/analisis-de-los-aspectos-epidemiologicos-de-las-tentativas-de-suicidio-en-un-area-sanitaria-desde-la-perspectiva-de-un-servicio-de-urgencias/>

15. Enrique Regidor Juan L. Gutiérrez-Fisac, Indicadores de Salud 2013 Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea [Internet], Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, (Citado 13 de Mayo 2016); Pág: 178-197. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>

16. Gobierno de Canarias [Internet], 2009, (aprox. 1 pantalla), Población de referencia del Hospital Universitario de Canarias, (citado 1 de Mayo 2016). Disponible en:

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=4f15d3fa-3067-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>

17. Instituto Nacional de Estadística [Internet], 2006, (aprox. 5 pantallas), Suicidios consumados según tamaño de municipio de acaecimiento y sexo, (citado 5 de Mayo 2016). Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t18/p427/a2006/I0/&file=01004.px>

18. López-Fernández-Delgado D., Propuesta de un modelo de autopsia psicológica para casos de suicidio [Internet], SUMARIO, 2015, Enero (Citado el 8 de Abril); 12-13. Disponible en:

<http://www.agmf.es/boletines/boletin21.pdf>

19. López Fernández Delgado D. Propuesta de un modelo de autopsia psicológica para casos de suicidio (Internet), Boletín Gallego de Medicina Legal e Forense Enero 2015 (Citado 17 de Mayo 2016), nº. 21; 9-18. Disponible en:

[http://www.agmf.es/az/Propuesta de un modelo de autopsia psicologica para casos de suicidio.pdf](http://www.agmf.es/az/Propuesta_de_un_modelo_de_autopsia_psicologica_para_casos_de_suicidio.pdf)

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, CANNABIS Y COCAINA EN SUICIDIOS.

Este cuestionario es anónimo y voluntario, dirigido a los familiares de los afectados que quieran ofrecer su colaboración.

1. DATOS PERSONALES.

1. Edad:

2. Sexo: Hombre Mujer

3. Extranjero: Si No

4. Estado conyugal:

Soltero Casado Unión consensual Viudo Divorciado Separado

5. Ocupación:

Trabajador Desempleado Estudiante Jubilado Ama de casa

6. Nivel educativo:

Sin instrucción Primaria inacabada Primaria Secundaria inacabada

Secundaria Enseñanza Media Superior Universitaria

7. Creencias religiosas:

Católico practicante Católico no practicante Ateo o no religioso

Protestantes Musulmanes Budistas Otras... Especifique

2. AREAS DE CONFLICTO.

8. Intentos previos de suicidio: Si No Cuantos:

9. Hábitos tóxicos: Si No

Alcohol Drogas legales Drogas ilegales

10. Frecuencia de consumo:

Alcohol:	Habitualmente	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
Cannabis:	Habitualmente	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
Cocaína:	Habitualmente	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
Otras:	Habitualmente	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>

11. Tenía dependencia:

Sí No

18, 19.

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

ANEXO 2

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Fecha:

Estimado:.....

Título del estudio: *POSIBLE RELACIÓN ENTRE LOS SUICIDIOS CONSUMADOS Y EL CONSUMO DE ALCOHOL, CANNABIS Y COCAÍNA.*

Descripción:

El suicidio junto al consumo de alcohol y drogas presenta una especial incidencia, de la cual se describen los principales puntos en relación al suicidio y al consumo de determinados tipos de sustancias psicoactivas como el alcohol, el cannabis y la cocaína.

Se realizará un cuestionario anónimo y voluntario a las familias que incluyen las diversas variables y características sociodemográficas. Los resultados serán recogidos y evaluados para su posterior análisis estadístico y presentación final.

Por favor, contésteme a la dirección que figura abajo si decide darme permiso

Gracias de antemano por considerar esta solicitud.

Atentamente.

Héctor González Hernández.

Contacto: Email: Héctor1991@gmail.com

Teléfono: 609478844.

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA