

Facultad Ciencias Sociales, Psicología

Cristina Molina Ramos  
Grado en Psicología  
Psicopatología I  
Segundo  
2PSP  
2019/2020

Estudio epidemiológico  
sobre el comportamiento  
suicida desde la  
perspectiva  
biopsicosocial



UNIVERSIDAD  
NEBRIJA

## Tabla de contenido

<b><i>Introducción.....</i></b>	<b><i>3</i></b>
<b>Estudio del suicidio en la población .....</b>	<b>3</b>
<b>Acotando el suicidio .....</b>	<b>4</b>
<b>Factores biopsicosociales que influyen en el comportamiento suicida .....</b>	<b>8</b>
<b>Factores biológico-genéticos .....</b>	<b>8</b>
<b>Factores psicológicos.....</b>	<b>9</b>
<b>Factores sociales y culturales.....</b>	<b>10</b>
<b>El modelo de Mann .....</b>	<b>12</b>
<b><i>Objetivos.....</i></b>	<b><i>13</i></b>
<b><i>Hipótesis.....</i></b>	<b><i>14</i></b>
<b><i>Metodología .....</i></b>	<b><i>14</i></b>
<b>Diseño .....</b>	<b>14</b>
<b>Muestras.....</b>	<b>15</b>
<b>Instrumentos .....</b>	<b>15</b>
<b>Procedimiento de recogida de datos .....</b>	<b>17</b>
<b>Procedimiento de análisis de datos .....</b>	<b>18</b>
<b><i>Bibliografía .....</i></b>	<b><i>19</i></b>

## Introducción

### Estudio del suicidio en la población

El aumento del número de las tasas de suicidio en los últimos años en España y en todo el mundo ha provocado que se considere al suicidio como un problema de salud pública.

Las tasas de suicidio se han incrementado en la mayoría de los países en vías de desarrollo y, de acuerdo con datos de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS, 2019), es la tercera causa de muerte entre los 15 y 44 años de edad. En el año 2004 las muertes por suicidio fueron de 0.8 millones, lo que representó el 1.4% del total de las muertes (un suicidio cada 40 segundos) y, según proyecciones de la OMS, para el año 2020 estiman esta cifra será del 2.4% (García de Alba, Quintanilla, Sánchez y Cruz, 2014).

En España en el año 2018 fallecieron 3.539 personas de los cuales, 2.619 fueron hombres y 920 mujeres, por lo que la diferencia entre ambos géneros es evidente. De este modo, los hombres que tienen entre 30 y 39 años son los que más se quitaron la vida (309 muertes), seguidamente de los que tienen entre 45 y 49 años y los de 50 a 54. Respecto a las españolas, sucede algo similar. Las que están en el rango de edad de entre los 55 a 59 registran más casos. Le siguen las que tienen entre 50 y 54 y el rango 45-49 años (INE, 2018).

De esta manera, el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años, pasando a ser la segunda causa de muerte entre los 10 y 24 años de edad. En este sentido, hay que destacar que sólo están siendo consideradas las muertes por suicidios consumados. Si se tuvieran en cuenta los intentos de suicidio, las cifras de incidencia serían todavía mayores (entre 10 y 20 veces mayores, o incluso más, según los estudios que se consulten)

Los estudios de prevalencia del suicidio en todo el mundo muestran que según los diferentes países es muy variada, no sólo por los distintos factores de riesgo, sino también por las dificultades metodológicas a la hora de encontrar datos fiables en ciertos países (Huerta, 2011).

En Europa, los datos más actuales indican que 123.853 personas se suicidan cada año, siendo el 80% varones. En la población general las cifras de prevalencia media de

suicidio son de 13,9 por cada 100.000 habitantes. Las mayores tasas de prevalencia de suicidio se observan en el grupo de población de mayores de 65 años, en concreto, 21.9 por cada 100.000 habitantes, a continuación estaría el grupo de población de personas cuyo rango de edad está entre los 45 y 59 años de edad, cuya tasa de prevalencia se sitúa en el 21.5 por cada 100.000 habitantes. Se observa que en ambos grupos de edad la tasa es muy parecida. Sin embargo esta tasa supone prácticamente el doble que la tasa de prevalencia media para el continente europeo, todo esto según datos de la OMS de 2012.

