



ORIGINALES

Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención

Risco para violência autoprovocada: prenuncio de tragédia, oportunidade de prevenção

Risk of self-inflicted violence: a presage of tragedy, an opportunity for prevention

Tamires Alexandre Félix¹

Eliany Nazaré Oliveira²

Marcos Venícios de Oliveira Lopes²

Maria Socorro de Araújo Dias²

Jose Reginaldo Feijão Parente³

Roberta Magda Martins Moreira⁴

¹. Enfermera. Maestra en Salud de la Familia por la UFC. Profesora Sustituta del curso del Enfermería de la Universidad Estadual Vale de Acaraú – (UVA, Sobral-CE/Brasil) tamiresafelix@gmail.com

². Enfermera/o. Doctora en Enfermería por la Universidad Federal del estado de Ceará - UFC. Docente del curso de Enfermería de la Universidad Estadual Vale de Acaraú – (UVA, Sobral-CE/Brasil)

³. Psicólogo. Doctor en Educación. Docente de la Universidad Estadual Vale de Acaraú – UVA, (Sobral-CE/Brasil)

⁴. Estudiante de Enfermería de la Universidad Estadual Vale de Acaraú (UVA). Becaria de la Fundación Cearense de Apoyo al Desarrollo Científico y Tecnológico (FUNCAP), Sobral-CE/Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.304491>

Recibido: 17/09/2017

Aceptado: 10/11/2017

RESUMEN:

En Brasil, se registraron más de 30 óbitos auto-provocados por día en 2012 siendo la estimativa para los Intentos de Suicidio entre 10 y 20 veces mayor, lo que exige estrategias intersectoriales para prevenir nuevos casos y hacer un seguimiento de los grupos de riesgo. El objetivo de esta investigación fue analizar la asociación de factores considerados de riesgo con el intento de suicidio en personas atendidas en un hospital de referencia de la región norte de Ceará a partir del método caso-control de base poblacional. Fueron incluidos 153 casos y 153 controles admitidos entre agosto de 2013 y agosto de 2015 emparejados por sexo, edad y procedencia. La recolección de los datos fue realizada mediante un formulario propio y las informaciones procesadas por el SPSS. En la muestra de casos prevalecieron los adultos jóvenes sin diferencia significativa por sexo. Se destacó como método la Intoxicación Exógena y las motivaciones por conflictos amorosos y familiares. El ocio demostró ser protector. Los factores de riesgo fueron 'intento de suicidio anterior', 'ser portador de algún trastorno mental', 'histórico familiar de comportamiento auto-lesivo' y 'abuso de drogas'. Muchos de los controles refirieron ideas suicidas en algún momento de su vida. Se recomienda el seguimiento a partir de los predictores más impactantes y la sensibilización para la notificación.

Palabras clave: Riesgo; intento de suicidio; epidemiología; suicidio

RESUMO:

No Brasil, foram registrados mais de 30 óbitos autoprovocados por dia em 2012 sendo a estimativa para as Tentativas de Suicídio cerca de 10 a 20 vezes maior o que exige estratégias intersectoriais para prevenir novos casos e acompanhar os grupos de risco. O objetivo desta pesquisa foi analisar a associação de fatores considerados de risco com a tentativa de suicídio em pessoas atendidas em um hospital de referência da região norte do Ceará a partir do método caso-controle de base populacional. Foram incluídos 153 casos e 153 controles admitidos entre agosto de 2013 e agosto de 2015 pareados por sexo, idade e procedência. A coleta de dados foi realizada por um formulário próprio e as informações processadas pelo SPSS. Na amostra de casos prevaleceram os adultos jovens sem diferença significativa por sexo. Destacou-se como método a Intoxicação Exógena e as motivações por conflitos amorosos e familiares. O lazer demonstrou-se protetor. Os fatores de risco foram 'Tentativa de suicídio anterior', 'ser portador de algum transtorno mental', 'histórico familiar de comportamento autolesivo' e 'uso abusivo de drogas'. Muitos dos controles referiram ideação suicida em algum momento da vida. Recomenda-se o rastreamento a partir dos preditores mais impactantes e a sensibilização para notificação.

Palavras-Chave: Risco; Tentativa de Suicídio; Epidemiologia; Suicídio.

ABSTRACT:

In Brazil, more than 30 self-inflicted deaths per day were registered in 2012, with an estimated number of suicide attempts being 10 to 20 times higher, requiring intersectoral strategies to prevent new cases and follow at-risk groups. The objective of this study was to analyze the association of factors considered of risk for suicide attempt in people attending at a referral hospital in the northern region of Ceará, using the population-based case-control method. We included 153 cases and 153 controls admitted between August 2013 and August 2015, matched by gender, age and origin. Data collection was carried out by means of an appropriate form and information was processed using SPSS. Young adults prevailed, without significant difference by gender, in the sample of cases. Exogenous intoxication emerged as the leading method, and love and family conflict were the main reasons. Leisure proved to be a protective factor. The risk factors were 'previous suicide attempt', 'having some kind of a mental disorder', 'family history of self-injurious behavior' and 'drug abuse'. Many of the controls reported suicidal ideation at some point in their lives. Screening is recommended from the most striking predictors and awareness-raising for notification.

Keywords: Risk; suicide attempted; epidemiology; suicide.

INTRODUCCIÓN

Al trabajar casos aislados, los profesionales y también la población en general tienen la impresión de que el suicidio está presente en una pequeña proporción y que, a causa de esto, tiene una escala de impacto reducida en el perfil "salud-enfermedad" de las comunidades, algo que es una total mentira. Dicho fenómeno es un motivo de gran preocupación para la salud pública, y presenta la necesidad de una búsqueda de prácticas sinérgicas de cuidado y acciones de prevención donde se involucran todos los niveles de atención. ⁽¹⁾

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁾, el suicidio está afectando progresivamente a la población. Se registraron en el año 2012 cerca de 804.000 muertes que corresponden a una media de 11,4 suicidios para cada 100.000 personas. Eso sin contar los incidentes no notificados y los intentos que se estimaron en una escala diez veces más grande.

Los principales factores que están asociados a tal práctica son: intentos anteriores de suicidio que predisponen la progresiva letalidad del método, persona que es portadora de trastornos mentales (en especial la depresión), abuso o dependencia del alcohol y otras drogas, falta de apoyo social, historial de suicidio en la familia, fuerte deseo suicida, sucesos que causan estrés y características socio-demográficas no favorables, como pobreza, el desempleo y el bajo nivel educacional. ⁽³⁻⁵⁾

Brasil es el octavo país con un más alto índice de suicidios en el mundo, y en 2012 se registró una media de 5,3 suicidios por cada 100.000 personas, lo que es equivalente a más de 30 muertes por día. En 20 años, el número de muertes por suicidio aumentó 1.900% en el grupo de edad de 15 hasta 24 años. Con tal resultado, dicho país está en tercer lugar en el número de muertes de personas de vida sana y productiva, que fueron provocadas por suicidio.

El comportamiento suicida está cercado de tabúes, involucrando las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano, alcanzando el espectro de la religión y las determinaciones divinas acerca de la vida y la muerte. En casos donde fallan los intentos, la persona recibe marcas que tornan difícil su rehabilitación individual, familiar y social.

En virtud de tales circunstancias, se necesita comprender el intento de suicidio bajo una perspectiva de prevención, además de reconocer los factores determinantes o de riesgo que contribuyen al aumento de los índices de morbilidad y mortalidad para este problema. Esto sugiere una nueva visión acerca de las políticas públicas y el efecto que ejercen en las poblaciones vulnerables.

Este estudio es parte de la investigación “Salud Mental y Cuidado de Enfermería a la Persona que ha Intentado Suicidarse” y su objetivo es hacer un análisis de la asociación de factores que son considerados como de riesgo, por ejemplo, los intentos de suicidio en personas que son atendidas en un hospital de referencia que está ubicado en la región norte del estado de Ceará en Brasil, a partir del método “caso-control” de la base poblacional.

Se recalca que mediante la caracterización de esta demanda se hará posible identificar grupos de riesgo para que se adopten estrategias de rastreo, acompañamiento y evaluación, en especial en el alcance de la Atención Primordial a la Salud. El reconocimiento de aspectos relacionados a este fenómeno también contribuye a la modernización de la asistencia y en lo relacionado a la relevancia ética y social, también promueve el escuchar con el propósito de hacer algo para actuar, la humanización y desarrollo de políticas públicas en salud mental, reducción de daños y lucha contra la violencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo del tipo Caso-Control de base poblacional, donde se eligen casos y controles que vienen de una misma población dentro de una zona geográfica y de un espacio de tiempo pre-definido.

El escenario: La unidad de emergencia adulta de un hospital de gran tamaño en el noroeste del estado de Ceará en Brasil. La elección de la emergencia como campo de investigaciones garantiza una muestra de casos incidentes que disminuye la probabilidad de sesgo y permite conocer todo lo que está involucrado por la propia investigación derivada de la internación.⁽⁶⁾

El grupo de Casos fue compuesto por personas con edad mínima de 12 años admitidos en la unidad entre agosto del año 2013 y agosto del 2015 con diagnósticos iniciales compatibles con intento de suicidio según el CID-10. Como parte de los

criterios de exclusión para el grupo de Casos, consideramos la permanencia inferior a 12 horas en la unidad además de la readmisión por nuevo intento de suicidio; en esta situación, solamente se revisó el instrumento de colecta inicial de datos para complementar información.

El grupo Control fue compuesto por personas atendidas en la misma unidad con diagnósticos clínicos, traumatológicos, neurológicos y quirúrgicos que no estaban directamente asociados con la salud mental. Los controles se parearon caso por caso, por sexo y edad (+/-2 años), procedentes de la misma población/zona geográfica/región en salud. La colecta de datos del grupo Control ocurrió entre los meses de Enero y Agosto del año 2015.

Partiendo de los parámetros que se siguen: nivel de confianza de 95%, poder de 80%, razón entre número de controles para cada caso de 1, proporción de individuos expuestos en el grupo control de 25% y razón de posibilidades (*odds ratio*) de 2, la muestra mínima fue definida para 153 casos y 153 controles. ⁽⁷⁾

Se realizó la recolección de datos mediante un formulario propio relleno a partir de datos que figuran en el historial además de una breve entrevista con enfoque específico en el tema. Los datos se procesaron a través del software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21.0.

Los análisis incluyeron las estadísticas descriptivas, además de la aplicación de pruebas específicas para variables dependientes. Se verificó la adhesión a la distribución normal con la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En la comparación entre variables categorizadas, hicimos la aplicación de la prueba de McNemar. La *Odds ratio* consistió en la medida de magnitud de efecto y el nivel de significancia para todos los análisis fue de 5%. La investigación obtuvo un dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación con n° 384.646. ⁽⁸⁾

RESULTADOS

El promedio de admisiones fue de 1,47 casos por semana. Se registraron aun 8 muertes en el sector de emergencia; 55,5% de los casos evolucionaron bien con mejora clínica y alta hospitalaria en menos de 48 horas.

El perfil identificado en los casos se ha constituido de hombres y mujeres, adultos jóvenes con un bajo grado de instrucción. Los controles también hicieron referencia a un bajo grado de instrucción, no obstante se revelaron más estables tanto social como financieramente. Correspondiendo con la baja enseñanza, la mayoría de las personas que han intentado suicidio estaban sin empleo, eran trabajadores informales, autónomos y agricultores. Acerca de su estado civil, 46,4% de los casos, eran personas solteras.

Al cruzar las variables edad y sexo, se observaron diferencias estadísticamente significantes en el grupo de edad entre 12 y 21 años, en la que un número superior de casos de intento de suicidio se concentró en el sexo femenino; entre 41 y 61 años, los hombres cometieron cuatro veces más autoagresión que las mujeres.

Se recalcó la Intoxicación Exógena (82,35% de la muestra de casos) como método más utilizado para autoagresión en dicha región. Gran parte de los casos (30%) han ingerido veneno; entre los compuestos citados están los de origen organofosforada

(veneno para ratones conocido en portugués por “chumbinho”), diversas clases de pesticidas y sustancias de fabricación casera. También se identificó la ingestión de varias medicinas (26,8%) y medicamentos que se usan para tratamiento de ansiedad/depresión de uso propio y continuo del paciente (15,7%). En el sexo masculino se observó un predominio en la elección de métodos más agresivos y letales, como por ejemplo, lesión por armas de defensa, ahorcamiento y asociaciones de métodos.

Los diagnósticos médicos que se emitieron en la admisión hospitalaria, conforme están registradas en las hojas de atención e historiales algunas veces no correspondían con los métodos utilizados, un hecho que hizo difícil identificar y hacer un registro de la autoagresión.

La principal causa referida fue el Conflicto Amoroso (31,4%) seguida de los Conflictos de Familia (26,8%) y Sucesos Estresantes (16,3%). En 11,8% de los casos, se relató la Depresión como la causa más relacionada a los síntomas en lugar del simple hecho de tener la enfermedad. Solamente 5,2% hizo una relación como causa la dependencia de sustancias psicoactivas; un dato curioso teniendo presente que 30,0% de los casos afirmaron hacer uso excesivo del crack, alcohol u otras drogas, además de la dependencia.

Lo siguiente, es información acerca de factores de riesgo a modo de comparación en los grupos Caso y Control que se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1: Análisis de los factores de riesgo para intentos de suicidio en personas atendidas en una unidad de emergencia. Sobral, 2015

Caso	Control		Estadísticas
	Sí	No	
1. Apoyo social			p = 0,082
Sí	21	25	OR = 0,625
No	40	67	IC95%: 0,349 – 1,043
2. Ocio			p < 0,001
Sí	71	12	OR = 0,211
No	57	13	IC95%: 0,084 – 0,371
3. Uso excesivo/dependencia de drogas			p = 0,030
Sí	14	32	OR = 2,000
No	16	91	IC95%: 1,096 – 4,275
4. Religión			p = 0,416
Sí	53	33	OR = 0,805
No	41	26	IC95%: 0,484 – 1,304

5. Intento anterior de suicidio			p < 0,001
Sí	1	58	OR = 7,250
No	8	86	IC95%: 3,819 – 27,656
6. Historial de suicidio en la familia			p = 0,022
Sí	7	33	OR = 2,062
No	16	97	IC95%: 1,137 – 4,405
7. Persona Portadora de trastorno psíquico			p < 0,001
Sí	7	50	OR = 10,000
No	5	91	IC95%: 4,683 – 170,157

Fuente: Formularios equivalentes a casos y controles recolectados entre 2013 y 2015 en la emergencia adulta del hospital 'Santa Casa' de la ciudad Sobral.

En lo relacionado a los factores de riesgo en el grupo control, los números fueron preocupantes: 19,6% de los controles (n=30) hizo referencia al uso excesivo de drogas psicoactivas, la mayoría de los usuarios, adultos jóvenes del sexo masculino; 15% (n=23) tienen un historial de suicidio en la familia; 7,8% son portadores de trastorno psíquico (n=12); 5,9% ha intentado suicidarse al menos una vez en su vida (n=9). En cuanto al factor protección, 16,3% de los controles mencionaron no desarrollar cualquier actividad de ocio, como se muestra en la Tabla 1.

Se identificó que, a pesar de las evidencias de protección, las variables 'tener apoyo social' (p=0,082) y 'estar unido a/ ser parte de una religión/practica de apoyo espiritual' (p=0,416) no obtuvieron importancia estadística. La práctica de actividades de ocio (sea individual, cómo familia o comunidad) se ha demostrado el factor protección, disminuyendo en cerca de 80% la probabilidad de intento de suicidio (OR=0,211). Cuatro factores obtuvieron importancia estadística para el riesgo de violencia autoprovocada: Uso excesivo/dependencia de drogas (duplica las probabilidades de intento de suicidio); historial de suicidio en la familia(duplica las probabilidades de intento de suicidio);intento anterior de suicidio(ocasionó un aumento del riesgo del incidente actual de auto-agresión en siete veces más); portadores de algún trastorno psíquico (ocasionó un aumento del riesgo para el incidente actual de autoagresión en 10 veces).

Las tablas que siguen consideran de forma individual los cuatro factores que obtuvieron importancia estadística para riesgo de violencia autoprovocada, atravesando los datos por sexo y edad.

Tabla 2: Uso excesivo de drogas entre casos de intento de suicidio atendidos en la emergencia adulta del hospital 'Santa Casa' de la ciudad de Sobral entre 2013 y 2015 por edad y sexo.

Edad	Masculino		Femenino		Estadísticas
	Sí	No	Sí	No	
1. Entre 12 y 21 años	6	4	4	27	p = 0,006 ¹ OR = 9,34 IC95%: 1,50 – 71,21
2. Entre 21 y 41 años	20	24	8	31	p = 0,030 ² OR = 3,18 IC95%: 1,11 – 9,90
3. Entre 41 y 61 años	6	14	1	4	p = 1,000 ¹ OR = 1,68 IC95%: 0,12 – 98,24
4. Superior a 61 años	1	2	0	1	p = 1,000 ¹ OR = Inf. IC95%: 0,01 – Inf.
Total	33	44	13	63	p < 0,001 ² OR = 3,60 IC95%: 1,63 – 8,36

Fuente: Formularios equivalentes a los casos recolectados entre 2013 y 2015 en la emergencia adulta del hospital 'Santa Casa' de la ciudad de Sobral.

1 – Prueba exacta de Fisher; 2 – Prueba del Qui-cuadrado.

En 30,0% de los casos, se identificó el uso excesivo/dependencia de crack, alcohol y otras drogas. En esta proporción de 30%, el adulto joven usa más (60,9%) y la mayoría son hombres (71,7%).

Tabla 3: Intentos de suicidio anterior reportados por pacientes atendidos en la emergencia adulta del hospital 'Santa Casa' de Sobral entre 2013 y 2015 por intento de suicidio de acuerdo con la edad y sexo.

Edad	Masculino		Femenino		Estadísticas
	Sí	No	Sí	No	
1. Entre 12 y 21 años	1	9	10	21	p = 0,238 ¹ OR = 0,24 IC95%: 0,00 – 2,19
2. Entre 21 y 41 años	17	27	16	23	p = 1,000 ² OR = 0,91 IC95%: 0,34 – 2,39
3. Entre 41 y 61 años	9	11	4	1	p = 0,322 ¹ OR = 0,22 IC95%: 0,00 – 2,72
4. Superior a 61 años	2	1	0	1	p = 1,000 ¹ OR = Inf. IC95%: 0,02 – Inf.
Total	29	48	30	46	p = 0,949 ² OR = 0,93 IC95%: 0,46 – 1,87

Fuente: Formularios equivalentes a los casos recolectados entre 2013 y 2015 en la emergencia adulta del hospital 'Santa Casa' de la ciudad de Sobral.

1 – Prueba exacta de Fisher; 2 – Prueba del Qui-cuadrado.

Se identifica que el 38,6% de la muestra contenía historiales anteriores de autoagresión. En proporción, el adulto y el anciano tienen prevalencia mayor de 50% de este factor de riesgo. Hombres y mujeres presentaron una proporción cercana. La diferencia que tiene más significado está en el grupo de edad entre 12 y 21 años donde las mujeres tuvieron una prevalencia 10 veces mayor de incidentes anteriores.

Tabla 4: Historial de suicidio en la familia entre casos de intentos de suicidio atendidos en la emergencia adulta del hospital 'Santa Casa' de la ciudad de Sobral entre 2013 y 2015 por la edad y el sexo.

Edad	Masculino		Femenino		Estadísticas
	Sí	No	Sí	No	
1. Entre 12 y 21 años	3	7	10	21	p = 1,000 ¹ OR = 0,90 IC95%: 0,12 – 5,10
2. Entre 21 y 41 años	15	29	5	34	p = 0,045 ² OR = 3,46 IC95%: 1,03 – 13,7
3. Entre 41 y 61 años	4	16	2	3	p = 0,562 ¹ OR = 0,39 IC95%: 0,03 – 6,18
4. Superior a 61 años	1	2	0	1	p = 1,000 ¹ OR = Inf. IC95%: 0,00 – Inf.
Total	23	54	17	59	p = 0,383 ² OR = 1,47 IC95%: 0,67 – 3,28

Fuente: Formularios equivalentes a los casos recolectados entre 2013 y 2015 en la emergencia adulta del hospital 'Santa Casa' de la ciudad de Sobral.

1 – Prueba exacta de Fisher; 2 – Prueba del Qui-cuadrado.

El historial de suicidio en la familia se presenta en 26,1% de los casos, lo más común en hombres adultos. Un total de 29,9% de los hombres y 22,4% de las mujeres tienen este factor, lo que nos sugiere que en el sexo masculino esta variable se manifiesta de forma más intensa en la determinación del acto. El grupo de edad de adultos jóvenes (entre 21 y 41 años) presentó una diferencia estadísticamente importante, en la cual, hombres que intentaron suicidio presentaron una oportunidad 3 veces mayor que las mujeres, ($p = 0,045$) de relatar un histórico de suicidio en la familia.

Tabla 5: Aparición de trastornos mentales de base entre los casos de intentos de suicidio atendidos en la emergencia adulta del hospital ‘Santa Casa’ de ciudad de Sobral entre 2013 y 2015 de acuerdo con la edad y el sexo.

Edad	Masculino		Femenino		Estadísticas
	Sí	No	Sí	No	
1. Entre 12 y 21 años	0	10	10	21	p = 0,084 ¹ OR = 0,00 IC95%: 0,00 – 1,19
2. Entre 21 y 41 años	16	28	18	21	p = 0,495 ² OR = 0,67 IC95%: 0,25 – 1,76
3. Entre 41 y 61 años	9	11	3	2	p = 0,645 ¹ OR = 0,56 IC95%: 0,04 – 6,04
4. Superior a 61 años	1	2	0	1	p = 1,000 ¹ OR = Inf. IC95%: 0,00 – Inf.
Total	26	51	31	45	p = 0,465 ² OR = 0,74 IC95%: 0,36 – 1,50

Fuente: Formularios equivalentes a los casos recolectados entre 2013 y 2015 en la emergencia adulta del hospital ‘Santa Casa’ de la ciudad de Sobral.

1 – Prueba exacta de Fisher; 2 – Prueba del Qui-cuadrado.

Los resultados dan cuenta de que la cantidad que tiene mayor prevalencia de trastorno psíquico diagnosticado son los adultos, la gran mayoría del sexo femenino con edades entre 21 y 41 años. En general, las mujeres presentan un diagnóstico mejor definido (20,3%). No se identificaron trastornos en adolescentes del sexo masculino.

Se recalca que 20,26% de los casos intentaron anteriormente suicidarse y tenían trastornos mentales indicando fuerte asociación entre tales factores de riesgo con un aumento cercano de 3 veces más oportunidades de intento anterior de suicidio entre personas con psicopatologías de base.

DISCUSIÓN

La violencia dirigida hacia uno mismo, como asunto de salud pública de causa multifactorial, puede presentar distintos contextos clínicos asociados más específicamente a variables individuales, como por ejemplo grado de enfermedad mental, cultura de origen, estructura familiar e historia pasada.

El perfil socio-demográfico que se identificó para intento de suicidio mostró que estadísticamente hombres y mujeres intentaron suicidarse en la misma proporción. Tal dato alerta acerca de un posible cambio de normas epidemiológicas en esta región, teniendo presente que la literatura señala el predominio de mujeres en la violencia provocada por uno mismo⁽⁹⁻¹³⁾ o también indican que los factores de riesgo en dicha localidad estén afectando de forma más directa al sexo masculino. En el

estado de Ceará, en 2012, se registraron 352 ingresos hospitalarios por lesiones provocadas por uno mismo, 238 en hombres y 114 en mujeres, dato que comprueba el cambio mencionado.⁽¹⁴⁾

Hablando acerca del apoyo social restringido y la baja enseñanza que se observa en ambos grupos, se propone que animemos a las políticas de seguridad social y capacitación para el trabajo, además de otras acciones intersectoriales que componen un conjunto de estrategias de impacto acerca de los determinantes de la salud mental que se reflejan en la morbosidad de ideación e intento de suicidio.

Para personas que viven solas y para las que viven en una unión estable/casadas hubo una semejanza en las normas de violencia dirigida contra uno mismo. A pesar de que sea clasificada la soledad como contexto no apropiado para quienes tienen ideas suicidas⁽¹⁵⁾; en realidad, una investigación a la autoagresión asoció una buena parte de los casos a conflictos interpersonales y amorosos que se viven en las relaciones estables.

Un estudio caso-control de Harrison *et al.*⁽¹⁶⁾ que fue realizado con personas mayores concluyó que, al contrario de lo que se piensa, las dificultades en las relaciones interpersonales, hostilidad y conflictos predisponen más al suicidio que la soledad propiamente dicha.

También se apuntaron los conflictos de familia como factores de riesgo; un estudio internacional revela que familias monoparentales, relaciones de alto riesgo entre padres y madres y cambios en la estructura y funcionamiento de la familia son factores de extremo riesgo para el suicidio de niños y jóvenes⁽¹⁷⁾.

Los resultados también concluyen que cada vez más temprano las mujeres intentan suicidarse mientras que los hombres cada vez más tarde. Hablando de autoagresión, en una encuesta que se hizo con adolescentes de Argentina, 56,1% de las muestras también confirmaban los resultados que se mencionaron acerca del sexo femenino⁽¹⁷⁾.

El método que más se utilizó fue la Intoxicación Exógena. Diversos estudios reconocieron el creciente uso de los agentes tóxicos, como las “armas”, para que uno cause daño a sí mismo⁽¹⁸⁾. La razón puede estar relacionada con la dificultad de acceso a los medios más letales como el arma de fuego o hasta incluso el miedo a que sufran antes de la muerte, cosa que sucede en especial a individuos que intentan hacerlo por primera vez.

Se realizó en el mismo hospital un estudio donde un análisis que se hizo de las notificaciones intrahospitalarias por intento de suicidio a la causa de intoxicación exógena llevó a la conclusión de que “la incidencia que se considera elevada, presenta un carácter de emergencia de estas acciones ante la exposición fácil a los tóxicos, las crecientes cantidades de notificaciones y altos índices en adolescentes del sexo femenino si comparamos a otras regiones del país”.⁽¹⁹⁾

Se puede asociar el elevado uso de venenos a la cultura rural de varios municipios circundantes que recurren a la agricultura como fuente de ingresos y subsistencia. Un estudio caso-control⁽²⁰⁾ que se realizó en China identificó la relación de los pesticidas con el suicidio en una determinada comunidad rural. De los 370 suicidios que se incluyeron, 245 (66,2 %) murieron a la causa de ingestión de un pesticida, 50,4 %

tenían uno en su propia casa y 22,6% tenían un número superior a dos pesticidas, entre ellos, herbicida, insecticida, bactericida y raticida.

Las intoxicaciones por medicamentos, incluidos los ansiolíticos y antidepresivos, destacaron para un posible padrón de automedicación y prescripción indiscriminada de los fármacos. Este método tiene bastante significancia clínica, a medida que la sobredosis causa efectos sistémicos a largo plazo, casi siempre exigiendo una internación hospitalaria prolongada. De acuerdo con SINITOX (*Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - Brasil*), solamente en la región Nordeste de Brasil se registraron 637 intentos de suicidio por ingestión de medicinas en el año 2012.⁽²¹⁾

Erlangsen *et al*⁽²²⁾ realizaron un estudio de cohorte para evaluar la proporción de ancianos que murieron por suicidio que tenían una reciente prescripción de antidepresivos. Se identificó una creciente laguna entre la prevalencia estimada de depresión y la tasa de prescripción de antidepresivos para la muestra.

En cuanto a los diagnósticos de internación incoherentes, se remite esta como causa base para sub-registro de casos. La dificultad de registrar diagnósticos, conforme CID-10 para lesiones auto provocadas interfiere en la escalada del problema, una vez que la colecta de datos epidemiológicos se fundamenta en atestados de muerte, sistemas de registro intrahospitalarios y ambulatorios que pueden presentar errores, pues dependen de la interpretación subjetiva del profesional que los rellene.

De los 153 casos, 8 evolucionaron a óbito aun en el sector de emergencia más relacionado a la exposición/mortalidad del método y tiempo transcurrido hasta la atención de lo que es propiamente la asistencia hospitalaria o complicaciones clínicas derivadas de la internación. En la perspectiva del estudio, la discusión acerca del número de muertes registradas remite a la ineficacia de las acciones de prevención y al factor de impacto que tales variables de riesgo ejercen en la población.

Dando consideración al ocio como un aspecto subjetivo difícil de medir, se resalta la importancia de animar prácticas en los grupos de riesgo que tengan por finalidad traer consuelo, sociabilidad y alegría mediante un fuerte impacto protector evidenciado por la investigación.

En cuanto a los factores de riesgo, es importante mencionar que el contexto identificado no es determinante para la violencia provocada por uno mismo, pero puede obrar y contribuir para que dicha violencia ocurra cuando haya un sufrimiento psíquico intenso, es decir, el riesgo por sí solo no determina la autoagresión, pero un constructo ocasional es lo que pone de manifiesto el acto.

En lo que se refiere al abuso o la dependencia a las drogas, diversos autores presentan el alcohol como la sustancia que más está asociada a la práctica del suicidio; sea por motivación (la persona que tiene tal dependencia atribuye un sentido negativo a la vida) o como estimulante (la idea de muerte es impulsada por el efecto del alcohol).⁽²³⁻²⁵⁾

Para dicha población, los resultados mostraron que el uso de drogas por el adolescente puede aumentar en hasta nueve veces el riesgo de violencia provocada

contra uno mismo y que tal riesgo se puede presentar con más frecuencia en el sexo masculino, lo que conrrobra lo dispuesto en la literatura nacional e internacional.

Otra variable que se considera como de riesgo es el intento anterior de suicidio. Los investigadores están de acuerdo en que la persona que tuvo la experiencia de lastimarse ve que sus problemas aumentan tras el incidente y empieza a visualizar alternativas más mortales para suicidarse. Se predispone que todo contexto de riesgo que ya resultó en autoagresión se mantiene y, en el caso de no haber intervención, podrá incidir de nuevo.

