



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Traballo de
fin de grao

Factores de risco en pacientes con conducta autolítica

Factores de riesgo en pacientes con conducta autolítica

Risk factors in patients with suicidal behaviour

Autor: Javier Arantón Martínez

Titora: Ángela Juana Torres Iglesias

Cotitor: Daniel Núñez Arias

Departamento: Psiquiatría

Xuño 2021

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis Directores de TFG, Dra. Ángela Juana Torres Iglesias y Dr. Daniel Núñez Arias, toda su dedicación, orientación, paciencia y apoyo a lo largo de estos meses.

ÍNDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	04
RESUMEN.....	06
RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
1. INTRODUCCIÓN.....	09
2. OBJETIVOS.....	15
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
3.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	17
3.2. Diagrama PRISMA.....	18
4. RESULTADOS.....	19
4.1. Variables sociodemográficas: Edad y sexo	20
4.2. Comorbilidades, antecedentes familiares psiquiátricos y diagnóstico psiquiátrico previo.....	21
4.3. Intento autolítico previo y riesgo de reintento autolítico.....	22
4.4. Ideación autolítica.....	23
4.5. Otros factores	24
4.6. Tabla de Resultados.....	25
5. DISCUSIÓN.....	29
6. LIMITACIONES	35
7. CONCLUSIONES.....	37
8. BIBLIOGRAFÍA.....	38

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- AVP: Años de vida perdidos
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- TUS: Trastorno por Uso de Sustancias
- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria
- PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
- IS: Intento de Suicidio
- RIS: Repetición de Intento de Suicidio
- BDE scale: Escala de Desesperanza de Beck
- BDI scale: Escala de Ideación Suicida de Beck
- OR: Odds Ratio
- SC: Suicidio Consumado
- FR: Factor de Riesgo
- FP: Factor Protector
- GAF score: Global Assessment of Functioning
- N°: número
- B: Coeficiente de regresión B
- IA: Ideas Autolíticas
- AbS: Intento de suicidio abortado
- IntS: Intento de suicidio interrumpido
- F: Prueba F de Fisher
- ASI: Anxiety Sensitivity Index
- BAM: Brief Addiction Monitor
- DASS-Depression:
- DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale
- TS: Calificación de la Tentativa de Suicidio
- RRS: Risk Repetition Scale
- SRS: Suicide Risk Scale
- Dx: Diagnóstico
- Tto: Tratamiento
- IRR: Índice de Riesgo Relativo
- HR: Hazard Ratio (cociente de riesgo)
- CI, IC: Intervalo de confianza
- Trast.: Trastorno
- NSA: Non-Suicide Attempter (No ha llevado a cabo intentos de suicidio)
- SA: Suicide Attempter (ha llevado a cabo un intento autolítico previo)
- BPRS: Brief Psychiatry Rating Scale

- SSI: Scale for Suicide Ideation
- CGI scale: Clinical Global Impression
- HAM-D: Escala de Depresión de Hamilton
- HAM-A: Escala de Ansiedad de Hamilton
- IRS: Inventario de Resiliencia ante el Suicidio
- FAF: Family Assessment Form
- RDI: Razón de tasas de incidencia
- GPC: Guía de Práctica Clínica

RESUMEN

Introducción: El suicidio es considerado por la OMS una de las causas de muerte más prevalentes en el mundo, provocando cerca de 800.000 muertes anuales, además de multitud de intentos de suicidio no consumado. Una línea de intervención es la identificación de factores de riesgo, sobre los que centrar estrategias de prevención.

Objetivos: Objetivo principal: Analizar el impacto de seis factores de riesgo en la conducta suicida: edad, sexo, antecedentes familiares psiquiátricos, comorbilidades, diagnóstico psiquiátrico previo y tentativas autolíticas previas.

Material y métodos: Revisión sistemática de la literatura científica, siguiendo la metodología PRISMA. Búsqueda centrada en estudios observacionales que incluyesen información sobre los factores de riesgo de suicidio. De un total de 594 artículos, 14 fueron finalmente incluidos en la revisión.

Resultados: El sexo masculino y una mayor edad se asociaron con un mayor riesgo de suicidio, y el sexo femenino y una menor edad con un mayor riesgo de intentos autolíticos. Las comorbilidades, y en especial la depresión; la muerte de un familiar por suicidio, ciertos factores psico-sociales y en especial, un intento de suicidio previo, fueron identificados como los factores de riesgo de mayor relevancia.

Conclusiones: Los adolescentes y los ancianos se han mostrado como grupos vulnerables con respecto al riesgo de suicidio. Los factores más determinantes a la hora de considerar el riesgo de suicidio son: las comorbilidades, el Trastorno por uso de sustancias, y el haber cometido un intento de suicidio previo. Las ideas autolíticas son un factor clave en la detección del riesgo de suicidio, debiendo investigarse más su papel como factor de riesgo.

Palabras clave: Suicidio, Intento de suicidio, Suicidio completo, Ideación suicida, Factores de riesgo.

RESUMO

Introdución: O suicidio é considerado pola OMS unha das causas de morte máis prevalentes no mundo, provocando preto de 800.000 mortes anuais, ademais de multitude de intentos de suicidio non consumado. Unha liña de intervención é a identificación de factores de risco, sobre os que centrar estratexias de prevención.

Obxetivos: Obxectivo principal: Analizar o impacto de seis factores de risco na conducta suicida: idade, sexo, antecedentes familiares psiquiátricos, comorbilidades, diagnóstico psiquiátrico previo e tentativas autolíticas previas.

Material e métodos: Revisión sistemática da literatura científica, seguindo a metodoloxía PRISMA. Búsqueda centrada en estudos observacionais que incluisen información sobre os factores de risco de suicidio. Dun total de 594 artigos, 14 foron finalmente incluídos na revisión.

Resultados: O sexo masculino e unha maior idade asociáronse con un maior risco de suicidio, e o sexo feminino e unha menor idade con un maior risco de intentos autolíticos. As comorbilidades, e en especial a depresión; a morte dun familiar por suicidio, certos factores psico-sociais e, en especial, un intento de suicidio previo, foron identificados como os factores de risco de maior relevancia.

Conclusiones: Os adolescentes e os ancianos mostráronse como grupos vulnerables con respecto ó risco de suicidio. Os factores máis determinantes á hora de considerar o risco de suicidio son: as comorbilidades, o Trastorno por uso de sustancias, e ter cometido un intento de suicidio previo. As ideas autolíticas son un factor clave na detección do risco de suicidio, debendo investigarse máis o seu papel como factor de risco.

Palabras clave: Suicidio, Intento de suicidio, Suicidio completo, Ideación suicida, Factores de risco.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is considered by the WHO as one of the most common causes of death in the world, being responsible for 800,000 deaths each year, in addition to a multitude of non-fatal suicide attempts. One line of intervention is the identification of risk factors on which to focus prevention strategies.

Objectives: Main objective: To analyze the impact of six risk factors for suicidal behavior: age, gender, family psychiatric history, comorbidities, previous psychiatric diagnosis and previous suicide attempts.

Material and methods: Systematic review of the scientific literature, following the PRISMA methodology. The search is focused on observational studies that included information on suicide risk factors. From a total of 594 articles, 14 were finally included in the review.

Results: Male sex and older age were associated with a higher risk of suicide, and female sex and younger age with a higher risk of suicide attempts. Comorbidities, and especially depression; death of a family member by suicide, certain psychosocial factors and especially, a previous suicide attempt, were identified as the most relevant risk factors.

Conclusions: Teenagers and the elderly have been shown as vulnerable groups in regard to suicide risk. The most determinant factors when considering suicide risk are: comorbidities, Substance use disorder, and having committed a previous suicide attempt. Suicidal ideation is a key factor in the detection of suicide risk, and its role as a risk factor should be further investigated.

Key words: Suicide, "Suicide, Attempted", "Suicide, Completed", Suicidal Ideation, Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es un problema real y de gran magnitud en salud pública. Cada año se observa un enorme volumen de personas que llevan a cabo suicidio. Tanto es así que la conducta suicida se ha convertido en uno de los problemas que provocan más años de vida perdidos (AVP) en la sociedad, incluso más que la gran mayoría de causas de muerte (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo, lo que supone más de 800,000 muertes cada año (2). Esto, sumado al hecho de que esta cifra continúa en aumento en los últimos años, ha condicionado que multitud de países y organismos internacionales hayan empezado a trabajar buscando frenar esta tendencia. En esta línea, y a través de planes específicos, como el *Plan de Acción de Salud Mental* (3), y el *European Pact for Mental Health and Well-Being* (4), muchos organismos se han propuesto como objetivo descender la conducta suicida.

En España, pese a existir menor riesgo de suicidio que en otros países europeos (7,5 por 100000 habitantes frente a una media de 10,9 por 100000 en Europa en 2015), se ha pasado de riesgo bajo a moderado en los últimos veinte años (la tasa en 1980 en hombres era de 6,7/100000 y ha pasado a un 11,7/100000 registrado en 2016, con aumento también en las mujeres) (5).

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) apuntan a que, en España, el suicidio es el agente más frecuente dentro de las causas externas de muerte desde el año 2008 (6,7,8). Éstas son el motivo de muerte más importante el grupo de edad de 15 a 39 años, aunque el suicidio también se ha visto incrementado en los últimos años de forma relevante entre los 30 y los 54 años (5).

Hablando en cifras, en el último informe del INE figura (9): “el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa durante los cinco primeros meses de 2020. Por esta causa hubo 1.343 fallecimientos, un 8,8% menos que en el mismo periodo del año anterior”(p 12). Si bien este informe es extraído de una nota de prensa, los datos desglosados previos del INE, que son de 2018, hacen referencia a que el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.539 fallecimientos, (un 3,8% menos que en 2017, por lo que este 2018 supuso un frenazo a la tendencia previa en la que este dato venía aumentando desde los años 2016 y 2017) (8,9).

Aún así, la tendencia global es hacia el aumento del comportamiento suicida, cuyos motivos se desconocen (10), y requerirían de más investigación. A esto se le añade la dificultad de obtener datos estadísticos y epidemiológicos reales, puesto que el suicidio es frecuentemente infraestimado (11). Es necesario destacar que en la actualidad no se presentan datos representativos de las tentativas autolíticas, que, aun careciendo de cifras oficiales, se estima que superan en hasta 20 veces el número de suicidio consumados (algunos estudios llegan a

afirmar que en 30) (7,12). Estas tentativas autolíticas son de gran relevancia, como veremos más adelante, y presentan características epistemológicas y factores de riesgo diferentes a los de las personas que fallecen por suicidio.

Cabe destacar que uno de los factores determinantes a la hora de realizar estudios y planes de prevención sobre el suicidio es la falta de consenso en cuanto a la terminología utilizada entre diferentes manuales y guías al respecto. La OMS, en su publicación *Preventing suicide: a global imperative* (10), hace referencia a “conducta suicida” como “un grupo de comportamientos que incluyen pensamientos suicidas (o ideación autolítica), realizar planes de suicidio, realizar intentos autolíticos, o llevar a cabo un suicidio como tal” (p12). Se incluye en la definición la ideación autolítica, a pesar de que no todos los expertos están a favor de esta consideración; y no se incluye el “daño autoinfligido”, por la dificultad en la valoración de su riesgo en este aspecto.

La OMS, en su programa *SUPRE* para la prevención del suicidio iniciado en 1999 (13), define una serie de problemas y desafíos actuales en cuanto a esta materia. A pesar de las innegables cifras en aumento de suicidios por año, del aumento de incidencia en menores y de ser reconocido como la tercera causa de muerte más común en personas de 15-44 años y la segunda en el grupo de 10-24 años, la prevención del suicidio no se ha abordado de forma adecuada. La OMS reconoce que todavía quedan muchos países que no han incluido el suicidio entre sus prioridades sanitarias. Además, la falta de sensibilización y la concepción del tema como tabú impiden hablar abiertamente de ello, haciendo la prevención mucho más complicada. Por último, las estrategias de prevención del suicidio son altamente complejas y requieren un abordaje multidisciplinar pleno, y no solo en el ámbito sanitario. La coordinación entre sanitarios, fuerzas de seguridad del Estado, servicios sociales, medios de comunicación, escuelas... es de vital importancia para lograr una normalización de la situación, una mejor información y una actuación más rápida y eficaz en el momento en que se precise.

En lo referente a estrategias de prevención, cabe destacar también que no existe un modelo universal de actuación, sino múltiples modelos elaborados por distintos organismos y con objetivos y estrategias de prevención que, si bien son similares, difieren en algunos aspectos. Esto, sumado al hecho de que múltiples países no reconocen el suicidio como una de sus prioridades sanitarias, hace que concretar y poner en marcha unas medidas preventivas eficaces y universales sea una tarea de gran dificultad (13). Por otra parte, cada vez es mayor la concienciación sobre el suicidio y su peso en la mortalidad global, y esto ha llevado a que cada vez existan más estudios que buscan discernir nuevos factores de riesgo, el peso específico de cada uno de ellos y la utilidad de distintos métodos de screening y prevención (10).

Si bien cada vez la investigación sobre el suicidio es mayor, y cada vez existen más estudios al respecto, la realidad es que las estadísticas y el número de estudios sobre la materia son

todavía muy limitados, lo que hace de elaborar estrategias de prevención un reto considerable. Los factores más importantes a tener en cuenta a la hora de establecer un plan de prevención de este tipo son un amplio conocimiento del área donde se pretende implementar, así como de aquellos factores de riesgo con más peso en ese área, pues serán el objetivo principal de estas estrategias (planes de la OMS, plan europeo...) (14).

Gracias a los estudios publicados hasta la fecha, se ha podido profundizar ampliamente en la identificación de los factores de riesgo de suicidio, así como en la identificación de otros que reducen la tendencia o la gravedad de estos. El sexo y la edad son, por ejemplo, dos factores a considerar en la conducta suicida: se identifica un mayor riesgo de suicidio en varones, que aumenta además a medida que lo hace la edad, mientras que si nos referimos a intentos de suicidio, estos son más habituales en mujeres, y se reducen en tanto que aumenta la edad (1,15,16,17). Además de estos dos, existen multitud de factores sociodemográficos que influyen en la conducta suicida, pudiéndose resumir éstos en cualquier factor estresante o que produzca ansiedad o disconfort en el individuo (1,10,15).

Son también factores de riesgo de suicidio el presentar alguna enfermedad somática, en especial si ésta es incapacitante (17). Las enfermedades psiquiátricas también se relacionan con un mayor riesgo de suicidio en quien las padece, siendo las que mayor riesgo presentan los trastornos de personalidad, el trastorno bipolar y la depresión mayor (con un riesgo hasta 20 veces superior que el de la población general) (15). En la misma línea, la presencia de suicidios en el entorno familiar inmediato está también asociado a un mayor riesgo para el entorno en cuestión. En la revisión de Ayuso-Mateos et al. (1), se recoge un riesgo para los familiares de primer grado de una persona que ha cometido suicidio, de hasta 3 veces el de la población general.

El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), y especialmente el abuso de alcohol, es otro factor de riesgo de reconocido peso, además de actuar también como factor precipitante de suicidio (15). Todas las sustancias conocidas como drogas de abuso tienen, además, un peso en el riesgo de suicidio por parte de sus usuarios, y ciertos estudios han detectado un riesgo significativamente mayor en aquellos con dependencia a múltiples sustancias, hasta 20 veces mayor que en la población general (1).

Volviendo sobre la edad, hay dos grupos en los que se centran especialmente las estrategias de prevención de suicidio: los adolescentes y los ancianos. En el caso de jóvenes y adolescentes, el suicidio se considera una de las primeras causas de muerte, según los datos del INE (8-9). Los factores que pueden influir son muy variados y, en general, similares a los de la población general, con algunas variantes. Además de los trastornos psiquiátricos y el TUS, la revisión de Ayuso-Mateos et al. (1), identifica un mayor riesgo en adolescentes que han abandonado la escuela, que no tienen estudios universitarios y en aquellos con un bajo nivel socioeconómico. Por último, consultando el *Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo* (18), obtenemos que la situación de mayor riesgo para

presentar conducta suicida se da en individuos que, o bien realizaron un intento previo, o presentan un trastorno psiquiátrico, o perdieron a un ser querido por suicidio.

Los pacientes geriátricos son otro grupo de especial vulnerabilidad, pues como se ha comentado anteriormente, el riesgo de suicidio aumenta, en líneas generales, en tanto que lo hace la edad. En estos pacientes debemos prestar especial atención a enfermedades incapacitantes, pérdida de autonomía para las ABVD, aislamiento social, y a la depresión, como comorbilidad que mayor riesgo provoca (1).

Con todo, el intento autolítico previo es, sin duda, el factor de riesgo con mayor peso en la conducta suicida (15). Se ha observado en distintos estudios que, en los grupos de pacientes con un intento de suicidio previo, la mortalidad por suicidio es mayor que en la población general. Así, el riesgo se mantiene en los años posteriores al intento, siendo mayor el riesgo cuanto más reciente sea el intento (1,7,15). Los estudios parecen coincidir en que el primer año posterior al intento es el período de mayor riesgo, aunque en algunas series se observa que este período de riesgo se prolonga mucho más, de 2 hasta 5 años (19-20).

Las ideas autolíticas son también un factor de riesgo clave a la hora de la prevención y, sobre todo, de la identificación de pacientes susceptibles de cometer suicidio. Según la revisión de Hubers et al. (21), que investiga sobre la asociación de las ideas autolíticas y el suicidio consumado, observamos que la probabilidad de cometer suicidio en pacientes que habían presentado ideas autolíticas previas fue sustancialmente superior al riesgo en aquellos que no las presentaron, tanto en pacientes con patología psiquiátrica como en la población general.

La entrevista clínica es la herramienta fundamental para detectarlas, pues es accesible para cualquier profesional en cualquier momento y lugar, y permite catalogar rápidamente a un paciente como de alto riesgo de cara a una tentativa autolítica (15-17). En la entrevista clínica, sobre todo en el ámbito psicológico y psiquiátrico, y en cualquier otro ámbito ante la más mínima sospecha, se debe preguntar explícitamente por ideas de suicidio, así como por planes concretos para llevarlo a cabo, que condicionan todavía más riesgo. En las guías de práctica clínica, además, uno de los factores que identifica a un paciente como “de riesgo” o “en situación de alarma” es el hecho de presentar ideas autolíticas, recalcando aun más la importancia en su detección (16,18). Dicho esto, hay pocos estudios centrados específicamente en el impacto de estas ideas en la conducta suicida, lo que muy probablemente está relacionado con la dificultad de realizar estudios al respecto, o de evaluar específicamente su peso, pues lo más habitual es que estén asociadas a otros factores de riesgo.

Si bien cada vez se conocen más factores que parecen influir en la conducta suicida, la realidad es que se trata de una patología multifactorial, derivada de una combinación de factores ambientales (tales como experiencias vividas, factores biológicos, problemas psiquiátricos...) y de factores genéticos, sin estar muy claro todavía el peso que cada uno de

ellos tiene a la hora de condicionar un suicidio o intento de suicidio. En el documento “General Guidelines on Suicide Prevention, del grupo Euregenas (22), figura un modelo explicativo de cómo se genera la conducta suicida, y los factores que están implicados en ella (Figura 1). Este aspecto también complica ampliamente el diseño de estrategias de prevención, pues son tantos los factores que están implicados que es difícil influir en todos ellos.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, parece necesario seguir profundizando en el estudio de la conducta suicida, de los factores que la favorecen y la merman, y de posibles estrategias de prevención, así como extender estos estudios a distintas áreas geográficas y grupos sociales, intentando identificar factores de riesgo más prevalentes en determinados grupos, con el fin de elaborar mejores y más dirigidas estrategias de prevención.

Figure 3: An explanatory model of suicidal behaviour (van Heeringen, 2001)

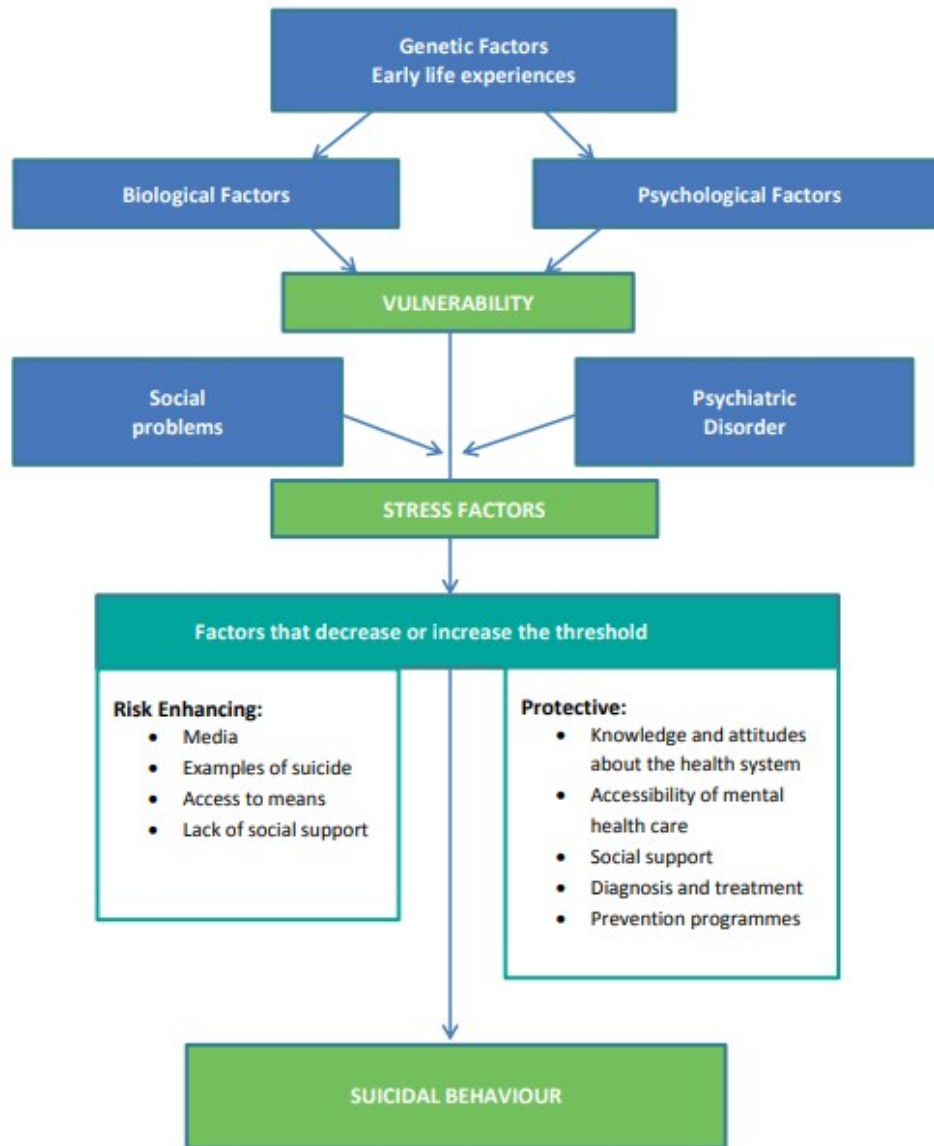


Figura 1: General Guidelines on Suicide Prevention. Euregenas; 2014 (p 11) (22).

OBJETIVOS

1. OBJETIVO PRINCIPAL:

Analizar el impacto de 6 factores de riesgo en la conducta suicida: edad, sexo, antecedentes familiares psiquiátricos, comorbilidades, diagnóstico psiquiátrico previo y tentativas autolíticas previas.

2. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- 2.1 Analizar el impacto de las ideas autolíticas en la conducta suicida, así como su impacto en asociación con los seis factores anteriores
- 2.2 Analizar el impacto de haber presentado un intento de suicidio de cara a un futuro riesgo de repetición, así como su asociación con los factores anteriores
- 2.3 Analizar el impacto de otros factores de riesgo de suicidio, además de los mencionados anteriormente

MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo esta revisión sistemática se siguieron algunos de los criterios y recomendaciones que figuran en la declaración PRISMA. En primer lugar, se revisó la literatura utilizando tres bases de datos: PubMed, Embase, y Cochrane Library. Debido a las limitaciones en cuanto a número de términos y operadores establecidas por Embase y Cochrane Library con respecto a PubMed, fue necesario realizar la búsqueda bibliográfica con estrategias ligeramente distintas en las 3 fuentes, tratando de mantener la mayor similitud posible.

La estrategia utilizada en PubMed fue: *((("suicide"[MeSH Terms] OR "suicide, attempted"[MeSH Terms] OR "suicidal ideation"[MeSH Terms] OR "suicide"[Title] OR "suicidal"[Title]) AND ("Risk Factors"[MeSH Terms] OR "risk factor"[Title] OR "Risk Factors"[Title] OR "risk of suicide"[Title] OR "risk profiles"[Title] OR "predictors"[Title]))).*

La estrategia utilizada en Embase fue: *1. *suicide/ or *suicide attempt/ (41083); 2. *risk factor/ (89158); 3. 1 and 2 (530); 4. (clinical trial or observational study or controlled study).af. (9073816); 5. 3 and 4 (197).*

La estrategia utilizada en Cochrane Library fue: *#1 - (suicide OR suicidal):ti AND (risk factor):ti,ab,kw" AND (trials).*

Del total de artículos devueltos por las tres bases de datos mencionadas, solo se han considerado estudios observacionales e intervencionistas, descartándose revisiones sistemáticas y metaanálisis. La búsqueda fue realizada en febrero de 2021, y obtuvo 594 resultados.

3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los **criterios de inclusión** para la selección de artículos en esta revisión han sido los siguientes:

1. Artículos que tratan sobre el análisis de factores de riesgo de suicidio en la población general
2. Artículos que tratan sobre el análisis de factores de riesgo de suicidio en pacientes con patología psiquiátrica
3. Artículos que tratan sobre el análisis de la ideación autolítica y su impacto como factor de riesgo
4. Artículos que tratan sobre el impacto de los intentos de suicidio de cara a futuras tentativas, y su análisis como factor de riesgo de suicidio

5. Artículos que tratan sobre el análisis del impacto de diferentes variables sociodemográficas en el suicidio/intento de suicidio

Los **criterios de exclusión** para la selección de artículos en esta revisión han sido los siguientes:

1. No presentar ninguno de los temas anteriormente citados
2. Artículos publicados en un intervalo anterior a los últimos 10 años (previos a 2011)
3. Artículos escritos en un idioma distinto a inglés o castellano
4. Artículos centrados en grupos poblacionales y/o sociales muy específicos
5. Artículos centrados en factores de riesgo de suicidio en patologías concretas no psiquiátricas

3.2 DIAGRAMA PRISMA

El diagrama de flujo PRISMA representa el proceso de selección.

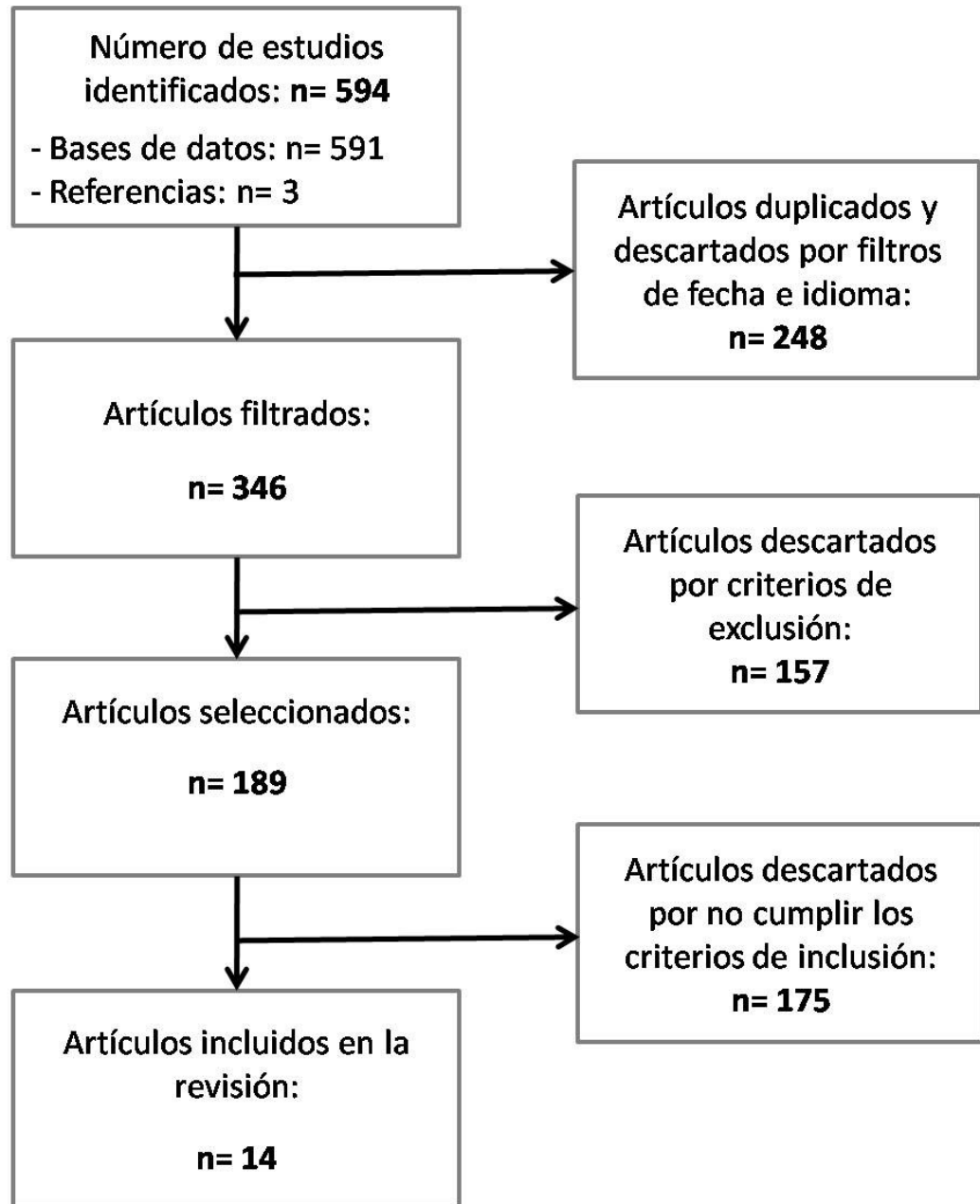


Figura 2: Diagrama de flujo PRISMA: Resultados de la búsqueda y selección sistemática (elaboración propia)

RESULTADOS

Como se muestra en la figura 2, se identificaron a través de las bases de datos consultadas 591 artículos, además de otros 3 incluidos a través de otras fuentes, suponiendo un total de 594. Aplicados los criterios de inclusión y exclusión, fueron 14 los artículos que finalmente se ajustaron a los términos establecidos para esta revisión, y que como tal, serán analizados a continuación.

De los 14 estudios finalmente seleccionados, seis se corresponden con estudios transversales (5,23,24,25,26,27), otros seis son estudios de cohortes (20,28,29,30,31,32) y dos son estudios de casos y controles (33,34). Seis de los estudios se han realizado en España (5,20,24,29,33-34). En cuanto a los demás, tres se han realizado en Europa, concretamente en Alemania (27), Suecia (31) y Finlandia (32); tres en América, en EEUU (28,30) y en México (25); y uno en Asia, en Corea del Sur (26). El estudio de Rogers et al. (23), no especifica en qué lugar ha sido realizado.

En la mayor parte de los estudios seleccionados, la media de edad de los participantes es de 40-45 años (20,24,27,29,33). Dos de los estudios que no cumplen esta condición son los realizados por Rogers et al. (23) y por Dávila-Cervantes et al. (25), en los cuales se observa una media de edad de 19.3 años (SD 2.64) y de 15 años respectivamente. En el primero, la muestra fue obtenida de una encuesta realizada a alumnos no graduados en secundaria y estudios superiores; y en el segundo fue obtenida de una encuesta a los estudiantes de Ciudad de México. En los estudios restantes incluidos en esta revisión no se recogen datos sobre la media de edad de los participantes.

Analizando los grupos en función del sexo, se observa que en seis de los estudios la mayoría de los participantes son mujeres (23,28-31,33). En los escritos por Tejedor et al. (20), Lewitzka et al. (27), y Pallaskorpi et al. (32), la mayoría de los participantes eran también mujeres, si bien la diferencia entre ambos grupos es muy reducida (44-56 en el primero, 93-135 en el segundo, y 86-91 en el tercero). Dos de los estudios incluidos, los realizados por Mejías Martín et al. (24) y por Cayuela et al. (5), presentan una mayor proporción de participantes varones (13505-11951, y 85000-28194 respectivamente). En el estudio de Dávila-Cervantes et al. (25), se identifican valores absolutos similares en ambos sexos (50.2%-49.8%); y en el resto de los estudios seleccionados no se recogen los datos necesarios para evaluarlo.

Como se muestra en la Tabla 1, se han diferenciado en los distintos estudios tres grupos en función de las características de la muestra, teniendo en cuenta si los participantes han cometido suicidio consumado (SC), si han realizado uno o más intentos de suicidio (IS) o si presentan ideación autolítica (IA). Así, entre los artículos seleccionados para esta revisión, el 71% estudian grupos de pacientes que han realizado uno o más intentos autolíticos (20,23-27,29-30,32-33). Entre estos diez estudios, los realizados por Mejías-Martín et al. (24), y por

Parra-Uribe et al. (29), comparan este grupo de pacientes con otro en el que sus integrantes han llevado a cabo suicidio consumado (SC); y los realizados por Rogers et al. (23), y por Lewitzka et al. (27), estudian la variable “ideas autolíticas” (IA) como posible factor de riesgo de suicidio o de repetición de intento de suicidio. Los artículos restantes, aquellos cuya autoría corresponde a Cayuela et al. (5), a Nie et al. (28), a Hansson et al. (31) y a Fradera et al. (34), se basan en un grupo de pacientes que han consumado suicidio (SC).

4.1 Variables sociodemográficas: Edad y sexo

De los catorce estudios incluidos en la revisión, nueve de ellos aportan resultados sobre variables sociodemográficas. El estudio de Fradera et al. (34), aporta datos sobre el número total de suicidios en su muestra por edad, y recoge un 74% de suicidios consumados en pacientes varones, frente a un 26% en mujeres. Teniendo en cuenta la edad de los participantes, se refleja un mayor número de suicidios en pacientes mayores de 65 años (33.78%). El estudio de Mejías-Martín et al. (24), compara valores de edad y sexo entre pacientes que han llevado a cabo suicidio consumado, y aquellos que han presentado uno o más intentos de suicidio, obteniendo resultados a favor de una mayor incidencia de suicidio consumado en varones, hasta cuatro veces mayor (RDI 4.02, IC95% 3.76;4.29, $p<0.001$) y de una menor incidencia de intentos autolíticos en éstos comparado con los realizados por mujeres, si bien es bastante similar entre ambos sexos (RDI 0.88, IC95% 0.86;0.91, $p<0.001$). Analizando los valores en función de la edad, se obtienen resultados a favor de un mayor incidencia de SC a mayor edad, siendo máxima a los 80-84 años (RDI 6.6 IC95% 5.74;7.58, $p<0.001$), con un mayor incremento del valor de RDI con la edad en varones. En cuanto a la incidencia de intento autolítico, se observa una RDI máxima entre los 40-44 años (RDI 1.7 IC95% 1.61;1.78, $p<0.001$), decreciendo con la edad.

El estudio de Dávila-Cervantes et al. (25), que toma su muestra de un grupo de estudiantes de Ciudad de México, obtiene una mayor tasa de intento de suicidio entre estudiantes mujeres (OR 3.1 IC95% 2.7;3.7 $p<0.001$). Dividiendo a los estudiantes por grupos de edad, se observó mayor incidencia de intentos de suicidio en los grupos de 15 años o menos (OR 1.6 IC95% 1.4;1.9, $p<0.001$) y de 18 años o más (OR 1.4 IC95% 1.0;1.8, $p<0.033$), con respecto al grupo de 16 a 17 años. En el estudio de Rogers et al. (23), también realizado en adolescentes, se identificaron diferencias entre ambos sexos, no identificándose éstas entre distintos grupos de edad. Así, las mujeres incluidas en este estudio presentaron un mayor número de intentos de suicidio (91.9%) y una menor incidencia de ideación autolítica (8.1%) que los hombres (60% IS y 40% IA respectivamente). En el otro extremo etario aportamos el estudio de Kang et al. (26), que compara el riesgo de IS entre dos grupos de pacientes de una muestra tomada de Corea del Sur. Los grupos, identificados en este estudio como “elderly” y “non-elderly”, serán clasificados para esta revisión como pacientes mayores de 80 años (elderly) y pacientes menores de 80 años (non-elderly). Así, se obtienen resultados similares para ambos grupos, en los que el sexo masculino se identifica como factor de riesgo de IS ($p<0.001$ en mayores de

80 años; $p < 0.019$ en menores de 80 años). Además, entre los pacientes menores de 80 años, el tener una mayor edad también se ha identificado como factor de riesgo ($p < 0.001$).

El estudio de Parra-Urbe et al. (29), detecta un mayor porcentaje de suicidio consumado en pacientes de edad avanzada ($50.9 \pm 11.9 - 40.7 \pm 16.0$, $p = 0.004$), sin identificar diferencias por sexos. El estudio de Hansson et al. (31), identifica un mayor riesgo de suicidio consumado en varones, casi 3 veces mayor (HR: 2.56 IC95% 1.68-3.92), pero es importante mencionar que la muestra de este estudio se compone de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar.

Cerrando este apartado, el estudio de Cayuela et al. (5), que analiza la mortalidad por suicidio en España entre 1980 y 2016, detecta cambios en los porcentajes de suicidios consumados en función del sexo: la tasa de mortalidad aumentó en varones de 9.8/100000 (1980) a 11.8/100000 (2016), incremento medio anual del 0.8%. En mujeres aumentó de 2.7/100000 (1980) a 3.7/100000 (2016), incremento medio del 1%.

Los estudios restantes incluidos en esta revisión no reconocen diferencias significativas analizando los datos en función de edad y sexo.

4.2 Comorbilidades, antecedentes familiares psiquiátricos y diagnóstico psiquiátrico previo:

De los catorce estudios incluidos, ocho aportan datos sobre comorbilidades y trastornos psiquiátricos en los individuos o en sus familiares, identificados como factores de riesgo de suicidio. Destacar que los datos etiquetados en estos estudios como “abuso de alcohol” o “abuso de drogas” han sido agrupados para esta revisión como TUS (Trastorno por Uso de Sustancias).

El estudio de Fradera et al. (34), identifica como factores de riesgo la existencia de un diagnóstico psiquiátrico y el estar recibiendo tratamiento psiquiátrico en el último año, pues un mayor porcentaje de participantes que cometieron suicidio cumplían estas condiciones, comparados con el grupo control (75.8% - 42.3%; 65.1% - 23.2% respectivamente). Aportan resultados similares el estudio de Nie et al. (28), que identifica el “distress psicológico” como factor de riesgo de SC (HR 3.34 IC95% 1.81;6.18); y el de Tejedor et al. (20), que identifica un menor tiempo de supervivencia en los participantes con diagnóstico psiquiátrico frente a los que no lo tienen ($p = 0.01$).

Un factor de riesgo para SC recogido en dos de estos estudios es el Trastorno por uso de sustancias (TUS), identificado como tal en los estudios de Nie et al. (28) (HR 1.93 IC95% 1.14-3.27), y de Parra-Urbe et al. (29), que detectó un mayor número de suicidios consumados en pacientes dependientes de alcohol comparados con los no dependientes, con resultados estadísticamente significativos (33.3% - 17.2% $p = 0.047$). Destacar que el primer

estudio identifica también como factor de riesgo el hábito tabáquico (HR 2.26 IC95%1.49;3.43) (28).

En lo referente a comorbilidad, el estudio de Nie et al. (28) identifica la presencia de enfermedad somática como factor de riesgo de suicidio en su muestra, siendo las que presentan valores significativos el enfisema (HR 2.79 IC95% 2.10;10.20), la enfermedad hepática (HR 4.63 IC95% 2.10;10.20), la enfermedad renal (HR 2.26 IC95% 1.00;5.06) y el cáncer (HR 2.18 IC95% 1.32;3.59). Además, dos de los estudios seleccionados eligen para su muestra personas diagnosticadas de trastorno bipolar, por lo que se incluirán sus resultados en este apartado. Así, el estudio de Hansson et al. (31), identifica como factores de riesgo de suicidio consumado los siguientes: sexo masculino (HR 2.56 IC95% 1.68;3.92), vivir solo (HR 2.45 IC95% 1.36;4.43), existencia de intento autolítico previo (HR 4.10 IC95% 2.43;6.92), comorbilidad psiquiátrica (HR 2.64 IC95% 1.69;4.13), TUS (HR 3.79 IC95% 2.21;6.50) ingreso en hospitalización de psiquiatría e ingreso involuntario (HR 2.79, HR 3.50 respectivamente); y el estudio de Pallaskorpi et al. (32), identifica como factores de riesgo de repetición de intento de suicidio los siguientes: menor edad (OR 0.96 $p=0.017$), haber realizado intentos autolíticos previos (OR 6.94 $p<0.001$), presentar trastorno bipolar de ciclos rápidos (OR 2.35 $p= 0.023$), altas puntuaciones en las escalas BDI, HAM-D, BAI, HS, SSI (todas con $OR>1$, $p<0.05$) y presentar trastornos de ansiedad (OR 2.08, $p=0.04$), trastornos de personalidad Cluster A (OR 3.83 $p= 0.01$) y neuroticismo (OR 1.2, $p<0.001$) fuera de los episodios. Además, se han identificado factores de riesgo en pacientes que presentan episodios depresivos mayores en el contexto de un trastorno bipolar. Estos son la duración de los episodios, presentar trastornos de personalidad Cluster C y alta puntuación en la escala HAM-D.

Ninguno de los estudios seleccionados hace referencia a antecedentes familiares psiquiátricos como tal, aunque sí a situaciones de mala convivencia, eventos vitales adversos o malas relaciones familiares.

4.3 Intento autolítico previo y riesgo de reintento autolítico

De los estudios seleccionados para esta revisión, siete estudian como posible factor de riesgo el intento de suicidio previo, o aportan datos sobre el riesgo de reintento.

El haber realizado uno o más intentos autolíticos con anterioridad es recogido como factor de riesgo en tres estudios: los de Tejedor et al. (20), en el que además de considerar el intento autolítico como factor de riesgo (Tasa de Mortalidad Estandarizada 171.42 IC95% 91.51;248.67, $p<0.0001$) también lo hace con el número de intentos, concluyendo que a mayor número de intentos, mayor es el riesgo, y menor la probabilidad de supervivencia (Coeficiente B 0.72, $p<0.0001$); en el estudio de Bostwich et al. (30), en el que se observó que, posterior al intento índice, el 81% de los participantes que lo habían llevado a cabo se

habían suicidado durante el siguiente año; y en el estudio de Hansson et al. (31), en el que presentar un intento previo supone un HR de reintento con desenlace fatal de 4.10 (IC95% 2.43;6.92).

El estudio de Espandian et al. (33), describe un mayor riesgo de reintento de suicidio en los 180 días posteriores al intento de suicidio previo, casi 5 veces mayor en este intervalo (OR 4.9 IC95%). Si bien este factor de riesgo no es analizado como tal por el resto de los estudios, dos de ellos sí identifican un mayor porcentaje de muertes en el primer año tras un intento de suicidio. Son los estudios de Parra-Uribe et al. (29), que identificó que el 88% de los intentos y reintentos de suicidio que se dieron en su estudio ocurrieron en los 2 primeros años posteriores al intento; y de Bostwich et al. (30), que identificó que el 81% de las muertes por suicidio en sus participantes ocurrían en el primer año posterior al intento. Este último estudio identifica, además, el acceso a una consulta de seguimiento por psiquiatría después del intento de suicidio como un factor protector, reduciendo el riesgo de muerte (OR 0.21 IC95% 0.089;0.507, $p<0.0005$), y en esta línea, el estudio de Espandian et al. (33), identifica las faltas a la consulta de seguimiento de psiquiatría después del intento autolítico como un factor de riesgo para el reintento (63% RIS en este grupo, $p<0.009$).

Otros factores de riesgo que en el estudio de Parra-Uribe et al. (29), se han asociado con un aumento del número de muertes son el sexo masculino, con mayor porcentaje de muerte en el intento índice (OR 4.13 IC95% 1.78;9.58, $p<0.0009$), y el método utilizado, destacando el disparo como el asociado a mayor mortalidad con mucha diferencia (OR 140 IC95% 60.4;325.1, $p<0.0001$). En el estudio anteriormente mencionado; el de Parra-Uribe et al. (29), se identifica otro factor protector frente a posteriores reintentos: la edad superior a 60 años (este grupo presentó menores valores de HR que todos los demás grupos de edad). Este estudio identifica también, como factor de riesgo para reintento de suicidio, los trastornos de personalidad Cluster B (HR 2.47 IC95% 1.88;3.23, $p<0.0001$). El abuso de alcohol (TUS) también es identificado como factor de riesgo, con valores estadísticamente significativos (HR 1.52 IC95% 1.10;2.09, $p<0.011$).

4.4 Ideación autolítica

De los estudios seleccionados, sólo dos interrogan a los participantes sobre si han presentado ideas autolíticas, y a pesar de hacerlo, ninguno estudia este dato como un factor de riesgo propio. En el estudio de Rogers et al. (23), se realiza la encuesta sobre ideación autolítica para la selección de los pacientes para el estudio, siendo el haber presentado ideas autolíticas, junto a haber presentado un intento de suicidio, criterios de inclusión para este estudio. La muestra seleccionada en base a estos criterios se divide en 3 grupos etiquetados como “pacientes con intento de suicidio”, “pacientes con intento de suicidio abortado” (entendido éste como abortado por el propio individuo) y “pacientes con intento de suicidio interrumpido” (entendido éste como interrumpido por un tercero). A los pacientes de este estudio se les

aplican una serie de escalas, con el fin de encontrar diferencias significativas en la severidad clínica de los intentos de suicidio entre ellos. Así, este estudio identifica diferencias significativas a favor de una mayor severidad clínica en pacientes con intento de suicidio frente a los otros grupos en las siguientes escalas: ASI (F 7.93 $p < 0.001$), BAM (F 3.28 $p < 0.05$), DASS-Depression (F 14.04 $p < 0.001$), DERS (F 9.70 $p < 0.01$), DTS (F 3.83 $p < 0.05$), RRS (F 4.92 $p < 0.05$) y SRS (F 3.11 $p < 0.05$). Además, en este estudio se identifican diferencias significativas en cuanto al género de los participantes, identificándose mayor número de intentos de suicidio en mujeres (X^2 12.09 $p < 0.002$).