Debido a las graves repercusiones que tiene el suicidio actualmente en la población es imprescindible el desarrollo de estrategias de prevención. Este aspecto resulta más evidente si se tiene en cuenta que aproximadamente el 70% de las personas que fallecen por suicidio no han recibido atención sanitaria previa para el cuadro de síntomas que se asocia a la conducta suicida, es decir, se han visto privadas de una intervención socio-sanitaria que posiblemente hubiera evitado el fatal desenlace. Es más, en muchas ocasiones, a pesar de recibir dicha asistencia, la entrevista del psicólogo o psiquiatra que se realiza al paciente en muchas ocasiones carece de preguntas directas o indirectas sobre la presencia de intenciones o pensamientos suicidas. También ocurre que incluso en el caso de diagnosticarse algún trastorno mental, no se especifica en ningún informe el riesgo de suicidio que tiene el paciente, como si fuera este un tema escabroso, siempre a evitar.

Y no es sólo tener una patología mental subyacente como el factor de riesgo principal asociado al suicidio, sino que también existen variables personales, familiares y sociales de índole psicosocial, que podrían ir concomitantes a tener un mayor riesgo de conductas suicidas. Un ejemplo de estas últimas serían, por su interés a priori, las circunstancias socio-económicas que envuelven al paciente. A pesar de su enorme interés, la literatura y las investigaciones hechas en las últimas décadas, solo han efectuado investigaciones parciales, no centrándose, casi ninguna, en poner el foco en este aspecto.

### **Acotando el suicidio**

Sin duda, el suicidio se ha considerado desde hace siglos en un motivo de preocupación para los estudiosos del comportamiento humano, al ser muy difícil de entender, a primera vista, que alguien atente contra su propia vida, cuando el instinto básico de cualquier animal es la supervivencia y luchar por mantenerse vivo. Sin

embargo, esta concepción del suicidio no ha sido siempre así. En la Grecia clásica de la Antigüedad ya se escribieron textos en los que no se evitaba hablar del suicidio, incluso se le legitimaba como una conducta alternativa frente al sufrimiento vital, entendiendo dicho acto como un ejercicio de libertad suprema, como escribe Plinio el Viejo en su *Historia Naturalis*. Y no fue Plinio el único en su época, ni tampoco en etapas posteriores de la historia los que utilizaron argumentaciones similares en torno al suicidio, como, por ejemplo, David Hume o Arthur Schopenhauer, aunque es cierto que estos autores fueron ejemplos aislados dentro de la corriente social general imperante que veía al suicidio como un acto pecaminoso y sobre todo, egoísta.

A pesar de que las circunstancias culturales e históricas del individuo pueden justificar este fenómeno en cuanto a su moralidad o legitimidad, generalmente el suicidio se ha entendido como el efecto final de un problema vital que la persona que decide quitarse la vida experimenta como irresoluble. Desde este punto de vista, a nivel social, se podrían distinguir entre “culturas con sentimientos de culpa” y “culturas con sentimientos de vergüenza” en las que se podría llegar a ver como algo normal el que una persona se quite la vida ante una situación que considera deshonrosa, como, por ejemplo, suspender un examen o verse obligada una mujer a contraer matrimonio con alguien no deseado; incluso en la cultura china, si un miembro de la familia deshonoraba por algún acto al resto, solo se podía resarcir quitándose la vida el miembro causante de dicha deshonra (Huerta, 2011).

Después de estos intentos iniciales de entender el suicidio, éste empezó a ser estudiado de una forma más científica y sistemática con los estudios de Émile Durkheim, en los que intentaba relacionar el acto suicida con ciertas características del grupo social al que pertenecía el individuo que lo realizaba. Tras estos estudios, se pusieron de manifiesto distintos aspectos socioculturales que podrían influir en la decisión de que una persona quisiera quitarse la vida. Algunos de estos factores sociales tenían que ver con el aislamiento, la autonomía, o que el individuo careciera de una meta vital definida. Teniendo esto en cuenta, Durkheim distinguía tres tipos de suicidio diferentes, que eran los siguientes:

1.- El suicidio “egoísta”, que se producía como consecuencia de la alienación del individuo respecto de su marco social. Durkheim distingue en este tipo de suicidio diversos condicionantes sociales que podrían ser considerados como factores de riesgo, como, por ejemplo, el estado civil o la confesión religiosa del individuo.

2.- El suicidio “altruista”, sería aquel en el que la persona se sacrificaría a favor de su grupo social, ya sea este político, religioso o militar, de tal forma que su individualidad se vería también alienada, es decir, anulada por la identidad de la masa.

3.- El suicidio “anómico”, sería aquel en que la persona se vería atrapada por la anomia, como carencia de orientación vital del individuo, manifestándose en una carencia de reglas definidas o de valores estructurales en su sociedad de pertenencia, como consecuencia de profundos cambios sociales. Este elemento lo vincularía muy estrechamente con las crisis socioeconómicas, entendiendo como “crisis” al cambio rápido y profundo, ya sea en una dirección positiva o negativa. De esta manera se explicaría el incremento de las tasas de suicidio en períodos de bonanza económica, lo que ha dado en llamarse “crisis de prosperidad”.

Conviene puntualizar que cuando se habla de “suicidio” para referirse al suicidio “consumado”, es decir, el que consigue terminar con la vida de una persona, es necesario definir algunos conceptos asociados al mismo. De esta manera, se podría diferenciar entre:

1.- Intento de suicidio, entendido como una conducta autolesiva de resultado no mortal pero que está acompañada por la evidencia de que la persona tenía la intención de quitarse la vida.

2. Intento de suicidio abortado, entendido como una conducta potencialmente autolesiva con evidencia suficiente de querer morir, pero con una interrupción del intento antes de que se produzca el daño irreversible.

3.- “Autolesión deliberada”, entendido como un acto doloroso, destructivo o perjudicial hecho de forma intencionada, pero sin la intención de morir, concepto que algunos autores han denominado “parasuicidio”.

A este respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene su propia definición de “intento de suicidio”, que sería la siguiente: “Aquellas situaciones en las que la persona ha cometido un acto que amenaza su vida con la intención de poner su vida en peligro o con la apariencia de dicha intencionalidad. Esto incluye actos interrumpidos por otros antes de que el daño se produzca”.

Según se profundiza en el tema nos damos cuenta de que, el suicidio no parece ser un elemento monolítico de estudio sencillo. Si se analizan en detalle los matices de este concepto, se puede apreciar que, más allá del desenlace fatal en que pueda terminar, es necesario tener en cuenta que el sujeto toma conciencia de las consecuencias potenciales de su acto, lleguen a producirse o no, es decir, el individuo tiene una intencionalidad concreta al ejecutarlo.

Esta complejidad de su estudio ha hecho que los estudios recientes sobre el suicidio tiendan a distinguir diversas fases en un continuo de la conducta suicida, todo esto avalado por la experiencia clínica. Según este modelo, la muerte por suicidio sería el eslabón final de una cadena de sucesos de gravedad creciente que comenzaría con la presencia de ideas de suicidio, seguidas de una planificación, más o menos estructurada, de cómo hacerlo y por último de uno o varios intentos de suicidio, que pueden llegar a culminar con la muerte del individuo.

En base a este nuevo concepto del “continuo suicida”, a medida que se avanza de un estado al siguiente empeoraría el pronóstico del cuadro suicida, siendo mayor el riesgo de un desenlace fatal. Esta manera de entender el proceso de gestación del suicidio podría ser utilizada a la hora de establecer diversas estrategias de prevención.

Cuanto mayor sea el lapso de tiempo entre la aparición de ideas de suicidio y su realización va a permitir al individuo hacer una cierta planificación acerca del modo en que tiene pensado quitarse la vida. Esta planificación puede ser más o menos elaborada, y que puede ser considerado como un factor de riesgo, ya que a mayor tiempo entre la idea y el acto suicida, mayor va a ser la posibilidad de elaborar un plan con menos riesgo de error y mayor seguridad de la consecuencia final, que es quitarse la vida, pero a la vez, puede ser considerado como una importante oportunidad de intervención preventiva, ya que cuanto mayor sea ese lapso de tiempo, más oportunidades habrá, sin duda, de que el potencial suicida se ponga en contacto con familiares, amigos o con profesionales sanitarios que puedan ayudarle.

De esta forma sería interesante estudiar, de forma conjunta, como se presenta en la población general los diferentes eslabones del continuo suicida (desde las ideas a los planes para terminar en intentos y desenlaces mortales).

## **Factores biopsicosociales que influyen en el comportamiento suicida**

En la actualidad el modelo biopsicosocial sigue siendo el más utilizado. Según este modelo, el acto suicida estaría influido por distintos elementos tanto biológicos como psicológicos y socioculturales, que determinarían su aparición. Si entendemos el suicidio como algo vinculado con la salud de la persona, entonces podemos ver cómo se aplican en el suicidio los modelos que usamos habitualmente para entender la salud del ser humano.

A pesar de que se están introduciendo modelos complementarios, como, por ejemplo, el que centra su atención en la funcionalidad del individuo, más allá de los aspectos puramente médicos (Huerta, 2011).

### **Factores biológico-genéticos**

Los datos muestran que las tasas de muerte por suicidio aumentan con la edad del individuo. Esto se podría relacionar con la disminución de la salud, tanto física como psíquica, que se va produciendo con el paso del tiempo a medida que la persona envejece, que podría considerarse como un factor de riesgo, ya que está documentado el papel de la comorbilidad física y psiquiátrica como un factor que incrementa la probabilidad de un intento de suicidio. Asimismo, el envejecimiento trae consigo un aumento y acumulación de pérdidas interpersonales (muertes de familiares, allegados o amigos), como también la entrada en un grupo de población que la sociedad puede entender como improductivo, hecho por el cual se puede vivir el envejecimiento de forma estigmatizante en algunas sociedades, aunque resulta paradójico que también puede ser un elemento protector contra el estigma, ya que con la edad las personas van desarrollando mayores estrategias de afrontamiento. Por otra parte, la relación entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados aumenta con la edad, lo que podría explicar, por un lado que se efectúan menos intentos de suicidio, pero por otro que los actos suicidas tienen una mayor letalidad.

También se han visto diferencias asociadas al género, a la etiología, al nivel de gravedad y a la forma de la conducta suicida, así como en su prevención y tratamiento. De estos estudios, se sacan conclusiones interesantes, como por ejemplo que sería más habitual y probable que las mujeres protagonizaran más “intentos de suicidio” y los varones que protagonizaran más “suicidios consumados”. Otra diferencia importante en

cuanto a género es que los varones utilizan métodos más violentos y letales que las mujeres.

Se ha observado también que el riesgo de suicidio puede transmitirse, en forma de aprendizaje vicario, entre los miembros de una misma familia, independientemente de la presencia o no de alguna enfermedad mental, de tal manera que los familiares de primer grado de los sujetos que fallecen por suicidio tienen el triple de riesgo de realizar la misma conducta (Prado, 2004).

### **Factores psicológicos**

Los diversos estudios efectuados muestran que las dimensiones psicológicas más relacionadas con la conducta suicida son la impulsividad, la agresividad, la desesperanza, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y la mayor o menor capacidad de resolución de problemas. Se ha visto que las tasas de suicidio están directamente relacionadas con el llamado “dolor mental”.

Aparte de los rasgos psicológicos que pueden influir como factores de riesgo en alguno de los eslabones del continuo suicida, la relación entre el suicidio y los trastornos mentales es algo que no admite dudas desde hace varias décadas. En los estudios de muertes por suicidio en las que se ha realizado una autopsia psicológica se ha observado que en un 90% de los casos se podría confirmar la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos.

Serían los trastornos afectivos, pero sobre todo el trastorno depresivo mayor, los cuadros psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida en todas sus formas y manifestaciones. De esta manera, según afirman diversos autores, el tener un trastorno depresivo mayor incrementaría hasta 20 veces el riesgo de un comportamiento suicida, seguido muy de cerca por el trastorno bipolar que lo aumentaría entre 15 y 21 veces y en tercer lugar la distimia que lo incrementaría 12 veces.

Por otro lado, la esquizofrenia, en sus diferentes formas, también implicaría un mayor riesgo de suicidio respecto a las personas que no lo padecen, pudiendo llegar a ser hasta 9 veces mayor que en la población general, según algunos autores.

En cuanto a los trastornos por ansiedad, casi el 20% de los pacientes con un trastorno por angustia o fobia social procedería a realizar al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida, aumentando la probabilidad de morir por suicidio si además existe comorbilidad con algún tipo de trastorno depresivo.

En lo que se refiere a los trastornos por uso de sustancias tóxicas, se evidencia una relación muy frecuente con la conducta suicida, siendo esta vinculación aún más notoria y significativa en el caso de abuso y dependencia del alcohol, sobre todo por su elevada prevalencia en nuestra sociedad. De esta manera, el alcoholismo se relacionaría con el suicidio tanto por ser un factor de riesgo de base como por ser la causa última del acto suicida al aumentar el alcohol la impulsividad en el individuo. El consumo de otras sustancias tóxicas, como la cocaína, los opiáceos, sedantes o cannabis también se vincula con la conducta suicida, sobre todo si el individuo presenta multidependencia a varias de ella, que puede llegar a aumentar el riesgo de una conducta suicida hasta 20 veces respecto a la población general.

Por último, los trastornos de personalidad tienen una importancia fundamental en el riesgo de conductas suicidas, ya que pueden influir, predisponiendo a otros trastornos mentales como los trastornos afectivos, trastornos por ansiedad o los trastornos relacionados al consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, la cocaína, la heroína o el cannabis. Estos trastornos concomitantes conllevan alteraciones en las relaciones interpersonales y en el ajuste social de la persona, que pueden llegar a ser causa de acontecimientos vitales adversos e incluso empeorar la capacidad de afrontamiento ante problemas comunes y cotidianos (Pianowski, Sousa de Oliveira y Nunes ,2015).

### **Factores sociales y culturales**

La situación económica adversa de la persona y de la sociedad en la que vive puede relacionarse con un mayor riesgo de entrar en el continuo suicida, no sólo si la situación como tal es negativa, sino también y de forma significativa cuando la situación socioeconómica cambia de manera brusca, siendo curiosamente independientemente del sentido de dicho cambio. Parece que pasar de una situación económica buena a otra peor puede ser un factor de riesgo asociado a la conducta suicida, pero también puede llegar a serlo cuando la situación socioeconómica mala cambia de forma radical y brusca a otra mucho mejor. En este caso si el individuo no sabe afrontar su nueva realidad, puede

sentirse desubicado de su nueva situación y ser motivo de intentos suicidas. Es lo que se ha denominado “crisis de prosperidad”. Existen muchos casos de personas que teniendo un nivel económico bajo de la noche a la mañana les ha tocado un importante premio de lotería o juegos de azar, que no han sabido adaptarse a su nuevo estatus socioeconómico y han afrontado de manera negativa lo que se supone que deberían haber hecho de forma contraria. Sobre este aspecto hay diversos estudios muy interesantes.

En este punto es muy importante señalar la importancia de considerar no sólo la situación socioeconómica del sujeto, sino también la de su grupo social de pertenencia e incluso de la población en la que vive.

Existen también muchos estudios acerca del papel que juegan los diversos tipos de trabajo como factor de riesgo para las conductas suicidas, siendo curioso, en este sentido, observar el elevado riesgo relativo de los profesionales sanitarios, quizás por estar más en contacto diaria con la muerte que otras profesiones. Sin embargo, se ha observado que más importante que el tipo de profesión desempeñado por el individuo sería la falta de empleo o la pérdida del mismo. Desde hace mucho tiempo, el no tener un puesto de trabajo ha sido vinculado con un alto riesgo de la conducta suicida y también con las tasas de muerte por dicho motivo, siendo confirmada dicha relación tanto en estudios sobre “intentos de suicidio” como en estudios acerca de “muertes por suicidio”, siendo el riesgo por este motivo entre dos y cinco veces más alto que en personas que están empleadas en un trabajo. Además, se ha visto que este riesgo es superior en varones que en mujeres.

En lo que se refiere al estado civil, se viene observando desde hace muchas décadas que estar casado es considerado como un factor protector de actos suicidas, aunque el papel protector lo ejercería el hecho de tener pareja. Desde este punto de vista, las situaciones de separación, divorcio o viudedad serían considerados como factores de riesgo. El papel protector de la pareja se vería con mayor intensidad en los varones que en las mujeres, queriendo esto decir que presentan más riesgo de conductas suicidas los varones en situación de divorcio o viudedad que las mujeres.

Considerar al suicidio como una opción vital va a depender de las creencias que tenga el individuo con respecto a este tema y la importancia que dé cada persona a dichas creencias. Generalmente, las personas con fuertes convicciones religiosas, sea la que sea

la religión que fuese, suelen rechazar el suicidio como decisión final a una serie de circunstancias vitales, además de emplear sus creencias como un medio de alcanzar y dar un sentido determinado a la vida, de disminución del estrés y como forma o estrategia de afrontamiento frente a acontecimientos vitales adversos. Todo esto hace que las personas con fuertes convicciones religiosas piensen menos en conductas suicidas.

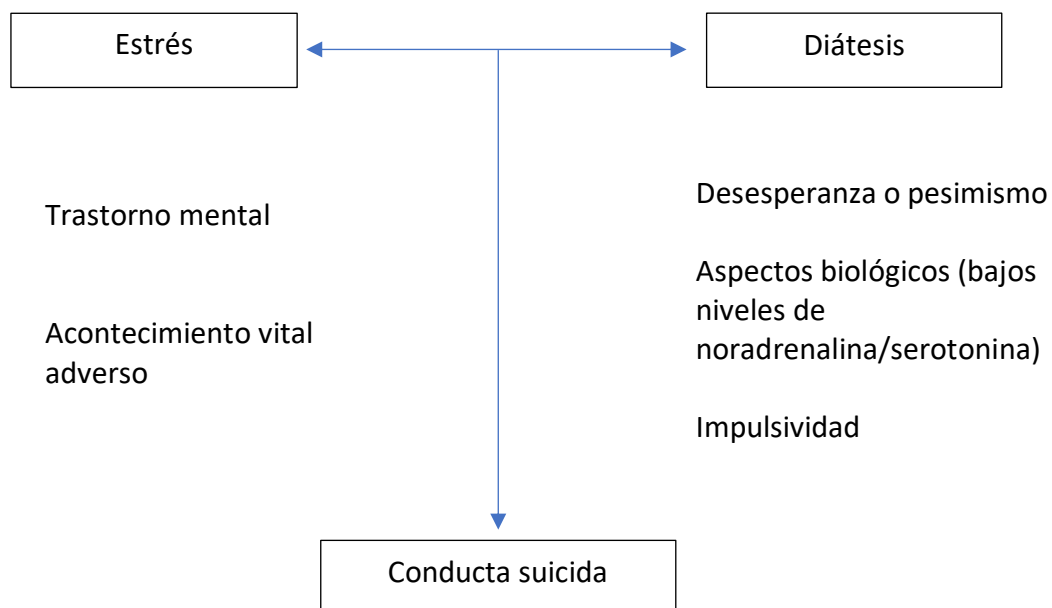
También se ha estudiado la mayor o menor integración social del individuo como factor de riesgo y explicación de la conducta suicida. Esta relación entre los dos factores ya fue estudiado desde hace bastante tiempo por los autores más clásicos dentro de las teorías sociales del suicidio. Estas teorías explican que la existencia de una red social suficientemente amplia actuaría como factor protector contra el desarrollo del continuo suicida, de tal manera que el aislamiento social llevaría consigo un mayor riesgo de intentos de suicidio en todos los rangos de edad.

El grado de aislamiento social sería otro factor de riesgo dentro del continuo suicida, existiendo una alta correlación entre el grado de aislamiento y la tendencia a consumir actos suicidas, de tal manera que las muertes por suicidio se incrementarían cuanto mayor sea el nivel de aislamiento social.

### **El modelo de Mann**

Mann y colaboradores elaboraron un modelo global sobre el papel de los distintos factores de riesgo para el suicidio vistos en este trabajo. En dicho modelo, el riesgo total de suicidio de un individuo no se ve determinado por la mera adición de factores de riesgo, sino que se relaciona más bien con la presencia de factores capaces de crear un estado de diátesis, sobre el cual se podrían añadir factores “estresores” que implicarían la presencia final de una idea o conducta suicida.

De esta manera, el modelo de Mann parte del supuesto de la existencia de dos dimensiones interrelacionadas: por un lado, la propia dimensión personal, que estaría relacionada con las características personales del individuo y por otra, una dimensión de desencadenantes o precipitantes de la conducta suicida. Desde este punto de vista, el modelo de Mann tiene una gran implicación práctica al considerar que una exhaustiva evaluación del riesgo suicida ha de tener en cuenta tanto los factores de riesgo poblacionales como los factores de riesgo relacionados con posibles trastornos mentales o discapacidades.



**Figura 1: Esquema del modelo de diátesis-estrés para la comprensión del suicidio según Mann y colaboradores**

## **Objetivos**

El objetivo general del trabajo es el análisis y el estudio de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población adulta española.

Los objetivos en concreto son:

- Analizar el índice de ideas, planificación e intentos de suicidio en la población adulta española.
- Determinar los factores sociales, culturales, demográficos y médicos que se vinculan con la conducta suicida a lo largo del ciclo vital.
- Estimar si el efecto de la crisis socioeconómica ha desencadenado un aumento de la conducta suicida.

## **Hipótesis**

- ¿Hay relación entre el género y la distribución en la presencia de ideas, planes e intentos de suicidio?
- ¿Existe relación entre los diferentes grupos de edad y la distribución en la presencia de ideas, planes e intentos de suicidio?
- ¿Influyen más los factores socioeconómicos en la aparición de ideas e intentos de suicidio en grupos de edad más jóvenes y sin embargo influyen más los factores relacionados con la salud y el aislamiento en grupos de edad más mayores?
- ¿Los índices de ideas, planes e intentos de suicidio son mayores a las encontradas antes y después de la crisis socioeconómica?