Los adolescentes tuvieron un número diez veces más alto de este factor en las mujeres y los adultos respondieron por el mayor número de casos con este historial individual. Algo que preocupa los investigadores que analizaron una cohorte retrospectiva en el estado de Minas Gerais e identificaron 807 intentos de suicidio en 6 años, de los cuales 12 evolucionaron a muerte por suicidio, la mayoría en menos de 24 meses tras un incidente anterior.⁽²⁶⁾

Hablando del historial de suicidio en la familia, este predice que convivir con personas que idealizan la muerte es perjudicial y también sugiere que la herencia genética ejerza una influencia en el comportamiento autodestructivo. Estudios pioneros de la asociación del genoma con el intento de suicidio aun no lograron identificar variantes específicas, pero ya señalan la presencia de factores que relacionan la violencia dirigida contra uno mismo como expresión/fenotipo familiar en conjunto con aspectos ambientales.^(27, 28)

Al estudiar la historia familiar de 680 adolescentes que intentaron suicidarse, los investigadores identificaron que 12 de ellos tenían padres que murieron por suicidio revelando fuertes evidencias de que hasta la elección del método propende a ser la misma en estos núcleos parentales. Este estudio mostro que el sexo masculino y el adolescente fueron los más afectados por dicha variable confirmando los datos mencionados.⁽²⁹⁾

A partir de la caracterización de los casos, también se llegó a la conclusión de que la autoagresión tiene tratamiento, teniendo presente que buena parte de la gente que presenta un comportamiento autodestructivo también posee trastornos psíquicos de base no adecuadamente diagnosticados y/o tratados, como por ejemplo la esquizofrenia, los trastornos del humor, de personalidad y la depresión.

De esta manera, el enfoque adecuado de personas afectadas por trastornos mentales en servicios generales de salud, notablemente depresión, parece ser la forma más efectiva de prevenir el suicidio.⁽³⁰⁾

En esta investigación, 20,26% de la muestra de los casos intentaron anteriormente suicidarse y tenían un desorden mental de base lo que muestra una fuerte asociación entre estos factores de riesgo con un aumento aproximado de 3 veces más de oportunidad de las personas diagnosticadas con trastorno psíquico que también mencionan el intento anterior de suicidio.

A pesar de la posibilidad de delimitar camadas de riesgo, la violencia provocada contra uno mismo no es un fenómeno que se puede prever, pero que puede engrandecerse en una sociedad dónde son notables las dificultades económicas, la

desintegración familiar, uso de drogas, la violencia, la modificación de valores y la debilidad del sistema de salud.

CONCLUSIÓN

Los resultados son firmes para definir como factores de riesgo de la violencia provocada contra uno mismo, el uso excesivo/dependencia de drogas, intento anterior de suicidio, historial de intento de suicidio en la familia y ser portador de una enfermedad mental.

En la muestra de casos, prevalecieron los adultos jóvenes que usan el método de la Intoxicación Exógena, motivados por conflictos amorosos y familiares. El ocio ha demostrado ser el factor protección. Muchos de los controles mencionaron ideación suicida en algún momento de la vida, revelando una alta prevalencia de riesgo y dificultad en el acompañamiento de casos dentro de la Red de Salud Mental.

Entre todas las variables que se investigaron, el intento anterior de suicidio causado por uno mismo y ser portador de un desorden mental se mostraron con alto poder de impacto en esta región definiendo como estrategia de prevención urgente el fortalecimiento de la Red de Salud Mental y los servicios de salud en general, con el propósito de delimitar una serie de cuidados y capacitar para el diagnóstico apropiado, tratamiento precoz y supervisión del comportamiento autodestructivo. Se recomienda el seguimiento a partir de estos pronosticadores y la sensibilización para el informe.

El estudio tiene limitaciones en la medida que incluye solamente una unidad hospitalaria, pero por los resultados encontrados, contexto clínico y asociaciones de riesgo, determinamos que las variables que se identificaron tienen potencial de alcance en la población en general lo que se evidencia por los controles con predisposición al comportamiento autodestructivo.

Se ha desarrollado toda la investigación con el apoyo del servicio de psicología del hospital, teniendo en cuenta los parámetros éticos propios de la fragilidad biológica y psicológica del paciente y sus familiares.

A partir de estos apuntes, es posible repensar las actitudes, acciones y políticas dirigidas al suicidio, teniendo como objetivo en especial fortalecer la red de vigilancia y control de la comercialización y disponibilidad de medios, como también los registros y notificaciones de personas atendidas por autoagresión. Es razonable concluir que estas informaciones que se han colectado de sobrevivientes pueden prevenir nuevos casos o readmisiones.

REFERENCIAS

1. Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, Carli V, McDaid D, O'Connor R, Maxwell M, Ibelshauer A, Van Audenhove C, Scheerder G, Sisask M, Gusmão R, Hegerl U. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis* 2011; 32(6): 319-333.

2. World Health Organization (WHO). *Preventing Suicide: a global imperative*. Geneva: WHO Library; 2014.
3. Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding Suicide Risk: Identification of High Risk Groups during High Risk Times. *J Clin Psychol* 2012; 68(3): 349-361.
4. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet] 2009 [acceso 2013 Jan 23]; 31(2): 86-93. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>
5. Chan LF, Shamsul AS, Maniam, T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: A 12-month prospective study among patients with depressive disorders. *Psychiatry Res.* 2014; 220(3): 867-873.
6. Rêgo MAV. Estudos caso-control: uma breve revisão. *Gaz. Med. Bahia* [Internet] 2010 [acceso 2015 Mar. 11]; 80(1): 101-110. Disponible en: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/1089>
7. Lopes MVO, Lima JRC. Análise de Dados Epidemiológicos. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. 709p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre investigaciones involucrando seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2010 [acceso 2015 Set. 20]; 26(7): 1366-1372. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n7/15.pdf>
10. Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2009 [acceso 2015 Jun. 05]; 25(9): 2064-2074. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/20.pdf>
11. Pires MCC, Raposo MCF, Pires M, Sougey EB, Bastos Filho OC. Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet] 2012 [acceso 2015 Out. 18]; 34(1): 25-30. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v34n1/a06v34n1.pdf>
12. Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *J Bras Psiquiatr* [Internet] 2009 [acceso 2015 Nov. 15]; 58(2): 2009. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a03.pdf>
13. Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet] 2008 [acceso 2015 Jun. 05]; 30(2): 139-143 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n2/2566.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Indicadores e Dados Básicos*. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Botega NJ, Marín-Leon L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2009