En el estudio de Lewitzka et al. (27), realiza un muestreo estratificado, obteniendo un grupo de pacientes que han realizado un intento de suicidio en los últimos tres años (etiquetado como "SA") y otro que no ha realizado intentos de suicidio previos, pero que sí presenta o ha presentado ideas autolíticas (etiquetado como "NSA"). Uno de los criterios de inclusión comunes a ambos grupos era, además, estar diagnosticado de un trastorno afectivo. A ambos grupos se les realizan una serie de cuestionarios y se les aplican varias escalas, para posteriormente analizar diferencias entre ambos en base a las respuestas y las puntuaciones obtenidas. Así, este estudio identifica diferencias significativas en las siguientes escalas: BPRS (NSA 37.92 \pm 7.95; SA 32.27 \pm 9.13, $p < 0.001$), SSI (NSA 34.17 \pm 4.66; SA 30.91 \pm 5.36 $p < 0.003$), CGI (NSA 4.68 \pm 0.77; SA 3.65 \pm 1.52, $p < 0.001$), HAM-D (NSA 18.97 \pm 4.25; SA 14.68 \pm 8.34, $p < 0.003$), HAM-A (NSA 20.17 \pm 6.27; SA 13.52 \pm 9.04, $p < 0.001$), IRS (NSA 10.36 \pm 2.47, SA 9.10 \pm 3.74, $p < 0.007$) y FAF (NSA 9.45 \pm 4.93, SA 14.25 \pm 8.81, $p < 0.019$), observándose en todas ellas puntuaciones superiores para el grupo NSA. Otro factor en el que el grupo NSA mostró valores significativamente superiores fue un ítem del WCCL que valoraba la búsqueda de apoyo social (NSA 16.95 \pm 4.65, SA 14.11 \pm 4.23, $p < 0.011$).

Otros dos datos aportados por este estudio son un mayor porcentaje de participantes con estudios superiores en el grupo NSA (NSA 56.7%, SA 15.7%, $p < 0.01$), y un mayor porcentaje de mujeres que habían crecido solo con su madre en el grupo SA, frente a un menor porcentaje en el grupo NSA (NSA 30%, SA 68.7%, $p < 0.018$).

4.5 Otros factores

Además de los ya comentados hasta ahora en este apartado, diversos estudios han identificado otros factores relacionados con el suicidio y/o riesgo de reintento que son difíciles de clasificar en apartados concretos, por lo que serán tratados a continuación.

El estudio de Espandian et al. (33), identifica tres factores que aumentan el riesgo de reintento de suicidio en su muestra, siendo estos las faltas a consulta de seguimiento tras el primer intento (63% RIS vs 37% no RIS, $p < 0.009$), las puntuaciones en las escalas BDI y BDE, siendo mayores las obtenidas por los pacientes que realizan RIS ($p < 0.05$, $p < 0.009$); y el método en el primer o último intento, observándose que los que utilizan la intoxicación

medicamentosa tienen 5.4 veces más riesgo de realizar un nuevo intento que los pacientes que emplean otros métodos (OR 5.38 IC95% 1.2;23.6, $p<0.026$). El estudio de Dávila-Cervantes et al. (25), que centra su investigación en adolescentes de Ciudad de México, identifica una serie de variables que relaciona con una mayor probabilidad de RIS, siendo éstas presentar un mal clima familiar (OR 1.5), una mala comunicación con los padres (OR 1.8), presentar baja autoestima (OR 1.9), padecer problemas de conducta o aprendizaje (OR 1.4), padecer una enfermedad mental (OR 3.6), y haber sufrido abusos sexuales (OR 2.6). Además identifica también, en la línea del TUS, el consumo de drogas, tabaco y alcohol como factores de riesgo de reintento de suicidio (OR 1.7; 1.2; 1.7 respectivamente).

El estudio de Kang et al. (26), que compara factores de riesgo para reintento de suicidio entre mayores de 80 años y menores de 80 años, identifica como factores de riesgo para RIS en pacientes mayores de 80 años el haber recibido una menor escolarización ($p<0.001$) y padecer alguna enfermedad ($p=0.024$); y como factores de riesgo de RIS en pacientes menores de 80 años, una mayor edad (B 0.090, $p<0.001$), padecer esquizofrenia (B 0.074, $p=0.027$) y el sexo masculino (B 0.038 $p=0.019$). Identifica además como factor asociado a una menor probabilidad de RIS en pacientes menores de 80 años el haber pasado por una situación de estrés personal (B -0.045 $p<0.006$).

Cerrando este apartado, el estudio de Tejedor et al. (20), identifica factores que reducen el porcentaje de RIS en su muestra. Estos son una elevada puntuación en el GAF score (B -0.4, $p<0.0001$), padecer trastorno esquizofreniforme (B 0.76, $p<0.004$), una mayor edad (B -0.05, $p<0.003$) y estar trabajando (B -0.5, $p<0.02$). Este estudio aporta también factores que reducen el porcentaje de SC en su muestra, siendo estos un elevado GAF score (B -0.28 $p<0.0001$) y un mayor número de intentos autolíticos previos, de forma que cuantos más intentos, menor es la probabilidad de realizar un intento con desenlace fatal (B -0.73 $p<0.003$).

4.6 Tabla de Resultados

Información del artículo	Tipo	n	Grupo (IS, SC, IA) / Variable (RIS, SC)	Tiempo de seguimiento / intervalo temporal	Factores de riesgo / protectores	Resultados
1. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios	Casos y controles	319	Pacientes con IS Variable: RIS	4 años	- Faltas a consulta - Puntuación escala BDE - Puntuación escala BDI	- 63% RIS($p=0.009$) - BDE al inicio: valores + altos ($p<0.05$) - BDI a 12 meses: valores + altos ($p<0.009$)

<p>Año: 2020</p> <p>Autores: Espandian A et al.</p> <p>Ciudad/País: Ourense / España</p>					<p>- Método: Intoxicación medicamentosa</p> <p>- 180 primeros días posteriores a IS:</p>	<p>- OR 5.4 (IC 95%)</p> <p>- OR 4.9 (IC95%)</p>
<p>2. Attempted suicide: repetition and survival - findings of a follow-up study.</p> <p>Año: 1999</p> <p>Autores: Tejedor MC et al.</p> <p>Ciudad/País: Barcelona (España)</p>	Cohortes	150	<p>Pacientes con IS</p> <p>Variable: RIS, SC</p>	10 +/- 2 años	<p>RIS: FR</p> <p>- IS previo</p> <p>- N° IS previos</p> <p>- N° IS total</p> <p>RIS: FP</p> <p>- GAF score alto</p> <p>- Trastorno esquizofreniforme</p> <p>- Estar trabajando</p> <p>- Mayor edad</p> <p>SC: FR</p> <p>- A. Psiq</p> <p>SC: FP</p> <p>- GAF score alto</p> <p>- N° IS total</p>	<p>RIS: FR</p> <p>- X² 23966.17, p<0.0001</p> <p>- B 1.16, p<0.01</p> <p>- B 2.05, p<0.00001</p> <p>RIS: FP</p> <p>- B 0.95, p=0.0006</p> <p>- B 0.76, p=0.004</p> <p>- B 0.60, p= 0.02</p> <p>- B -0.05, p<0.003</p> <p>SC: FR</p> <p>- B: 1.42, p= 0.01</p> <p>SC: FP</p> <p>- B: -0.28 p<0.00001</p> <p>- B: -0.73 p>0.0003</p>
<p>3. Comparing Suicide Risk Factors among Individuals with a History of Aborted, Interrupted, and Actual Suicide Attempts</p> <p>Año: 2018</p> <p>Autores: Rogers ML et al.</p> <p>Ciudad/País: EEUU</p>	Transversal	167	<p>Pacientes con IS</p> <p>Pacientes con IA</p> <p>Variable: SC</p>	2 años	<p>- Sexo</p> <p>- Alta puntuación en las escalas:</p> <p>- ASI</p> <p>- BAM</p> <p>- DASS - Depression</p> <p>- DERS</p> <p>- TS</p> <p>- RRS</p> <p>- SRS</p>	<p>-Hombres: 60% IS - 40% AbS</p> <p>-Mujeres: 84.9% IS - 8.1% AbS, 7% IntS</p> <p>-Escala:</p> <p>- F 7.93 p<0.001</p> <p>- F 3.28 p<0.05</p> <p>- F 14.04 p<0.001</p> <p>- F 9.70 p<0.01</p> <p>- F 3.83 p<0.05</p> <p>- F 4.92 p<0.05</p> <p>- F 3.11 p<0.05</p>
<p>4. Death due to suicide in Barcelona</p> <p>Año: 2019</p> <p>Autores: Fradera M et al.</p> <p>Ciudad/País: Barcelona (España)</p>	Casos y controles	2.109	<p>Pacientes con SC</p> <p>Variable: SC</p>	2010-2015	<p>- Edad >65 años</p> <p>- Sexo masculino</p> <p>- Dx psiquiátrico</p> <p>- Tto psiquiátrico</p>	<p>- 33.78% >65 años</p> <p>-74% hombres</p> <p>- 75.8% vs 42.3%</p> <p>- 65.1% vs 23.2%</p>
<p>5. Factors Associated with Suicide Attempts and Suicides in the General Population of Andalusia (Spain)</p> <p>Año: 2019</p> <p>Autores: Mejías-Martin Y et al.</p> <p>Ciudad/País: Andalucía (España)</p>	Transversal	25.456	<p>Pacientes con SC</p> <p>Pacientes con IS</p> <p>Variable:RIS, SC</p>	7 años	<p>- Sexo masculino (SC)</p> <p>- Sexo masculino (IS)</p> <p>- SC a mayor edad</p> <p>- Método utilizado (% total)</p>	<p>- IRR 4.02, IC95%</p> <p>- IRR 0.88 IC 95%</p> <p>- Hombres 8.32 IRR vs Mujeres 4.71 IRR)</p> <p>- Ahorcamiento en varones (86.8%)</p> <p>- Intoxicación medicamentosa y ahogamiento en mujeres (45%, 40%)</p>
<p>6. Intento de suicidio</p>	Transversal	26.503	Pacientes con IS	2012	- Sexo femenino	- OR 3.1

<p>en adolescentes: factores asociados</p> <p>Año: 2019</p> <p>Autores: Dávila-Cervantes CA et al.</p> <p>Ciudad/País: Ciudad de México (Mexico)</p>			Variable: RIS		<ul style="list-style-type: none"> - Mal clima familiar - Mala comunicación con padres - Baja autoestima - Problemas conducta /aprendizaje - Enfermedad mental - Abuso sexual/relaciones forzadas - Consumo drogas/tabaco/alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> - OR 1.5 - OR 1.8 - OR 1.9 - OR 1.4 - OR 3.6 - OR 2.6 - OR:1.7, 1.2, 1.7
<p>7. Risk factors for completed suicide in the general population: A prospective cohort study of 242, 952 people</p> <p>Año: 2021</p> <p>Autores: Nie J et al.</p> <p>Ciudad/País: USA</p>	Cohortes	24.2952	Pacientes con SC	6.3 años	<ul style="list-style-type: none"> - No estar casado - Fumar activamente - Consumo de alcohol - Problemas psicológicos serios - Historia de enfisema - Enf hepática - Enf Renal - Cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> - HR, 2.58; 95% CI, 1.44-4.62 - HR, 2.26; 1.49-3.43, p<0.001 - HR, 1.93; 1.14- 3.27, p<0.01 - HR, 3.34; 1.81-6.18, p<0.001 - HR, 2.79; 1.18-6.59, p=0.07 - HR, 4.63; 2.10-10.20, p<0.001 - HR, 2.26; 1.00-5.06, p=0.05 - HR, 2.18; 1.32-3.59, p<0.004
<p>8.Risk factors for serious suicide attempts: Differences between in elderly and non-elderly groups</p> <p>Año: 2019</p> <p>Autores: Kang JM et al.</p> <p>Ciudad/País: Korea del Sur</p>	Transversal	370	Pacientes con IS	-----	<p>Ancianos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos escolarización - Comorbilidad - Sexo masculino <p>No ancianos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor edad - Sexo masculino - Esquizofrenia <p>FP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores condicionantes de estrés interpersonal 	<p>Ancianos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - p<0,001 - p<0.001 - p=0.024 <p>No ancianos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - B = 0.090, p < 0.001 - B = 0.038, p = 0.019 - B = 0.074, p = 0.027 <p>- B = -0.045, p = 0.006</p>
<p>9.Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis</p> <p>Año: 2017</p> <p>Autores: Parra-Uribe I et al.</p> <p>Ciudad/País: España</p>	Cohortes	2.470	Pacientes con IS Pacientes con SC	1 año	<p>RIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad >60 años - Trast. Personalidad Cluster B - Abuso alcohol <p>SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absuo alcohol - Edad avanzada - Mayor % reintentos y suicidios en los primeros 2 años posteriores al intento - No completar seguimiento posterior al intento 	<p>RIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14.3 vs 7.2, p=0.025 - 36.8% vs. 16. 6%; p < 0.001 - 19.8 vs. 13.9; p = 0.02 <p>SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33.3% vs. 17.2%; p = 0.047 - 50. 9 ± 11.9 vs. 40.7 ± 16.0; p = 0.004 - 88% reintentos, 93% suicidios en los 2 primeros años - 86.7% (13/15) finalmente consumaron suicidio
<p>10. Suicidal Ideation vs. Suicide Attempts: Clinical and Psychosocial Profile Differences Among Depressed Patients</p> <p>Año: 2017</p> <p>Autores: Lewitzka U et al.</p>	Transversal	228	Pacientes con IA Pacientes con IS	1 año	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios superiores - Vivir solo con su madre - Escalas: Valores más altos para el grupo NSA: - BPRS - SSI 	<ul style="list-style-type: none"> -NSA, 56.7%; SA, 15.7%, p<0.001 : FP - SA: n = 18, 15.7%; NSA: n = 6, 30.0%, p<0.018 :FR Escalas: - NSA 37.92+-7.95; SA 32.27+-9.13, p<0.001 - NSA 34.17+-4.66; SA 30.91+-5.36 p<0.003

Ciudad/País: Alemania					- CGI - HAM-D - HAM-A - IRS - FAF.	- NSA 4.68 +-0.77; SA 3.65+-1.52, p<0.001 - NSA 18.97+-4.25; SA 14.68+-8.34, p<0.003 - NSA 20.17+-6.27; SA 13.52+-9.04, p<0.001 - NSA 10.36+-2.47, SA 9.10+-3.74, p<0.007 - NSA 9.45 +-4.93, SA 14.25+-8.81, p<0.019
11. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew Año: 2016 Autores: Bostwich JM et al. Ciudad/País: Minnesota (EEUU)	Cohortes	1.490	Pacientes con IS - 1º intento - Intentos consecutivos Variable: RIS, SC	Entre 3 y 25 años	- Intento previo de suicidio -Disparo: -Seguimiento en psiquiatría post-intento: menor riesgo -Mayor % muertes 1º año posterior al intento	-Muertes: 5.4% En 1º intento: 59% -81% muertes en 1º año tras 1º intento - OR 140 (95%CI=60–325) - OR 0.212, 95% CI=0.089–0.507 -80% muertes hombres, 87.5% mujeres
12. Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, ~ 1980-2016 Año: 2020 Autores: Cayuela A et al. Ciudad/País: España	Transversal	113.653	Pacientes con SC Variable: SC	1980-2016	-Sexo	1980-2016: - 9,8/100.000 a 11,8 (Incremento medio de 0.8%) en varones - 2,7/100.000 a 3,7 (Incremento medio de 1%) en mujeres 2010-2016: Aumenta en mujeres. Estable en hombres
13. Risk factors for suicide in bipolar disorder: A cohort study of 12,850 patient Año: 2019 Autores: Hansson C et al. Ciudad/País: Suecia	Cohortes	12.850	Pacientes con SC Variable: SC	1 a 10 años	- Sexo masculino - Vivir solo/a - IA previo - Comorbilidad psiquiátrica - TUS - Condena penal - Ingreso en psiquiatría - Ingreso involuntario - Episodio depresivo en el último año: FR en mujeres	- HR = 2.56, 95% IC 1.68-3.92) - HR = 2.45, 95% IC 1.36-4.43 - HR = 4.10, 95% IC 2.43-6.92 - HR = 2.64, 95% IC 1.69-4.13 - HR = 3.79, 95% IC 2.21-6.50 - HR = 4.43, 95% IC 1.35-14.53 - HR = 2.79, 95% IC 1.62-4.80 - HR = 3.50, 95% IC 1.71-7.15 - HR = 2.81 95% IC 1.06-7.47
14. Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: A 5-year follow-up study Año: 2017 Autores: Pallaskorpi S et al. Ciudad/País: Helsinki (Finlandia)	Cohortes	177	Pacientes con IS Variable: RIS	5 años	Episodios mixtos (Incidencia x120 frente a ep. eutimia) Episodios depresivos mayores (Incidencia x60 frente a ep. eutimia)	- 765/1000 personas-año; 95% IC 461–1269 personas-año - 354/1000 personas-año; 95% IC 277–451 personas-año

Tabla 1: Características de los estudios incluidos en la revisión (elaboración propia)

DISCUSIÓN

El aumento de los suicidios consumados y de las tentativas autolíticas a nivel mundial, ha provocado que en las últimas décadas hayan aumentado considerablemente el número de estudios al respecto, con el fin de intentar arrojar algo de luz ante un problema de salud pública tan complejo. A nivel nacional, la tendencia en la mortalidad por suicidio fue descendente entre los años 1997 y 2011, momento en el que cambió la tendencia y a partir del cual ha ido aumentando progresivamente hasta la actualidad (8). Esta situación de nuestro país no es anecdótica y comparte tendencia con una gran cantidad de países, por lo que la OMS ha puesto especial énfasis en generar conocimiento sobre este tema en concreto para intentar frenar la escalada (10).

A lo largo de la revisión, hemos identificado que no existe un lenguaje uniforme para referirse a la conducta suicida. Sí que parece haber más consenso en el suicidio consumado (que provoca el fallecimiento de la persona), pero algunos trabajos hacen referencia a las tentativas autolíticas en genérico, sin hacer una clara distinción entre los que lo consuman y los que no, y entre los que lo intentan o sólo presentan ideas al respecto. En los propios manuales de psiquiatría se encuentran estas mismas dificultades, lo que merece una reflexión. Para poder analizar adecuadamente el problema y realizar comparaciones entre bases de datos, se requieren trabajos con mayor rigor científico y con mayor homogeneidad en cuanto a terminología. En base a los datos analizados de las diferentes fuentes, se observa que el perfil de personas que realizan tentativas autolíticas y el de aquellas que llevan a cabo un suicidio difiere en algunos aspectos claves.

Los estudios incluidos en esta revisión coinciden, en líneas generales, en que los hombres presentan mayor riesgo de suicidio consumado, frente a un mayor riesgo de intento y repetición de intento de suicidio en mujeres; y en que existe una progresión en cuanto al riesgo de suicidio consumado a medida que aumenta la edad, mientras que los intentos de suicidio son más comunes en fases tempranas e intermedias de la vida, siendo máxima la incidencia a los 40-50 años. Unos de los aspectos claves en el mayor número de suicidios consumados por parte de los varones es el método utilizado. A pesar de que en los estudios incluidos en esta revisión no se indaga sobre si hombres y mujeres utilizan distintos métodos, la revisión de Cano-Moltanbán et al. (35), objetiva que los métodos utilizados por varones son, por lo general, más letales que los utilizados por mujeres: armas de fuego y ahorcamiento frente a intoxicación medicamentosa. En la misma línea, el estudio de Espandian et al. (33), identifica la intoxicación medicamentosa como el método que más se relaciona con posteriores reintentos, y el estudio de Bostwich et al. (30), identifica el uso de armas de fuego como el método más letal, coincidiendo estos datos también con los perfiles de género de los usuarios que los llevan a cabo. Contrastando con literatura, se observa que el método de suicidio más comúnmente utilizado en el mundo es el ahorcamiento, seguido de la precipitación desde un lugar elevado. El tercer lugar lo ocupan el uso de armas de fuego en varones (porcentaje que aumenta notablemente en países con fácil acceso a éstas, como EEUU) y la sobreingesta medicamentosa en mujeres (8,17,36).

Sabemos que, tanto adolescentes como ancianos, son dos grupos de pacientes a los que hay que prestar especial atención. En el caso de los adolescentes y estudiantes de estudios superiores, gran parte de su riesgo viene dado por su alta vulnerabilidad a determinados factores de riesgo, en especial los de tipo psico-social (18,35). Así, se ha observado en este grupo de edad que

determinados factores psicosociales tienen un gran peso de cara a potenciar conductas suicidas. En el estudio de Dávila-Cervantes et al. (25), se objetiva el impacto de algunos de estos factores, destacando un mal clima familiar, mala relación con los padres, baja autoestima, problemas de aprendizaje y el TUS; todos ellos con una Odds Ratio (OR) similar. Sin embargo, cabe destacar dos factores que presentaron una OR superior: la presencia de enfermedad psiquiátrica y haber sufrido abuso sexual, siendo estos dos, los que mayor riesgo parecen condicionar. Por otro lado, en el estudio de Rogers et al. (23), se observa como el obtener puntuaciones más elevadas en determinadas escalas que valoran ansiedad, dificultad en la regulación de las emociones, respuestas de pensamiento rumiativo, etc; está relacionado con un mayor riesgo de suicidio en este grupo.

A nivel local, en el *Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo*, de la Xunta de Galicia (18), observamos que estos factores psicosociales son muy tenidos en consideración en este grupo poblacional, sin despreciar el impacto que tienen otros factores de riesgo conocidos como las enfermedades psiquiátricas y el TUS, ya tratados en esta revisión (25,35). Así, muchas de las medidas de prevención que aporta este documento consisten en identificar factores de riesgo y potenciales situaciones de riesgo por parte del personal docente, e intervenir principalmente a través de diversos programas de educación y apoyo social, centrados en mejorar la adaptación al medio escolar y trabajar temas como la igualdad, la tolerancia, el manejo de la frustración... tratando, en definitiva, de disminuir al máximo el impacto de estos factores de tipo psico-social.

Cabe destacar que los factores psicosociales no solo están involucrados en el riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes, sino que presentan un impacto significativo en todos los grupos de edad y de población. Resulta difícil categorizar cuales son más o menos relevantes, pues la lista de variables es interminable, pero varios de los artículos incluidos coinciden en la importancia de dos de ellos: la soledad y el desempleo (20,28,31). Así, se ha observado que aquellas personas activas en la sociedad tienen un menor riesgo de suicidio, obviando factores estresantes inherentes al propio entorno laboral, que en absoluto son despreciables. A su vez, las condiciones sociales que implican soledad o desatención (por ejemplo vivir solo, no estar casado, no pertenecer a grupos sociales...) parecen aumentar el riesgo de suicidio. Al comparar estos resultados con otras fuentes observamos que, además de los mencionados anteriormente, otros factores relevantes en este aspecto son el nivel socioeconómico, el acoso por parte de pares y la historia de maltrato y abuso sexual (éste último de especial relevancia en adolescentes y adultos jóvenes) (15). Además, la religión parece ser, para las personas creyentes, un factor protector, así como el apoyo familiar y poseer habilidades para las relaciones sociales (1,15,17).

Los ancianos son otro grupo especialmente vulnerable de cara a la prevención de suicidio, y si bien en ellos también adquieren una gran importancia los factores psico-sociales, es muy común que en este grupo de edad se presenten comorbilidades asociadas, que como ya hemos visto, contribuyen a aumentar el riesgo de suicidio, en mayor medida en cuanto mayor grado de discapacidad produzcan (1). El estudio de Kang et al. (26), encuentra una relación en cuanto al nivel de escolarización, de forma que aquellas personas mayores con baja escolarización presentan mayor riesgo de suicidio. En este estudio llama la atención que se identifica como factor protector el estar pasando por una situación de estrés interpersonal, un dato que va a favor de un mayor riesgo de suicidio en otras publicaciones (15,17).

Además de los comentados, hay un factor de riesgo que hace más complicada la prevención en este grupo: la baja rescatabilidad. Está presente sobre todo en aquellos pacientes mayores que viven solos, o en zonas alejadas de la ciudad, ya que esto condiciona que pase más tiempo hasta la identificación de un posible intento de suicidio y un mayor tiempo de traslado hasta un hospital o centro de atención primaria para socorrerlos (37).

Cabe destacar que la baja rescatabilidad es el factor que condiciona que exista un mayor número de muertes por suicidios en el ámbito rural, comparado con el ámbito urbano (17,38). La mayor o menor implicación de este factor de riesgo en los suicidios de los pacientes mayores depende del área geográfica, pues si bien en Galicia es habitual que los ancianos residan en zonas rurales, no es así en comunidades como la Comunidad de Madrid o Cataluña, donde es más habitual que residan en la ciudad (Figura 3).

Con respecto al perfil de pacientes con intento autolítico, se ha objetivado en ellos un mayor riesgo de consumir suicidio en varios aspectos: por un lado, el haber presentado un intento previo supone un aumento en las tasas de mortalidad de este grupo, frente a la población general; por otro, el riesgo de estos pacientes es máximo durante, aproximadamente, los dos años posteriores al intento. La presencia de un intento de suicidio previo reciente es, además, considerado como el factor de riesgo más importante y con mayor peso de cara al aumento de la mortalidad de este grupo (17,19,33).

Sin embargo, dado que estos pacientes presentan mayor riesgo en los dos primeros años posteriores al intento, implica que actuar sobre este factor sea muy determinante de cara a reducir la mortalidad en este grupo. Así, las consultas de seguimiento en psiquiatría para pacientes que han cometido un intento autolítico son un factor clave y de vital importancia para ellos. En la misma línea, se ha identificado el no acudir a estas consultas o el abandono del seguimiento psiquiátrico por parte de estos pacientes como un factor de riesgo, poniendo en relieve su trascendencia (29-30).

Debemos resaltar entonces que los dos años posteriores a un intento de suicidio son considerados como el período de mayor riesgo de cara a la repetición del intento de suicidio, y por tanto, se debe prestar especial atención a estos pacientes durante ese tiempo. Así lo han corroborado tres de los estudios incluidos en esta revisión: el de Espanian et al. (33), el de Parra-Urbe et al. (29), y el de Bostwich et al. (30). El primero de ellos resalta además que los 180 primeros días son el período de mayor riesgo, dato que parece concordar con la literatura, en tanto a que el riesgo es mayor cuanto más reciente es el intento (1,20,33). En la misma línea, hay estudios que proponen que el tiempo de riesgo tras un intento autolítico es mucho mayor de 2 años, pudiendo llegar hasta 5 en algunas series (19). Esto no hace más que reafirmar la necesidad de un seguimiento de los pacientes que han llevado a cabo un intento autolítico, pues éste contribuye ampliamente a reducir el riesgo de un reintento posterior.

Las enfermedades son también un factor determinante de cara al riesgo de suicidio en estos pacientes, en especial las enfermedades psiquiátricas. Los estudios incluidos en esta revisión encuentran una relación significativa al respecto, a favor de un mayor riesgo en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, depresión mayor y trastornos de personalidad. En el *Plan de prevención do suicidio en Galicia* (17), se indica que el padecer una depresión mayor se asocia a un riesgo de suicidio 20 veces mayor que el de la población general, siendo el trastorno psiquiátrico

con mayor impacto en este aspecto. En su versión episódica, los episodios depresivos mayores del trastorno bipolar se han asociado también con un aumento significativo de riesgo durante su curso. Con respecto a los trastornos de personalidad, también se ha observado una fuerte asociación de cara al aumento de riesgo de suicidio en los pacientes que los padecen (15,17).

Pero además de las enfermedades psiquiátricas, cabe destacar que, tanto esta revisión como la bibliografía consultada, aportan datos acerca de un mayor riesgo de suicidio en pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes, y en el *Plan de Prevención do suicidio en Galicia* (17) se recogen, a mayores, el diagnóstico reciente de una enfermedad o el empeoramiento de una ya conocida como factores precipitantes de la conducta suicida. Es también reseñable el TUS como condición que aumenta tanto el riesgo de suicidio consumado, como el de reintento de suicidio en todos los grupos de pacientes, siendo éste hasta 6 veces mayor en estos pacientes comparados con la población general (17).

Un apartado a destacar es el estudio de las ideas autolíticas como factor de riesgo para suicidio. Si bien pretendía ser uno de los temas centrales del trabajo, hasta el punto de analizar como influía presentar o no estas ideas en función del resto de factores asociados, al realizar la selección de trabajos nos hemos encontrado con muy poca información al respecto, hasta el punto de que varios estudios lo han utilizado como criterio de inclusión, pero no han analizado su impacto posteriormente (23,27), y el resto de los estudios seleccionados no llegan ni a tratar el tema. El único dato reseñable obtenido de los estudios de esta revisión en este aspecto, es una escala utilizada por Lewitzka et al. : la SSI o Suicide Ideation Scale (27). Esta escala evalúa la presencia de ideas autolíticas a través de preguntas en una entrevista clínica, y en ella se han obtenido en este estudio valores estadísticamente significativos a favor de que una mayor puntuación se asocia con un mayor riesgo de suicidio.

En la literatura consultada tampoco se habla especialmente de las ideas autolíticas como factor de riesgo, aunque sí se hace referencia a que detectarlas es un punto clave en la entrevista clínica, y que, una vez detectadas, es importante indagar en ellas y darle la oportunidad a los pacientes de que hablen sobre el tema y se expresen abiertamente. Es también importante ofrecer la posibilidad de un seguimiento para los pacientes en los que se identifican este tipo de pensamientos, en especial si carecen de un apoyo familiar o social adecuado (15,17). Recalcar que, aunque es un mito que ha sido desmentido en incontables ocasiones, hablar sobre las ideas de suicidio, así como preguntar específicamente por ellas durante la entrevista, no contribuye a aumentar el riesgo de suicidio de los pacientes, ni puede despertar esas ideas en alguien que no las había considerado (22). Es por esto, y por lo expuesto anteriormente, que suponen una parte fundamental de la entrevista en psiquiatría y es necesario preguntar activamente por ellas, ya que facilita su detección y prevención (15).

Siguiendo en la línea de la entrevista clínica, resaltar que existen toda una serie de escalas que evalúan distintos aspectos, desde items para identificar una patología como la depresión, hasta otras que ofrecen puntuaciones de riesgo de cara a, por ejemplo, la probabilidad de suicidio. Este tipo de herramientas han sido utilizadas en tres de los trabajos incluidos en esta revisión, los de Espandian et al. (33), de Rogers et al. (23), y de Lewitzka et al. (27); sin embargo en la práctica habitual no son tan comúnmente utilizadas, y aunque todas son útiles en el sentido de que ayudan a orientar una entrevista, sus valores predictivos y utilidad detectando patologías es, en muchos casos, controvertida. Según la *GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (15), las escalas

que han demostrado ser adecuadas para una correcta evaluación del riesgo de suicidio son las escalas de Beck de desesperanza, ideación e intencionalidad suicida, los ítems de conducta suicida de la Escala de Depresión de Beck y los ítems de la conducta suicida de la Escala de Depresión de Hamilton; sin embargo, en los artículos mencionados anteriormente, se observa una correlación en las puntuaciones de todas las escalas utilizadas en ellos, además de las que están validadas por la literatura, sugiriendo que todas podrían ser, en mayor o menor medida, útiles para estratificar el riesgo de suicidio, o al menos para identificar una situación de potencial riesgo.

Por último, otro de los factores de riesgo que pretendía considerarse en esta revisión, en un principio, eran los antecedentes familiares psiquiátricos de los pacientes, pero hemos encontrado poca información al respecto, hasta el punto de que en los artículos seleccionados no se ha tratado ese factor de riesgo como tal. Sí se han tratado sin embargo, situaciones de mal ambiente familiar y situaciones de estrés (23,25,27), observándose que estas sí son un factor de riesgo; no siendo poco habitual que exista asociación entre estos dos factores y el presentar una enfermedad psiquiátrica en el entorno inmediato. Otro factor a considerar en la misma línea, y que no ha sido tratado en los artículos de esta revisión, es que los pacientes que han experimentado una muerte por suicidio en su entorno inmediato tienen un mayor riesgo de cometer suicidio en el futuro, y de nuevo, ésta es una asociación habitual con la patología psiquiátrica (15).

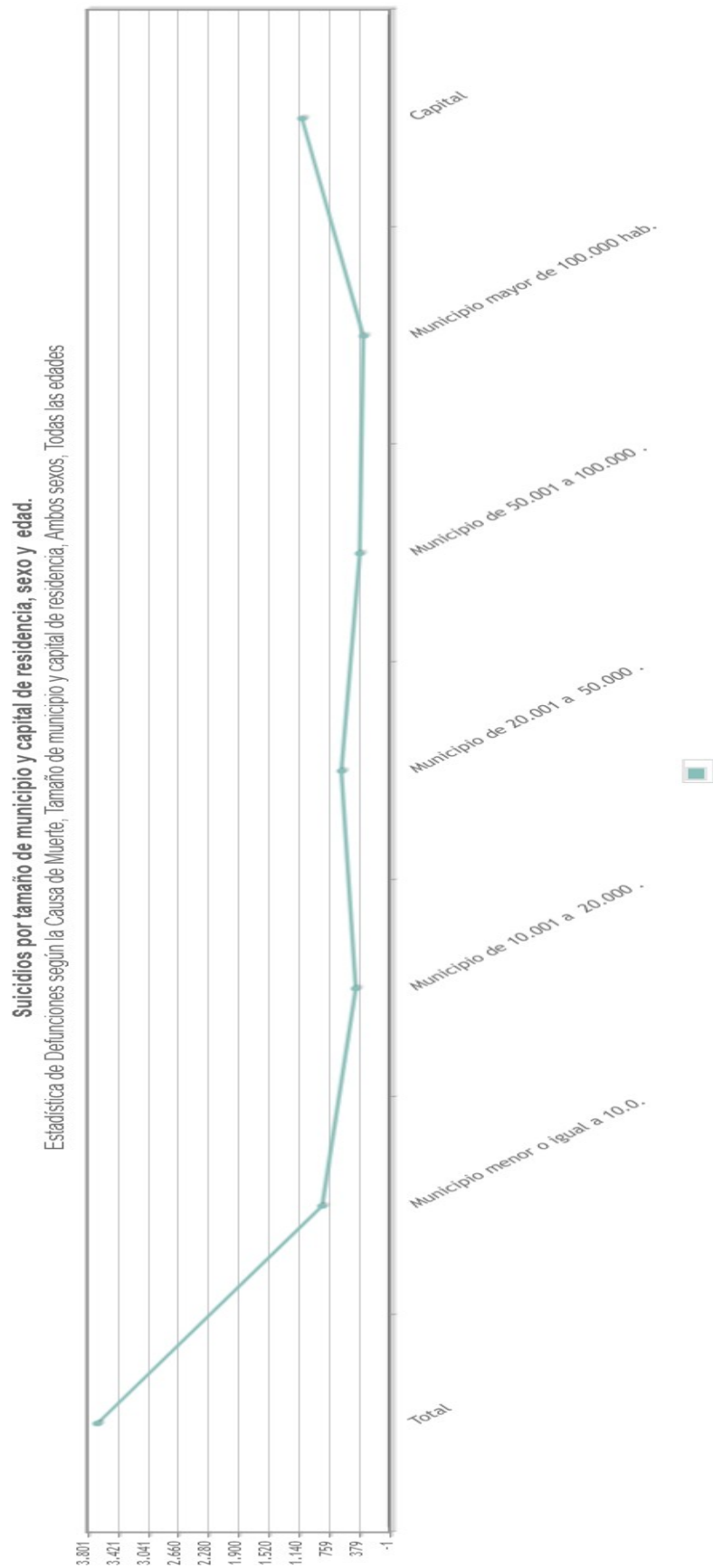


Figura 3: Defunciones por suicidios. Resultados nacionales (38)

LIMITACIONES

La conducta suicida es una patología de gran complejidad en la que están implicados múltiples factores, desde problemas cotidianos del día a día de las personas, hasta enfermedades graves asociadas. Resulta verdaderamente complicado atribuir pesos específicos a estos factores de cara a saber cuál es más determinante a la hora de que un paciente decida llevar a cabo un suicidio, y en cierto modo, no disponemos de herramientas para hacerlo.

Si bien se ha avanzado mucho a la hora de desestigmatizar la conducta autolítica en la sociedad, y cada vez está más extendida la concepción de que las enfermedades psiquiátricas deben ser consideradas como cualquier otra enfermedad, y tratadas como tal, la realidad es que el suicidio sigue siendo un tema tabú, especialmente en países que no han hecho esfuerzos en divulgación o prevención de este problema. Esto ha podido condicionar una menor participación de la población en los estudios propuestos, y puede generar dificultades para promover nuevas investigaciones, en especial en lugares en los que no se le da la importancia debida.

Por otra parte, la disparidad en cuanto a la terminología utilizada, así como en cuanto a los límites de la conducta suicida, es una limitación importante a la hora de plantear trabajos como éste. Como ejemplo de las dificultades que esto conlleva, resaltar que para la selección de artículos en esta revisión no se han incluido las conductas autolesivas como parte de la conducta suicida, entendiéndose que éstas, por lo general, no se realizan con un fin autolítico. La OMS tampoco recoge las conductas autolesivas dentro de esta definición, sin embargo hay discrepancia de opiniones entre si deben ser consideradas un factor de riesgo, o incluso una antesala de un intento autolítico grave. Discrepancias similares en cuanto a definiciones y terminología se observan incluso comparando los distintos manuales de psiquiatría, y no son sino una barrera de cara a la rigurosidad de los trabajos, y una dificultad a la hora de comparar resultados.

Todos los estudios seleccionados para esta revisión fueron de tipo observacional, y la mayoría, transversales y de cohortes. Si bien no son el tipo de estudio óptimo a la hora de obtener conclusiones lo más significativas posibles, sí son los más abundantes en esta materia, pues realizar un ensayo clínico interviniendo sobre un factor de riesgo de suicidio es tan complejo metodológica como éticamente. La mayor parte de ensayos clínicos al respecto se centran en la eficacia de algún tipo de tratamiento orientado a una comorbilidad asociada, como puede ser la depresión. Por otra parte, dado que uno de los objetivos de trabajos como éste es conocer la prevalencia de los distintos factores de riesgo en los distintos grupos y comunidades, los estudios transversales se presentan como una muy buena alternativa, en cuanto a que son los ideales para recopilar este tipo de datos.

El haber incluido estudios de cohortes y de casos y controles en la revisión ha implicado que se ha tenido en cuenta un seguimiento en el tiempo, mientras que en los transversales, éste no se realiza. Esto, unido a que cada estudio ha medido variables, por lo general, distintas, y utilizando diferentes estadísticos para ello, ha hecho, de comparar los datos de prevalencia y trascendencia de los factores de riesgo estudiados, una tarea complicada.

Además, para llevar a cabo esta revisión se ha realizado una búsqueda muy amplia, en el sentido de que se han recopilado artículos basados en distintas poblaciones y de diferentes partes del mundo.

En este caso ha sido deliberado, pues se pretendía analizar los factores de riesgo de suicidio de forma global, independientemente de las peculiaridades de cada grupo poblacional o región. Sin embargo, cabe destacar que éstas no son en absoluto despreciables de cara al riesgo de suicidio; es más, son una parte muy importante en su valoración. Por ejemplo, solo el hecho de que en una cultura esté muy extendida una religión, podría condicionar un menor riesgo de suicidio en sus integrantes, en base a los datos recopilados en éste y otros estudios similares. Para futuros trabajos, ésta podría resultar una línea de investigación tan interesante como productiva. En última instancia, conocer las peculiaridades de cada región, y de cada grupo cultural o social, permite realizar estrategias de prevención dirigidas, haciendo que éstas sean potencialmente mucho más eficaces.

En una línea similar, recientemente se ha identificado que determinados factores biológicos podrían tener que ver en el desarrollo de conductas suicidas. Una línea de investigación en este aspecto es la búsqueda de factores genéticos relacionados, y ya sea para confirmar o para desmentir su papel en el riesgo de suicidio, sería de gran utilidad conocer hasta qué punto estos factores tienen tal implicación, de nuevo en aras de realizar nuevas y mejores estrategias de prevención en grupos vulnerables.

En los estudios analizados, la poca información sobre las ideas autolíticas ha sido un factor limitante a la hora de sacar conclusiones al respecto. Uno de los motivos puede ser que son difíciles de catalogar objetivamente, o que son consideradas por muchos profesionales como un mero instrumento para detectar la conducta suicida, y no como un factor de riesgo en sí. Investigaciones en esta línea podrían fomentar un mejor entendimiento y una mejor categorización del riesgo de suicidio, así como, de nuevo, contribuir a su prevención.

CONCLUSIONES

1. Los datos analizados en esta revisión permiten reafirmar la importancia de considerar factores de riesgo clásicos como la edad y el sexo en relación con la conducta suicida. En cuanto a la edad, es importante prestar especial atención a adolescentes y ancianos, pues son considerados grupos de riesgo debido a su vulnerabilidad. Los adolescentes y adultos jóvenes son, probablemente, los más beneficiados de una buena implementación de estrategias de prevención primaria, pues en ellos los factores psico-sociales se han mostrado especialmente relevantes. A la hora de catalogar el riesgo en los ancianos, se debe prestar especial atención a sus comorbilidades, su deterioro, y al factor de la rescatabilidad.
2. Las comorbilidades (especialmente si se trata de enfermedades psiquiátricas) y el Trastorno por uso de sustancias, parecen estar fuertemente relacionados con un aumento del riesgo de suicidio, independientemente del perfil del paciente. El alcohol, además, puede actuar como factor precipitante de la conducta suicida, suponiendo un riesgo aun mayor. De las patologías psiquiátricas, la depresión mayor es la que más riesgo condiciona.
3. El intento de suicidio previo se ha mostrado como el factor que más riesgo de un futuro intento conlleva. Es, además, mayor cuanto menor tiempo ha pasado desde el intento, y el tiempo en que este riesgo se prolonga es incierto. En estos pacientes, medidas de prevención activa, como el seguimiento en consultas de Psiquiatría, se han mostrado eficaces en la reducción de este riesgo.
4. Las ideas autolíticas se han mostrado determinantes de cara a la detección precoz de la conducta suicida, y es necesario buscarlas activamente en la entrevista para poner en marcha estrategias de prevención en los pacientes que las presentan. El uso de escalas para valorar riesgo de suicidio podría ser recomendable de cara a facilitar su identificación, pero es controvertido.
5. No ha sido posible valorar en profundidad el papel de los antecedentes psiquiátricos en la familia de cara al riesgo de suicidio, pero sí está demostrado que el suicidio de un familiar cercano aumenta el riesgo del resto del núcleo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5(1):8-23
2. Suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 4 de marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra; 2013. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=4FA22E6A6615332F5870BF3B8DD638A3?sequence=1
4. European Pact for Mental Health and Well-being [Internet]. Bruselas; 2008. Recuperado a partir de: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
5. Cayuela A, Cayuela L, Sanchez Gayango A, Rodríguez-Domínguez S, Pilo Uceda FJ, Velasco Quiles AA. Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13(2):57-62.
6. López-Castroman J, Mendez-Bustos P, Perez-Fominaya M, Borrego LV, Ibarra MJZ, Molina CA et al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015;43(3):142-8.
7. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Sola I. [Outcomes of a suicide prevention program in the general population; Barcelona Dreta de L Eixample district]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(5):280-7.
8. Defunciones según la causa de la muerte 2017. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2018 [citado 16 de marzo de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf
9. Defunciones según la Causa de Muerte. Avance enero-mayo de 2019 y de 2020 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2020. Recuperado a partir de: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf
10. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Luxemburgo: World Health Organization; 2014. Recuperado a partir de: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
11. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2014;7(3):139-46. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989114000056>
12. Sáiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Burón P, Al-Halabí S, Garrido M et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2014;7(3):131-8. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989114000044>
13. Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2012 [citado 4 de marzo de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
14. Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2014 [citado 22 de marzo de 2021];7(1):1-4. Recuperado a partir de: <https://medes.com/publication/88173>
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02 [Internet]. Recuperado a partir de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
16. Prevención de suicidio. Un instrumento para médicos generalistas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. Recuperado a partir de: https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
17. Plan de prevención do suicidio en Galicia. [Internet]. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servizo Galego de Saúde (Sergas); 2017. Recuperado a partir de: <https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2020/09/plan-de-prevencion-del-suicidio-en-galicia.pdf>
18. Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo [Internet]. Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional, Xunta de Galicia. Recuperado a partir de: https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/riesgo_suicida_castelan_para_li.pdf
19. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2007 [citado 11 de marzo de 2021];41(3):57-65. Recuperado a partir de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00048670601172749>

20. Tejedor MC, Díaz A, Castellón JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival - findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;100:205-211
21. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, van Duijn E, van der Mast RC et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(2):186-198
22. Dumon E, Portzky G. General Guidelines on Suicide Prevention [Internet]. Euregenas; 2014. Recuperado a partir de: <https://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/01/EUREGENAS-General-Guidelines-on-Suicide-Prevention-E.pdf>
23. Rogers ML, Hom MA, Dougherty SP, Gallyer AJ, Joiner TE. Comparing Suicide Risk Factors among Individuals with a History of Aborted, Interrupted, and Actual Suicide Attempts. *Arch Suicide Res.* [Internet]. 2018;24(1):57-74. doi: 10.1080/13811118.2018.1522283
24. Mejías-Martín Y, Luna del Castillo JdD, Rodríguez-Mejías C, Martí-García, Valencia-Quintero JP, García-Caro MP. Factors Associated with Suicide Attempts and Suicides in the General Population of Andalusia (Spain). *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(22):4496 doi: 10.3390/ijerph16224496
25. Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. *Rev Chil Pediatr.* 2019;90(6):606-616
26. Kang JM, Kim DW, Woo SK, Yeon BK, Cho SJ. Risk factors for serious suicide attempts: Differences between in elderly and non-elderly groups. *J Neurol Sci.* 2019;405(175):116542. doi: 10.1016/j.jns.2019.10.1116
27. Lewitzka U, Spirling S, Ritter D, Smolka M, Goodday S, Bauer M et al. Suicidal Ideation vs. Suicide Attempts: Clinical and Psychosocial Profile Differences Among Depressed Patients. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(5):61-71.
28. Nie J, O'Neil A, Liao B, Lu C, Aune D, Wang Y. Risk factors for completed suicide in the general population: A prospective cohort study of 242, 952 people. *J Affect Disord.* 2021;282:707-711
29. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17:163. doi: 10.1186/s12888-017-1317-z .
30. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry.* 2016;173(11):94-100.
31. Hansson C, Joas E, Palsson E, Hawton K, Runesson B, Landén M. Risk factors for suicide in bipolar disorder: A cohort study of 12850 patients. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019;29(1):72-73
32. Pallaskorpi S, Suominen K, Ketokivi M, Valtonen H, Arvilommi P, Mantere O et al. Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: A 5-year follow-up study. *Bipolar Disord.* 2017;19(1):13-22
33. Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saiz P et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13(1):11-21
34. Fradera M, Morros R, Prat O, Martín-Fumadó C, Cardoner N, Palao D et al. Death due to suicide in Varcelona: a case control study to identify main risk factors and opportunities for intervention. *Eur J Clin Pharmacol.* 2019;75(1):54
35. Cano-Montalbán I, Quevedo-Blasco R. Sociodemographic Variables Most Associated with Suicidal Behaviour and Suicide Methods in Europe and America. A Systematic Review. *Eur. J. Psychol. Appl. to Leg. Context.* 2018;10(1):15-25
36. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [citado 13 de abril de 2021];15(7):1425. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6068947/>
37. Ayuso Mateos JL, Saiz Ruiz J, Morant C, Baca García E, Miret M, Nuevo R et al. Estudio de la conducta suicida en la comunidad de Madrid [Internet]. [citado 15 abril 2021]. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017024.pdf>
38. Defunciones por suicidios. Resultados nacionales [Internet]. Instituto Nacional de Estadística [citado 15 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=48295#!tabs-tabla>