## **Metodología**

### **Diseño**

Este estudio es de corte explicativo y usa una estrategia asociativa. Ha de ser llevado a cabo entre los años 2020, 2021 e incluye muestras nacionalmente representativas de España ( $n = 1.700$ ).

Los distintos apartados de la entrevista incluirán los siguientes datos:

- 1.- Características sociodemográficas
- 2.- Descriptores del estado de salud
- 3.- Factores de riesgo y conductas preventivas de salud
- 4.- Condiciones de salud crónicas y cobertura de servicios sanitarios
- 5.- Redes sociales, apoyo social percibido y aislamiento
- 6.- Calidad de vida y bienestar subjetivo
- 7.- Evaluación del entorno físico en el que vive la persona.
- 8.- Sección de salud mental. Los datos se recabarán a partir de entrevistas diagnósticas estructuradas con el objetivo de evaluar la presencia patologías psíquicas como ansiedad o depresión, además de un apartado específico sobre la conducta suicida, que será evaluada tanto a nivel de ideación como de planificación e intento de suicidio.

## **Muestras**

Se recogería un total de 1.700 participantes españoles aproximadamente, esta muestra representativa posee de 18 años en adelante. Se utilizó una técnica de muestreo estratificado. La muestra elegida se clasificará por comunidades autónomas, número de habitantes y grupos de edad, utilizando los datos censales oficiales con el objetivo de seleccionar los hogares representativos. Una vez hecho esto, los hogares o unidades familiares son elegidos al azar dentro de cada agrupamiento a partir de un listado en el que están reflejados todos los hogares de cada agrupamiento. En el caso de que exista más de un sujeto en una unidad familiar que pertenezca al mismo rango de edad se seleccionaría al azar el sujeto que debe participar en las entrevistas.

## **Instrumentos**

Las herramientas que vamos a utilizar para identificar y medir la conducta suicida definida como ideas, planes o intentos previos de suicidio son en primer lugar, la Word Health Organization Compososite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0), se trata de una entrevista diagnóstica con un formato estructurado que puede ser administrada por personal no clínico. En el apartado de suicibilidad se pregunta sobre la ideación, planificación e intentos de suicidio a lo largo de la vida del individuo y en el último año.

El tipo de preguntas que se realizarían en las entrevistas son: “¿alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse?, ¿alguna vez ha hecho un plan para suicidarse? Y ¿alguna vez ha intentado suicidarse?

A los sujetos que contestan afirmativamente a las preguntas, habría que preguntarles si estos pensamientos o hechos les había ocurrido a lo largo de su vida o en el último año.

Si estos responden a lo largo de su vida, se les ha de preguntar por la edad en la que comenzaron a tener la ideación suicida y por último quienes informen haber intentado suicidarse se les preguntaría por su edad en el primer intento de suicidio, así como por el número de intentos suicidas a lo largo de su vida.

Las prevalencias de depresión, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico se averiguarían usando una versión validada de la CIDI 3.0 en España, en la que

se evalúa si los síntomas que presentan los sujetos coinciden con los criterios de los trastornos mencionados según el DSM-IV.

Para valorar el estado de salud se realizaron a cada sujeto una serie de preguntas relacionadas con la salud que se agruparon en ocho apartados:

- Estado de la visión
- Movilidad del sujeto
- Autocuidado
- Cognición
- Actividades interpersonales
- Dolor y malestar
- Sueño y energía
- Afecto.

Con cada pregunta, las respuestas se valoraban sobre una escala de 5 puntos, cuyo rango abarcaba desde "ninguna dificultad o problema" (1) a "extrema dificultad" (5). Un modelo Rasch fue utilizado para obtener una puntuación global en salud a partir de estas preguntas. La puntuación final oscilaba entre 0 y 100, donde 0 representaba el peor estado de salud y 100 el mejor posible.

También fue valorado la comorbilidad con enfermedades físicas, siendo definida como la presencia de dos o más condiciones físicas crónicas de entre las siete siguientes:

- Asma
- Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (EPOC)
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Cataratas
- Artritis
- Ictus

El consumo abusivo episódico de alcohol fue definido como el consumo de cinco o más, en el caso de los varones, o de cuatro o más, en el caso de las mujeres de bebidas alcohólicas estándares durante al menos un día en la semana anterior a la entrevista.

El “apoyo social” se realizó a través de la Oslo 3-item Social Support Scale (OSS-3). Fue creada una puntuación global por la adición de las puntuaciones brutas, convirtiendo posteriormente el resultado en una escala de percentiles. De esta manera, las puntuaciones más altas indicaban un mayor apoyo social.

La “percepción subjetiva de soledad” fue medida mediante la UCLA Loneliness Scale de tres ítems. Las respuestas dadas por cada sujeto a los tres ítems de dicha escala se sumaron y después se transformaron en una escala de percentiles, donde una mayor puntuación indicaba una mayor percepción subjetiva de soledad.

La presencia de problemas económicos domésticos fue valorada mediante esta pregunta: “¿Tiene su hogar algún problema económico para pagar las facturas de agua, luz, gas o teléfono?”. La respuesta solo tenía dos opciones (sí/no).

Asimismo, se registró de todos los participantes información sociodemográfica, tal como:

- 1.- Edad
- 2.- Género
- 3.- Estado civil actual (casado, no casado o en pareja)
- 4.- Años de educación reglada
- 5.- Tipo de residencia (urbana o rural)
- 6.- Estado ocupacional (empleado, retirado o discapacitado, labores domésticas/trabajo no remunerado o desempleado)

### **Procedimiento de recogida de datos**

Consistiría en la aplicación de la entrevista descrita anteriormente; esta se realizará en persona de forma online a 1700 participantes residentes en España, con ello se garantiza que el tamaño de la muestra sea lo suficientemente representativa para el rango de valores de las variables que queremos medir. Los entrevistadores serán sometidos a un curso de formación para asegurar su correcta aplicación. Antes de la administración de las entrevistas, se explicitarán de forma oral las instrucciones para poder contestarlas. No se considera oportuno informar a los participantes acerca de los objetivos concretos de la investigación, para evitar cualquier sesgo de deseabilidad social.

En todo momento se tendrán en cuenta una serie de criterios para asegurar que los procedimientos durante la fase de recogida de datos son de calidad.

### **Procedimiento de análisis de datos**

La muestra se dividirá en los siguientes grupos de edad: de 18 a 49 años, de 50 a 64 y de 65 ó más años. Los análisis de frecuencia y los estadísticos descriptivos se emplearán para describir las variables sociodemográficas de la muestra como la edad, el sexo y el nivel de estudios.

Para poder contrastar la primera hipótesis realizaríamos la prueba chi-cuadrado, con ello averiguaremos si el género y la presencia de ideas, planes e intentos de suicidio son variables independientes o si por el contrario están relacionadas.

En la segunda hipótesis se seguiría el mismo procedimiento, se realizaría la prueba chi-cuadrado para observar si ambas variables, en este caso, el grupo de edad y la proporción de casos de ideas, planes e intentos de suicidio son independientes o se encuentran relacionadas. Posteriormente si se confirma que las variables están relacionadas, se podría cuantificar el tamaño del efecto mediante el coeficiente de contingencia o el coeficiente V de Cramèr.

Para poner a prueba nuestra tercera hipótesis, hallaremos la correlación entre los factores socioeconómicos, relacionados con la salud y el aislamiento con los índices de suicidio en grupos de edad jóvenes y en grupos de edades más avanzadas, para ello utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson y se acompañará de su respectivo diagrama de dispersión.

Por último, para la cuarta hipótesis se realizará una comparación de diferencia de medias entre los índices de conductas suicidas en los años anteriores a la crisis socioeconómica y los años posteriores, utilizando la prueba T de Student para muestras dependientes.

## Bibliografía

Huerta, R. (2011). *Conducta suicida en población general adulta española* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de:  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664923/huerta\\_ramirez\\_raul.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664923/huerta_ramirez_raul.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

INE (2018). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de:  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206)

OMS. (2019). *Suicidio*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Mediavilla, J. (2019). Europa registra más suicidios en jóvenes; España, en mayores de 50 años. Madrid: *Redacción Médica*. Recuperado de:  
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/europa-registra-mas-suicidios-en-jovenes-espana-en-mayores-de-50-anos-5730>

Pianowski, G., Sousa de Oliveira, E., Nunes, M. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología desde el Caribe*, 32(1), 81-120. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/213/21337152004.pdf>

Prado, R. (2004). Factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 1(2-3). Recuperado de:

<http://www.revistahph.sld.cu/hph0204/hph02804.htm>