- [acceso 2015 Set. 20]; 25(12): 2632-2638. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>
16. Harrison KE, Dombrowski AY, Morse JQ, Houck P, Schlernitzauer M, Reynolds CF, Szanto K. Alone? perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *Int Psychogeriatr* 2010; 22(3): 445-454.
17. Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Argent Salud Publica* 2010; 1(3): 24-29.
18. Damas FB, Zannin M, Serrano AI. Tentativas de suicídio com agentes tóxicos: análise estatística dos dados do CIT/SC (1994 a 2006). *Rev Bras Toxicol* [internet] 2009 [acceso 2015 Nov. 15]; 22(2): 21-26. Disponible en: [http://www.sbtox.org.br/Revista_SBTox/V22\[1-2\]2009/V22%20n%201-2%20Pag%2021-26.pdf](http://www.sbtox.org.br/Revista_SBTox/V22[1-2]2009/V22%20n%201-2%20Pag%2021-26.pdf)
19. Oliveira EN, Félix TA, Mendonça CBL, Ferreira GB, Freire MA, Lima PSF, Teodosio TT, Almeida PC, Linhares JM, Souza DR. Tentativa de suicídio por intoxicação exógena: contexto de notificações compulsórias. *Rev Gestão e Saúde* 2015; 6(3): 2497-2511.
20. Kong Y, Zhang J. Access to farming pesticides and risk for suicide in Chinese rural young people. *Psychiatry Res* 2010; 179(2): 217-221.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância [Internet] Região Nordeste: SINITOX; 2012 [acceso 2015 Dez. 05]. Disponible en: <http://www.fiocruz.br/sinitox/media/NO%20Tabela%204%202012.pdf>
22. Erlangsen A, Conwell Y. Age-Related Response to Redeemed Antidepressants Measured by Completed Suicide in Older Adults: A Nationwide Cohort Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014 Jan; 22(1): v. 22, n. 1, p. 25-33.
23. Branas CC, [Richmond TS](#), [Ten Have TR](#), [WiebeDJ](#). Acute Alcohol Consumption, Alcohol Outlets, and Gun Suicide. *Subst Use Misuse* 2011; 46(13): 1592-1603.
24. Vásquez CA, Buitrago SCC, Castrillón JJC, Ramos LC, Valencia KJG, Guevara JLM, Villegas JCO, Valencia GLS. Riesgo suicida e factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012. *Arch Med (Manizales)* 2013; 13(1): 11-23.
25. Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLF, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J Bras Psiquiatr* [Internet] 2010 [acceso 2015 Ago. 8]; 59(3): 167-172. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a01v59n3.pdf>
26. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2013 [acceso 2015 Ago. 20]; 29(1): 175-187. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>
27. Mullins N, [Perroud N](#), [Uher R](#), [Butler AW](#), [Cohen-Woods S](#), [Rivera M](#), [Malki K](#), [Euesden J](#), [Power RA](#), [Tansey KE](#), [Jones L](#), [Jones I](#), [Craddock N](#), [Owen MJ](#), [Korszun A](#), [Gill M](#), [Mors O](#), [Preisig M](#), [Maier W](#), [Rietschel M](#), [Rice JP](#), [Müller-Myhsok B](#), [Binder EB](#), [Lucae S](#), [Ising M](#), [Craig IW](#), [Farmer AE](#), [McGuffin P](#), [Breen G](#), [Lewis CM](#). Genetic Relationships Between Suicide Attempts, Suicidal Ideation and

Major Psychiatric Disorders: A Genome-Wide Association and Polygenic Scoring Study. *Am J Med Genet B* 2014; 165B(5): 428-437.

28. Omrani MD. A associação do TGF β 1 codão 10 polimorfismo com comportamento suicida. *Am J Med Genet B* 2012; 159B(7):772-775.

29. Lu TH, [Chang WT](#), [Lin JJ](#), [Li CY](#). Suicide Method Runs in Families: A Birth Certificate Cohort Study of Adolescent Suicide in Taiwan. *Suicide Life Threat Behavior* 2011 Dec; 41(6): 685-690.

30. [Trivedi MH](#), [Morris DW](#), [Wisniewski SR](#), [Nierenberg AA](#), [Gaynes BN](#), [Kurian BT](#), [Warden D](#), [Stegman D](#), [Shores-Wilson K](#), [Rush AJ](#). Clinical and sociodemographic characteristics associated with suicidal ideation in depressed outpatients. *Can J Psychiatry* [Internet] 2013 [acceso 2015 Ago. 20]; 58(2): 13-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442899>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia